

Indice

| | | |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 0 | Introduzione <i>Antonello Monsù Scolaro, Giannantonio Vannetti</i> INTRODUCTION | pag. 9 14 |
| <hr/> | | |
| | CAPITOLO 1 LA DIMENSIONE UMANA, RELAZIONALE E TECNICA DELLA CURA | 17 |
| 1 | L'umanizzazione in ambito professionale: architettura e cura <i>Giovanni C. Urru</i> | 19 |
| 2 | Tecnica, assistenza e umanizzazione: un rapporto difficile? <i>Ida Mura, Marco Dettori, Margherita Congiu, Giorgio Maida, Antonio Azara</i> | 25 |
| 3 | La relazione come 'spazio mentale' nei processi di umanizzazione <i>Enrica Rame</i> | 33 |
| | I bisogni psicofisiologici | 34 |
| | Comunichiamo sempre? Cosa comunico? Come comunico? | 36 |
| | La competenza relazionale | 38 |
| | Che accade in concreto | 39 |
| | La relazione che aiuta | 41 |
| 4 | Non solo medicina: l'assistenza ai malati oncologici nelle fasi finali della malattia <i>Salvatore Salis</i> | 43 |
| 5 | Definizioni, approcci e dimensioni operative dell'umanizzazione <i>Antonello Monsù Scolaro</i> | 51 |
| | Chapter 1 abstracts HUMAN, RELATIONAL AND TECHNICAL DIMENSIONS OF CARE | 61 |

CAPITOLO 2

LA DIMENSIONE SPAZIALE DELL'UMANIZZAZIONE

63

6 Carcere, Ospedale, Scuola: il racconto delle tre istituzioni

Samanta Bartocci, Arnaldo Cecchini

65

7 Spazio di relazione vs spazio di prestazione?

L'uomo misura delle cose

Antonello Monsù Scolaro

79

Evoluzione della cura e involuzione dell'umanizzazione

80

Evidence-based design: ex ante ed ex post dell'umanizzazione degli ospedali

86

Alcune conclusioni

89

8 Architettura emozionale

Giannantonio Vannetti

91

Concetti fondativi / Etica del sentire

91

Architettura emozionale

96

Aspetti applicativi

99

Prime conclusioni

106

9 Il tempo ospedaliero come 'spazio vuoto'

*L'esperienza dell'attesa e i ritmi di ingresso alle prestazioni
nell'ottica di un servizio umanizzato*

Silvia Surrenti

109

La centralità del fattore temporale nella cura contemporanea

110

La dimensione relazionale del fattore temporale

111

L'esperienza dell'attesa e i ritmi di ingresso alle prestazioni

114

I tempi dell'attesa ospedaliera: aspettare o aspettarsi?

117

Riflessioni conclusive

119

10 Le città 'dementia-friendly' e le città sane: processi virtuosi e processi viziosi

Francesca Arras, Giuliana Frau, Elisa Ghisu, Paola Idini, Valentina Talu

123

Chapter 2 abstracts

THE SPATIAL DIMENSION OF HUMANIZATION

131

CAPITOLO 3

ORIZZONTI POSSIBILI: PROGETTI, ESPERIENZE E RICERCHE

133

11 Il 'paziente danese'

Un confronto tra le strutture architettoniche ospedaliere degli anni Sessanta e Settanta e del 2020 in Danimarca

Susanne Glade

135

Esempi a confronto

139

Collegamenti interni / spazi di sosta / tunnel tappeto / stecche sfalsate

143

Luce e orientamento: "la luce mi dice dove sono"

143

Dipartimento Degenze

145

Alcune conclusioni

146

12 Progettare per umanizzare

Il Padiglione Dialisi dell'Ospedale di Pistoia

Giannantonio Vannetti

149

La logica volumetrica e architettonica

149

Soluzioni di umanizzazione degli spazi

155

L'arte utile

159

Luce e colore

162

13 "Care Toys": il gioco aiuta a guarire

Un laboratorio di design di giochi e spazi ludici per gli ospedali pediatrici

Gilberto Corretti

167

14 Il benessere termo-igrometrico quale dimensione particolare dell'umanizzazione

Marco Dettori, Andrea Piana

179

15 Analisi di 'customer satisfaction' in un'Azienda Ospedaliera

Antonio Azara, Marianna Pes, Ida Mura

187

Introduzione

187

Analisi di 'customer satisfaction'

