



Ministero della Salute

L'UMANIZZAZIONE DEGLI SPAZI DI CURA

Linee guida

Romano Del Nord
Gabriella Peretti

Il presente volume contiene i risultati della ricerca
*L'umanizzazione delle strutture socio-sanitarie: la nuova
dimensione dell'architettura ospedaliera* oggetto di convenzione
tra il Ministero della Salute e il Centro Interuniversitario di ricerca
Tesis – Università degli Studi di Firenze coordinata dal
prof. Romano Del Nord e il Politecnico di Torino – Dipartimento
di Scienze e Tecniche per i Processi di Innesadimento DINSE,
coordinata dalla prof.ssa Gabriella Peretti.

SOMMARIO

6	Prefazione
10	Introduzione
12	1 L'UMANIZZAZIONE IN SANITÀ
14	Il significato e gli ambiti di riferimento
16	Gli spazi
23	La comunicazione
50	2 LA RICERCA PER LA DEFINIZIONE DELLE LINEE GUIDA
52	Gli obiettivi e la metodologia della ricerca
55	Le strutture oggetto d'indagine
55	Struttura complessa di Medicina Generale
56	Struttura complessa di Oncologia
58	Casa della salute
60	Le indagini preliminari
60	Le indagini di tipo indiretto
72	Le indagini di tipo diretto
77	Gli utenti e il loro profilo
77	Il paziente e il familiare
80	Il personale sanitario
82	3 IL QUADRO ESIGENZIALE
84	Il paziente e il familiare: le esigenze di umanizzazione
89	Il personale sanitario: le esigenze di umanizzazione
94	4 LE TECNICHE E GLI STRUMENTI PER LA RILEVAZIONE DEL RAPPORTO UOMO-AMBIENTE
96	L'indagine sul campo per la rilevazione del rapporto uomo-ambiente
98	L'impostazione e gli obiettivi dell'indagine sul campo
103	La procedura e gli strumenti adottati
109	Risultati delle analisi qualitative
114	Risultati delle analisi quantitative
124	5 LE LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DI AMBIENTI OSPEDALIERI UMANIZZATI
128	Struttura delle linee guida
132	Camera di degenza / Day hospital
166	Ambulatorio / Consultorio / Colloquio
198	Postazione lavoro medici e infermieri
224	Accettazione / Informazioni / Consegna referti
244	Attesa
264	Soggiorno
280	Riunioni
294	Connettivo di distribuzione / Atrio
316	Spazi esterni
332	6 LO STRUMENTO INFORMATICO PER LA VALUTAZIONE DEI PROGETTI E DEGLI SPAZI: CONCEZIONE, CONTENUTI E MODALITÀ D'USO
340	Guida all'uso

Si ringraziano i seguenti studi di progettazione per la collaborazione e per la documentazione fornita durante la fase di indagine indiretta:

CSPE – Centro Studi Progettazione Edilizia, Firenze

Progetto MCK S.r.l., Milano

Anshen + Allen, Londra, Regno Unito

Foster & Partners, Londra, Regno Unito

Medical Architecture and Art Projects Ltd, Londra, Regno Unito

Nightingale Associates, Londra, Regno Unito

Swanke Hayden Connell Architects, Londra, Regno Unito

Keppiedesign, Glasgow, Regno Unito

HLM Architects, Sheffield, Regno Unito

C. F. Møller, Oslo, Norvegia

Henning Larsen Architects, Copenhagen, Danimarca

Jean Paul Viguier, Parigi, Francia

Jourda Architectes, Parigi, Francia

Zimmer Gunsul Frasca Architects, Los Angeles, California

Rees Associates, Atlanta, Georgia

Ewing cole, Philadelphia, Pennsylvania

Astorino architects, Pittsburgh, Pennsylvania

Tsoi/Kobus & Associates, Cambridge, Massachusetts

OWP/P | Cannon Design, Boston, Massachusetts

Perkins + will, Boston, Massachusetts

Shepley Bulfinch, Boston, Massachusetts

Perkins Eastman Architects, New York, New York

RMJM, New York, New York

Farrow partnership architects, Toronto, Ontario, Canada

Stantec, Peterborough, Ontario, Canada

Duarte Aznar Arquitectos, Mérida, Yucatán, Messico

HKS architect, Città del Messico, Messico

DesignInc, Melbourne, Australia

AUTORI

COORDINANAMENTO SCIENTIFICO

prof. arch. Romano Del Nord

Università degli Studi di Firenze, TESIS – Centro Interuniversitario di Ricerca Sistemi e Tecnologie per la Sanità

prof. arch. Gabriella Peretti

Politecnico di Torino, DINSE – Dipartimento di Scienze e Tecniche per i Processi di Inseadimento

Unità operativa di Firenze

Università degli Studi di Firenze, TESIS – Centro Interuniversitario di Ricerca Sistemi e Tecnologie per la Sanità

arch. Gianluca Darvo (sviluppo e coordinamento operativo della ricerca)

arch. Daniela Sorana (prima fase della ricerca)

prof. Giuseppe Ridolfi (strumento informatico per la valutazione e sviluppo del relativo software)

Unità operativa Torino

Politecnico di Torino, DINSE – Dipartimento di Scienze e Tecniche per i Processi di Inseadimento

prof. Daniela Bosia (sviluppo e coordinamento operativo della ricerca)

dott.ssa Donatella Marino (sviluppo della ricerca)

arch. Elena Montacchini (sviluppo della ricerca)

arch. Silvia Tedesco (sviluppo della ricerca)

CONTRIBUTI

[La comunicazione](#)

dott. Massimiliano Zona

prof. Donatella Lippi

Storia della Medicina – Direttore Centro di Medical Humanities

Facoltà di Medicina e Chirurgia – Università degli Studi di Firenze

Dipartimento Anatomia, Istologia e Medicina Legale – Policlinico Careggi

[Le tecniche e gli strumenti per la rilevazione del rapporto uomo-ambiente](#)

prof. Marino Bonaiuto

Dipartimento di psicologia dei processi di sviluppo e socializzazione Facoltà di Medicina e Psicologia Sapienza

Università di Roma La Sapienza, CIRPA – Centro Interuniversitario di Ricerca in Psicologia Ambientale

dott. Pierluigi Caddeo

Università degli Studi di Cagliari, TESEUS

dott. Renato Troffa

Università degli Studi di Cagliari, TESEUS

[Ambienti ospedalieri in relazione ai bisogni del paziente oncologico: studio pilota](#)

prof. Riccardo Torta

Direttore SCU Psicologia Clinica e Oncologica AO San Giovanni Battista di Torino

Dipartimento di Neuroscienze, Facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino

dott.ssa Antonella Varetto

AO San Giovanni Battista di Torino

Dipartimento di Neuroscienze, Facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino

[Investigation of the physical environment of healthcare facilities](#)

prof. Maria Johansson, dott.ssa Elizabeth Marcheschi

Environmental Psychology, Department of Architecture and the Built Environment, LTH, Lund University, Lund, Sweden

PREFAZIONE

L'UMANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE: LA NUOVA DIMENSIONE DELL'ARCHITETTURA OSPEDALIERA

6 La richiesta rivolta agli ambienti progettati di fornire adeguato soddisfacimento non solo alle esigenze di ordine funzionale, ma anche a quelle di natura psico-emotiva dei fruitori costituisce un ampliamento del codificato quadro esigenziale, ormai ritenuto sempre più imprescindibile, soprattutto nel caso in cui si tratti di architetture destinate alla cura e all'assistenza.