190

Metodologia

190

Risultati

191

Conclusioni

193

16 Lettura iconografica e analisi dei processi di trasformazione dei presidi sanitari e dei luoghi di cura

Fabrizio Pusceddu, Sabrina Scalas

197

Chapter 3 abstracts

POSSIBLE HORIZONS: PROJECTS, EXPERIENCE AND RESEARCH

206

Postfazione

The “humanization” of hospitals and other health care institutions

L'umanizzazione degli ospedali e degli altri istituti di cura

Jim Heverin (Director, Zaha Hadid Architects)

209

Gli Autori

217

0 | Introduzione

*Antonello Monsù Scolaro
Giannantonio Vannetti*

Questo volume, che nasce a seguito del convegno “I colori dell’umanizzazione” (Alghero, luglio 2013)*, ha un’ambizione di fondo, che è quella di contribuire ad elaborare operativamente una ‘nuova cultura della cura’ che veda coinvolti insieme attivamente tutti gli aspetti e tutti gli attori del processo. Una cultura che non sovrappone ma costruisce insieme, che attua uno sguardo nuovo e procede in autonomia, sulla scorta di esperienze vissute, sulla consapevolezza raggiunta della complessità del tema da affrontare e con l’intenzione di andare al fondo delle cose. Il lavoro da svolgere infatti pone il problema della complessità e la conseguente necessità di un incontro multidisciplinare che metta insieme competenze e metodologie diverse alla ricerca di un approccio olistico al tema della promozione della salute, tornando a porre l’essere umano al centro.

Tutto questo appare possibile solo se si matura la volontà di porsi in rapporto col mondo cercando una nuova misura -necessariamente etica- a riferimento delle nostre azioni. Una misura costruita sul tema del sentire e sulla cultura della responsabilità, elemento unificante fra vita ed emozioni, disposizioni della ragione e scelte di comportamento. Infatti nonostante le pur ampie riflessioni da tempo condotte sul tema dell'umanizzazione delle cure si deve riscontrare ancora oggi una sensibile distanza fra lo stato della teoria e la sua messa in opera.

Il tema dell'umanizzazione si presta così a svariati fraintendimenti e spesso a interpretazioni parziali o, peggio, di superficie essendo ovvio che una teoria non possa evolversi ed approfondirsi in assenza di una sperimentazione diffusa sul reale e senza le necessarie opportunità di scambio e analisi critica delle esperienze in corso.

Il volume è articolato in tre sezioni che declinano aspetti della complessità del tema: la dimensione umana e relazionale della cura (prima sezione); lo spazio architettonico e la qualità dell'architettura quale presupposto di un ambiente umanizzante (seconda sezione); alcune esperienze progettuali e aspetti particolari del tema dell'umanizzazione (terza sezione).

La lettura può essere condotta in sequenza oppure per salti, alla ricerca del legame nascosto che raduna, intorno ad un atteggiamento consapevole e sensibile, la molteplicità degli aspetti che concorrono all'umanizzazione delle strutture sanitarie, l'esperienza e la sensibilità degli operatori, la comprensione degli aspetti relazionali, la dimensione percettiva del tempo.

Molti sono i temi e i punti di vista che abbiamo cercato di rappresentare: l'ospedale visto in parallelo rispetto alle scuole ed alle carceri, il progetto basato sull'evidenza, l'architettura come presupposto emozionale, la proiezione alla scala urbana della malattia per misurare la mancanza di qualità delle nostre città; il ruolo del design nella caratterizzazione degli spazi ospedalieri con lo sguardo ad esperienze progettuali che hanno avuto nell'umanizzazione lo scopo ed il presupposto; una serie di riflessioni intorno al confort adattivo

degli ambienti ospedalieri e sulla necessità di conoscere l'indice di gradimento delle prestazioni offerte da una struttura sanitaria; infine, volgendo lo sguardo all'indietro, analizzare e comprendere come e quanto l'architettura dei vecchi ospedali, per quanto "macchina non perfetta" favorisse l'umanizzazione di medici e pazienti. Dai vari autori abbiamo iniziato con l'estrarre alcune definizioni secondo le quali umanizzazione:

• [...] è la necessità di porre l'uomo come fine [...] di conoscere e farsi carico dell'essere umano [...]

• [...] si muove nella direzione della creazione di una relazione di cura e della creazione di un ambiente idoneo ai bisogni di socializzazione, umanità, benessere [...]

• [...] deve essere considerata dal punto di vista di un sistema comunicativo funzionale allo sviluppo di reti di relazioni dalle quali per la persona dipendono sia la sensazione della continuità assistenziale ed informativa, sia quella della centralità della persona, sia infine della presa in carico [...]

• [...] non è solo percezione soggettiva, mutevole rispetto alle differenti sensibilità nei confronti dell'altro e dell'intorno ma è realizzazione, nel senso più ampio possibile, della qualità della vita di un luogo [...]

• [...] è creazione di una relazione autentica col paziente che promuova in lui l'attivazione di una partecipazione attiva nell'ambito del suo percorso nel luogo di cura [...]

1 | L'umanizzazione in ambito professionale: architettura e cura

Giovanni C. Urru

Quando si tenta di scrivere su un tema come questo, si viene presi da molti dubbi e da molte incertezze. Perché un conto è un tema specialistico circoscritto, tutt'intorno delimitato da precisi e riconosciuti 'paletti', entro cui si lavora con quei precisi criteri di analisi e di argomentazione propri delle nostre tecniche, nei rispettivi ambiti; e un altro conto è invece scrivere qualcosa sulla 'umanizzazione della Medicina' e, soprattutto, in compagnia di Architetti. Di fronte a questo tema (i 'paletti' concettuali delle tecniche funzionano solo fino ad certo punto) si viene presi da un vago senso di impotenza, e magari tornano in mente le parole di non so più quale pensatore: «noi sentiamo – diceva – che perfino nella ipotesi che tutte le possibili domande scientifiche abbiano trovato risposta, i nostri problemi vitali non sono stati ancora neppure sfiorati...».

2 | Tecnica, assistenza e umanizzazione: un rapporto difficile?

*Ida Mura, Marco Dettori,
Margherita Congiu, Giorgio Maida,
Antonio Azara*

Una moltitudine sempre più ampia di persone vive oggi in una condizione di 'salute residua', una situazione del tutto nuova, mai esistita prima nella storia dell'umanità. La medicina e la società si trovano, pertanto, a far fronte a problematiche quali vecchiaia dipendente e non autosufficiente, disabilità congenita e acquisita, disabilità sensoriale e neuromotoria, malattie croniche, inguaribili e/o terminali, varie tipologie di malati, anche terminali, che richiedono forme di assistenza alternative all'ospedale e un approccio teso alla considerazione globale della persona, superando la settorialità dell'intervento medico.

3 | La relazione come 'spazio mentale' nei processi di umanizzazione

Enrica Rame

La relazione umana è una dimensione che accompagna l'intera esistenza di ogni individuo. Attraverso la relazione interpersonale ognuno di noi costruisce la propria identità, la conferma nel tempo, cambia, evolve, scopre capacità e risorse, vive blocchi e difficoltà.

Sperimentare una sensazione di malessere o di benessere, sentirsi accolti o rifiutati, compresi o incompresi, in intimità con gli altri o distanti dagli altri è collegato alla nostra capacità di entrare in relazione in modo autentico e profondo.

Questo avviene regolarmente nel quotidiano indipendentemente dalla nostra consapevolezza.

4 Non solo medicina: l'assistenza ai malati oncologici nelle fasi finali della malattia

Salvatore Salis

Sanare infirmos, sedare dolorem, l'etica deontologica ammette almeno questi due doveri; tra questi quello di sanare è tradizionalmente più forte.

Qualora tale impostazione si rilevi efficace per curare malati che hanno almeno teoricamente la possibilità di guarire, non sembra però adeguata per quella vasta fascia di persone affette da malattia inguaribile in fase progressivamente ingravescente. Se queste persone non possono avere, quindi, come obiettivo il sanare, dovrebbero almeno ottenere una migliore "qualità di vita", il problema quindi deve spostarsi dalla malattia al malato, dal curare all'aver cura.

7 | Spazio di relazione vs spazio di prestazione? L'uomo misura delle cose

Antonello Monsù Scolaro

Esiste una relazione, un rapporto tra lo spazio architettonico e la qualità dell'abitare che, nel caso delle strutture sanitarie, possa ritenersi anche presupposto della qualità della cura? L'edificio stabilisce delle relazioni con il contesto fisico di appartenenza e le favorisce al suo interno, tra gli occupanti, grazie ai suoi spazi ed agli elementi tecnologici componenti. Ritenendo una 'qualità passiva' quella degli elementi fisici e spaziali (sia *outdoor* che *indoor*) ed una 'qualità attiva' quella che dipende dalle relazioni dinamiche tra i fruitori dello spazio, se la capacità di umanizzazione delle strutture sanitarie è di per sé una qualità che lo spazio deve avere, essa dipende sia dalle sue caratteristiche passive che da quelle attive.