L'approccio alla progettazione degli ambienti socio-sanitari non va più inteso solo in funzione della cura delle malattie, ma deve essere in grado di collegare le istanze di umanizzazione con il complesso di informazioni e conoscenze maturate nell'ambito della ricerca scientifica condotta in diversi ambiti disciplinari accomunati dall'interesse per il miglioramento delle condizioni dei pazienti e del personale attraverso il design degli ambienti di cura (medicina, psicologia ambientale, ergonomia, prossemica, sociologia, igiene ospedaliera).

In particolare, nel caso degli ambienti socio-sanitari, si ritiene che le caratteristiche psico-sociali degli spazi possano avere effetti tanto sui pazienti – in termini di miglioramento degli esiti clinici della malattia e delle condizioni di sicurezza – quanto sul personale – in termini di miglioramento delle performance – e si riflettono anche sull'efficacia e qualità della cura. Ridurre le condizioni e le situazioni di stress attraverso l'innalzamento della qualità ambientale percepita dagli utenti è diventato un imperativo al quale la committenza pubblica non può più sottrarsi.

Se alcuni Paesi hanno già posto la qualità fruitiva e percettiva degli edifici socio-sanitari tra le priorità nell'ambito dei propri programmi sanitari, nel nostro contesto nazionale, si può invece ancora ritenere inesistente un approccio scientificamente fondato e sistematicamente sviluppato in termini di strumenti metodologici e operativi che pongano come prioritarie le esigenze di promozione dello stato di salute

psico-socio-fisica di tutti i loro utenti, anche in relazione alle strutture edilizie.

Le chiavi interpretative dei caratteri dell'umanizzazione nel contesto sanitario possono essere ricondotte a due macro-ambiti strettamente interrelati nell'ambito dei quali si devono definire i requisiti che la struttura deve avere per soddisfare l'esigenza di umanizzazione:

- l'uno, comprendente gli aspetti di natura organizzativo-gestionale e comunicativa interpersonale più strettamente legati alle attività di diagnosi e cura del paziente;
- l'altro, comprendente gli aspetti di natura architettonico-ambientale delle strutture edilizie.

Il secondo ambito è strettamente collegato al campo operativo della progettazione.

La rilevanza che la materia sta assumendo nel nostro sistema di erogazione delle cure e l'esigenza di affrontarla con la corretta metodologia ha fatto sì che il Ministero affidasse uno specifico progetto di ricerca all'Università di Firenze – Centro Interuniversitario di Ricerca “TESIS” – Sistemi e Tecnologie per la Sanità- Dipartimento di Tecnologie dell'Architettura e Disegno Industriale “Pierluigi Spadolini” (TAED) e al Politecnico di Torino – Dipartimento di Scienze e Tecniche per i processi di insediamento (DINSE), con oggetto *L'umanizzazione delle strutture socio sanitarie: la nuova dimensione dell'architettura ospedaliera*.

Il progetto intendeva pervenire alla definizione – anche attraverso la messa a punto di strumenti di supporto al rilievo ambientale delle strutture esistenti e alla valutazione delle priorità di intervento in termini di qualità percepita – di modelli di indirizzo per le Regioni attraverso l'elaborazione di linee guida, al fine di fornire supporto agli enti attuatori sia nel caso di interventi sul patrimonio edilizio esistente che di realizzazioni ex novo di strutture sanitarie.

Il progetto si proponeva anche di definire una sorta di *disciplinare tipo* che le committenze pubbliche ASL, Aziende, Regioni potranno utilizzare nelle gare di progettazione o nelle autoprogettazioni per formalizzare le prescrizioni da rispettare per garantire che nei progetti vengano soddisfatti i *requisiti di umanizzazione* delle strutture oggetto di intervento.