8 Architettura emozionale

Giannantonio Vannetti

«Il vero scopo dell'architettura è concorrere a rendere significativa l'esistenza umana»
(C. Norberg-Schulz)

Concetti fondativi

Etica del sentire – L'umanizzazione degli spazi di cura si fonda su un concetto etico complesso che, a partire dall'etica della salute (il concetto di salute coinvolge in questo caso parametri ambientali, sociali ed etico-valoriali), coinvolge l'etica della comunicazione (l'incontro con l'altro che chiede il mio aiuto, la relazione tra gli attori del Sistema Salute e le persone), l'etica ambientale (gli argomenti della sostenibilità) ed infine è contenuto in maniera più ampia in un'etica del sentire, come ricerca di valori costruiti su sentimenti condivisi e che siano fondanti per il nostro giudizio pratico.

9 Il tempo ospedaliero come 'spazio vuoto'

L'esperienza dell'attesa
e i ritmi di ingresso alle prestazioni
nell'ottica di un servizio umanizzato

Silvia Surrenti

Questo contributo raccoglie i risultati parziali delle sessioni osservative svolte in tre ospedali toscani con l'obiettivo di rilevare quanto sia realizzabile il diritto alla salute in relazione all'uso degli spazi della cura. La ricerca è stata condotta con metodi di indagine di tipo qualitativo come l'osservazione partecipante negli ambienti ospedalieri e le interviste semi-strutturate ai cittadini-pazienti e ai professionisti della salute. Durante le sessioni osservative, il tempo, parallelamente allo spazio costruito – o meglio, su di esso stratificato – è risultato essere uno degli attori di primo piano della scena ospedaliera,

12 | Progettare per umanizzare

Il Padiglione Dialisi
dell'Ospedale di Pistoia

Giannantonio Vannetti

La logica volumetrica e architettonica

Il Padiglione di Emodialisi di Pistoia nasce dal desiderio di proporre un nuovo modello di ospedale, improntato ad una matrice organica di progetto e centrato sull'idea dell'*architettura come uno degli strumenti del processo di educazione alla salute*.

Un'*unità dell'abitare*, a sviluppo orizzontale, entro cui si possa attuare una forma di partecipazione a varie dimensioni: fisica, come interazione con uno spazio e con gli stimoli sensoriali che suggerisce; psicologica in quanto luogo che tende a proporre un più profondo significato di ricerca interiore. In questo senso anche la malattia può diventare un'opportunità di crescita, un'esperienza che accetta nella vita la condizione / possibilità di una nuova *apertura*.

13 “Care Toys”: il gioco aiuta a guarire

Un laboratorio di design
di giochi e spazi ludici
per gli ospedali pediatrici

Gilberto Corretti

Una gatta ha partorito nell’orto inselvaticato del mio studio. Cinque cuccioli variopinti, dal nero integrale al rosso tigrato. Due di loro ruzzano al sole di luglio. Osservano con stupore e meraviglia la varietà del mondo: dalla fila di formiche che scorrono da una fessura del muro alla foglia secca che rotola all’agitarsi delle loro code irrequiete. Introduco un elemento estraneo ai loro giochi: una pallina di legno appesa a una catenella. I due cuccioli osservano acquattati i miei maneggi poi, allontanatomi in disparte, si avvicinano con prudenza al marchingegno. Perplexi osservano la pallina appesa, immobile. In uno dei due la curiosità vince la prudenza e tira una zampata alla pallina ritraendosi fulmineo. La pallina sobbalza con violenza, poi dondola, infine si ferma.

Postfazione

Jim Heverin
Director, Zaha Hadid Architects



L'umanizzazione degli ospedali e degli altri istituti di cura

Anche in tempi di prosperità economica l'architettura, intesa nella sua missione fondamentale che è quella di migliorare il nostro grado di benessere, registra sempre una certa difficoltà ad imporsi. È ovvio quindi che, in tempi di austerità, i benefici che possono provenire dall'architettura siano considerati alla stregua di un lusso da non potersi assolutamente permettere. Proporre una spesa supplementare nella realizzazione di un ospedale per un incremento di posti letto o per un reparto aggiuntivo di terapia di emergenza o per la formazione professionale di un infermiere, è potenzialmente una questione già perdente in partenza.