La ricerca si è sviluppata in 5 fasi e ha prodotto altrettanti rapporti di ricerca intermedi, che hanno consentito di definire:

- Il significato e le diverse accezioni interpretative attribuibili al concetto di umanizzazione, alla luce del dibattito scientifico-culturale in corso e delle esperienze sviluppate a livello internazionale su tale argomento.
- Il quadro esigenziale connesso agli aspetti di umanizzazione delle strutture riportati alle tipologie di utenza dei *pazienti*, dei *familiari/visitatori*, del *personale medico* e del *personale infermieristico*.
- L'importanza attribuita dagli utenti a ciascuno dei fattori che concorrono a definire il livello di umanizzazione di una struttura ospedaliera e la corrispondente gerarchia.
- I requisiti spaziali riguardanti gli ambienti ospedalieri maggiormente interessati dalle problematiche dell'umanizzazione, con particolare riferimento alle strutture per malati oncologici, per la medicina generale e alle case della salute.
- Le linee guida per orientare la progettazione funzionale ed architettonica delle strutture ospedaliere verso soluzioni con elevato grado di umanizzazione e per creare le condizioni di diffuso acculturamento dei progettisti ed amministratori su detto specifico requisito.
- Uno strumento di valutazione/autovalutazione messo a punto per consentire di esprimere giudizi di merito ponderati sull'effettivo livello di umanizzazione espresso nelle soluzioni rappresentate attraverso gli elaborati progettuali e/o nel livello di prestazionalità presente in strutture esistenti, oggetto di rilievo sul campo.

Il prodotto finale della ricerca consiste nella messa a disposizione di strumenti operativi a supporto dei processi decisionali sottesi dalle fasi di programmazione e di progettazione di strutture socio-sanitarie connotate da alti livelli di qualità architettonica in termini di umanizzazione.

Sulla base della constatazione che una parte significativa degli interventi di edilizia socio-sanitaria comporta il recupero e la riqualificazione del patrimonio immobiliare esistente, la ricerca ha sviluppato i propri contributi propositivi con l'intento

di fornire un supporto operativo di guida tanto nelle fasi conoscitive e di diagnosi propedeutiche all'intervento sul costruito, quanto nella fase di concezione (programmatoria e progettuale) dell'intervento (sia essa una realizzazione ex-novo sia una riqualificazione/recupero) e di caratterizzazione degli spazi interni ed esterni.

I risultati della ricerca sono compendati nel presente volume che raccoglie, per un verso, la sintesi del dibattito culturale sul concetto di *umanizzazione in sanità* in rapporto alle condizioni che ne determinano la significatività e l'importanza terapeutica e sociale, per l'altro, le necessarie analisi sistematiche e di tipo esigenziale che è necessario sviluppare per poter addivenire alla definizione dei requisiti minimi da soddisfare in sede progettuale ed infine gli strumenti utilizzabili per poter orientare e controllare l'effettiva coerenza di progetti e soluzioni in rapporto agli obiettivi attesi.

INTRODUZIONE

Nel presente volume sono sintetizzati i contenuti operativi della ricerca “L’umanizzazione degli spazi di cura” svolta per conto del Ministero della Salute dal Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS dell’Università degli Studi di Firenze e dal Dipartimento DINSE del Politecnico di Torino.

10 Per conferire alla ricerca una marcata valenza di interdisciplinarietà e di pragmaticità operativa, nel gruppo di lavoro sono stati coinvolti qualificati docenti e ricercatori di progettazione ospedaliera, di psicologia ambientale, di statistica sanitaria, di sociologia, di medicina, oltre che di personale medico ed infermieristico, di gestori delle strutture e di docenti delle discipline sanitarie maggiormente interessate. Particolarmente proficua è poi risultata la collaborazione con istituzioni di ricerca operanti all’estero già da tempo sulle stesse tematiche con elaborazioni di proposte positivamente sperimentate.

Partendo dal presupposto che l’obiettivo di umanizzare le strutture sanitarie sia già stato ampiamente metabolizzato e condiviso dalla cultura degli utenti e dei decisori e dalla consapevolezza che lo stato delle elaborazioni e delle proposizioni abbia già raggiunto un livello di convergenze universalmente condivise, il compito dei ricercatori è stato quello di sistematizzare in forma organica quanto, peraltro, già riscontrabile nei progetti e nelle opere di maggior qualità, con stimolanti riscontri nelle valutazioni post occupative. La finalità primaria è così diventata quella di offrire un valido contributo alla diffusione di conoscenze e di informazioni utili a coloro che meno sistematicamente o saltuariamente operano nel settore della progettazione di strutture socio-sanitaria ed in particolare di spazi destinati alla cura delle persone malate dove la condizione di fragilità del paziente si scontra con la frequente assenza di condizioni di comfort, accoglienza e benessere che invece potrebbe contribuire ad accelerarne il processo di guarigione.

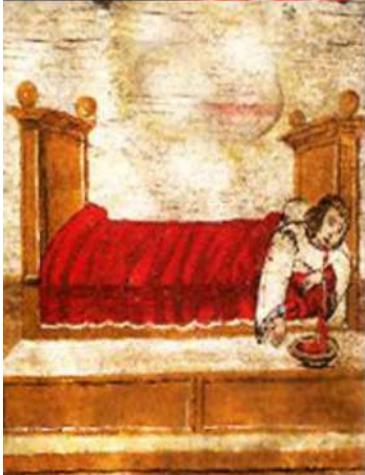
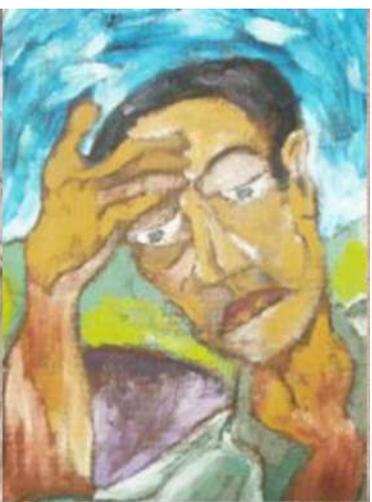
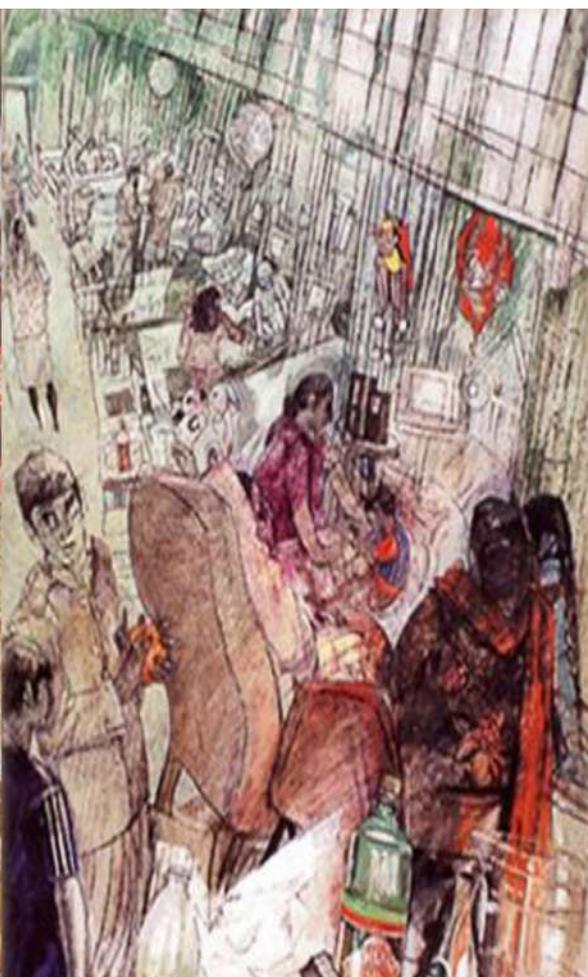
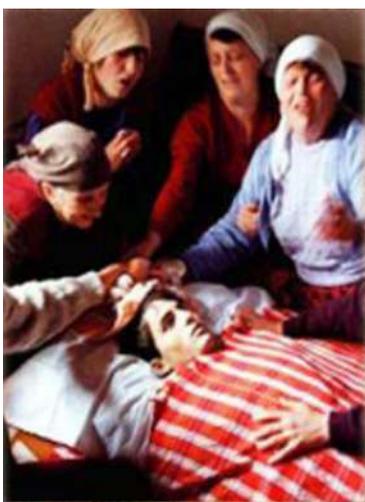
Nello sviluppo della ricerca è stata adottata la metodologia dell’approccio esigenziale-prestazionale con un’attenzione particolare rivolta agli aspetti di natura percettivo-sensoriale che maggiormente, in questo caso, connotano le peculiarità del quadro esigenziale. Le indagini preliminari sul campo e uno studio pilota hanno contribuito ad avvalorare le risultanze della prima fase della ricerca e a supportare la completa definizione del quadro esigenziale. Il sistema delle linee guida prodotte comprende “le raccomandazioni progettuali” e gli indicatori per la valutazione, attraverso un sistema a punteggio pesato, del li-