Se si osserva la maggior parte delle architetture per la sanità, appare chiaro che ci sono ben pochi architetti disposti ad impegnarsi in proposte e contrattazioni del genere, con il risultato che vediamo, cioè che la maggior parte di queste realizzazioni è carente sotto ogni punto di vista.

Nel caso del Maggie's Centre, era implicito che il nostro committente fosse già consapevole di quanto l'architettura sia in grado di migliorare o deteriorare il grado di benessere delle persone. Nella sintesi delle sue esigenze emergeva il desiderio di un'architettura antitetica all'istituzionale concezione dell'ospedale, tanto da sottolineare con la definizione di 'domesticità' la richiesta primaria, quella cioè di ottenere un ambiente a misura d'uomo, in grado di dare sostegno, condivisione e *comfort*.

Per fortuna incontrammo nel cliente un forte incoraggiamento a perseguire la nostra interpretazione spaziale del concetto di 'do-

mestico', cioè qualcosa di diverso dalle architetture ospedaliere già presenti nel contesto e più aderente alla 'casa' dell'utente abituale. Questo nostro punto di vista fu ben accolto, in quanto avrebbe portato a delineare per il Centro una soluzione distinta dallo scenario edificato circostante, in massima parte un indifferenziato allineamento al corrente modo di costruire. Il cliente desiderava una soluzione architettonica capace di levare una voce unica e particolare all'interno di quel vasto comparto dall'impianto istituzionale, anonimo e uniforme. In genere si ha poca consapevolezza di quanto il confronto individuale con il committente sia importante nel guidare le decisioni da prendere per la realizzazione degli edifici.

La soluzione che proponemmo per l'esterno dell'edificio – un rivestimento nero – fu accolta con una certa perplessità da alcuni opinionisti, data la comune associazione del colore nero alla morte. In realtà la scelta fu dettata dal contesto per dare continuità alle superfici adiacenti, creando l'effetto di un muro di separazione fra il Centro e il parcheggio dell'ospedale. Così il Centro ha realizzato un'apertura in questo muro che conduce al paesaggio naturale retrostante.

Una caratteristica costante dei Maggie's Centres è la presenza di una grande cucina, con un grande tavolo, dove ogni ospite possa prendersi una tazza di tè in compagnia, esattamente come farebbe a casa propria. Un altro obiettivo cardine del progetto è stato quello di individuare soluzioni architettoniche in grado di favorire l'ingresso della luce naturale negli ambienti e far sentire agli ospiti la vicinanza della natura aprendo vedute sul paesaggio circostante. È infatti ormai appurato il ruolo benefico del contatto con la natura nelle fasi di recupero dalla malattia, tanto che dovrebbe essere sempre fra i requisiti di qualsiasi struttura sanitaria.

Una volta realizzato l'edificio, il cliente lo ha riempito di mobili, quadri, tappeti e oggetti vari. L'architettura non è un '*gesamtwerk*', un'opera onnicomprensiva, al contrario è lo sfondo per lo svolgersi della vita, e dovrebbe poter essere personalizzata, mantenendo al contempo la sua identità. Si può facilmente com-

prendere che le soluzioni adottate per questo piccolo edificio, di modeste dimensioni, destinato ai malati di cancro, non siano adottabili nel caso di istituzioni ospedaliere a grande scala; tuttavia troppo spesso proprio il dover rispondere ad esigenze di vasta scala diviene il pretesto dietro al quale nascondere una povertà di soluzioni progettuali, laddove in realtà è proprio la natura istituzionale dell'organismo committente una delle cause responsabili della non riuscita dell'opera.

Ci sono molte e ben documentate motivazioni per realizzare architetture migliori, che producano concreti risultati nell'incrementare il grado di benessere dei pazienti e favorire il lavoro dei medici. La sfida per i committenti di istituti sanitari, invece di rispondere ai soli obiettivi gestionali, dovrebbe essere quella di mettersi in contatto con gli architetti e con gli utenti, in modo che l'architettura realizzata possa essere funzionalmente e prestazionalmente efficiente e al contempo un luogo in cui perseguire qualità e valori che trascendano il breve termine delle richieste dei politici e contribuiscano al benessere dei suoi fruitori.