vello di umanizzazione delle strutture. Tale sistema è ovviamente riferito alle componenti della umanizzazione riguardanti la qualità degli spazi percepiti nelle diverse modalità di interazione uomo-ambiente. Pur tuttavia, nella piena convinzione che gli obiettivi di effettiva umanizzazione delle strutture ospedaliere vadano ad interessare prioritariamente le forme di interazione interpersonale, si è ritenuto opportuno inquadrare il tema della comunicazione tra i diversi utenti del sistema in modo da poterne focalizzare le implicazioni sotto il profilo dei requisiti spaziali.

Per una più facilitata possibilità d'impiego, le "raccomandazioni progettuali" -che rappresentano lo strumento-guida a disposizione degli operatori interessati- sono state strutturate "per spazio funzionale" e sono state arricchite di suggestioni fotografiche che non hanno la pretesa di condizionare i progettisti o i decisori ma che evidenziano come determinati requisiti siano stati soddisfatti in opere di recente realizzazione. In alcuni casi i livelli di prestazione offerti si collocano al di sopra della media corrente, tanto in termini di benefici espressi quanto in termini di implicazioni economiche. Non va comunque dimenticato che, specialmente nelle strutture ospedaliere, i costi di investimento iniziale rappresentano un valore inferiore a quello dei costi di gestione globale di appena due anni di vita e che l'impatto del beneficio percepito da parte dell'utenza ha anch'esso delle implicazioni economiche, particolarmente se riferito alle condizioni di lavoro del personale medico ed infermieristico. Ulteriori indagini sul campo attraverso interviste, focus group e questionari hanno contribuito a individuare le gerarchie di importanza attribuite dagli utenti agli aspetti che maggiormente incidono sulla percezione dell'umanizzazione e a determinare una loro prima ipotesi di pesatura nell'ambito del sistema di valutazione proposto. Per supportare il processo di valutazione del livello di umanizzazione di progetti e strutture da parte dei valutatori è stato implementato, sulla base della ricerca svolta, un software descritto nell'ultima parte del volume. I pesi che rappresentano la gerarchizzazione degli aspetti di umanizzazione che sono stati introdotti come default nello strumento, sono derivati dall'indagine sul campo; tuttavia si evidenzia come il target da assumere come riferimento per orientare i requisiti di umanizzazione possa essere liberamente deciso, caso per caso, dal responsabile del programma attuativo, rendendo così lo strumento flessibile, aperto e suscettibile di continui e progressivi aggiornamenti.

1

L'umanizzazione in sanità



1

L'umanizzazione
in sanità

IL SIGNIFICATO E GLI AMBITI DI RIFERIMENTO

14

L'UMANIZZAZIONE IN SANITÀ

...Purtroppo, quella figura di medico che conosce bene non solo la sua materia, ma anche la vita, che ha una solida formazione scientifica, ma concepisce ancora la medicina come un'arte, in Occidente non esiste più e non viene più prodotta. I medici che oggi escono dalle nostre università pensano ormai esclusivamente in termini di malattie, non di malati. Il paziente è il "portatore" di un male; non è una persona inserita in un suo mondo, con o senza una famiglia, felice o infelice del suo lavoro. Nessun medico va più a casa dell'ammalato, vede la sua quotidianità, capisce i suoi rapporti affettivi. Non ne ha più tempo. Non ha più la curiosità, l'atteggiamento...

Tiziano Terzani, *Un altro giro di giostra*

Il concetto di umanizzazione in sanità trova i suoi fondamenti nel processo evolutivo che ha visto modificarsi il modo di intendere la "salute" e i mezzi impiegati per garantirla. La transizione dall'approccio biomedicale, secondo cui curare la malattia voleva dire trattare l'organo malato, a quello bio-psico-sociale ha introdotto una visione multidimensionale della salute che ha spostato l'attenzione dall'organo malato all'individuo nella sua totalità, collocandolo nell'ambiente fisico e relazionale in cui viene curato e affermando definitivamente il principio indiscusso della "centralità del paziente".

In tale rinnovato contesto culturale il paziente è inteso non solo come portatore di patologia ma come persona con esigenze fisiche, funzionali, psico-emotive e relazionali e anche con un inalienabile mondo di valori. Numerosi studi hanno dimostrato, anche sulla base di rilievi in situ, che il modo in cui il paziente e i familiari vivono e percepiscono l'esperienza della malattia, è influenzato sia da fattori di tipo clinico, medico e professionale, sia da elementi di altra natura, riferibili a sfere diverse da quella strettamente biologica. È confermata, infatti, l'evidenza scientifica che questi fattori, che non riguardano il livello tecnico,

scientifico e professionale delle cure prestate, non solo incidono notevolmente sul modo di vivere e percepire l'esperienza della malattia, ma hanno ricadute sugli stessi esiti clinici. In particolare, ciò che viene indicato come particolarmente significativo riguarda aspetti quali il livello delle interazioni tra personale sanitario e pazienti, l'accesso alle informazioni, la qualità dell'ambiente fisico in cui vengono curati, l'adozione di un approccio che supporti in senso olistico la persona nella sua complessità: la sua mente, il suo corpo, il suo spirito (cfr. Frampton et al., 2008).

L'umanizzazione intesa, quindi, come interpretazione psicosensoriale dei bisogni dell'utenza – i pazienti in prima istanza – fa riferimento a diversi ambiti strettamente interrelati fra loro, che vanno dalle scienze mediche, al rapporto comunicativo, sia tra paziente e personale sanitario (linguaggio e modalità di scambio comunicativo), cui è strettamente legato il settore della formazione del medico e dell'infermiere, sia tra paziente e organizzazione della struttura sanitaria, e che coinvolgono direttamente il rapporto con la progettazione degli spazi di cura.

L'attenzione verso tutti questi ambiti, caratterizzati da valenze precise, che nel corso degli anni hanno avuto sviluppi complessi, parallelamente all'evoluzione della medicina stessa e delle terapie, contribuisce a creare quel necessario supporto al paziente, che, in una struttura sanitaria, è sempre caratterizzato da forte fragilità emotiva.

A livello internazionale, il concetto di umanizzazione, riferito in particolare ai pazienti e ai loro care-givers, è espresso dalla locuzione 'patient-centered care' secondo cui, come dichiara la IAPO¹ (International Alliance of Patients' Organization), il "sistema delle cure dovrebbe essere progettato intorno al paziente con il rispetto per le preferenze, i valori e/o i bisogni della persona" (IAPO, 2007). In letteratura, non è presente una univoca definizione che espliciti in cosa consista tale approccio alle cure.

Nel contesto europeo, il glossario della Organizzazione Mondiale della Sanità – European Observatory on Health Systems and Policies ripropone la definizione utilizzata negli Stati Uniti dalla U.S. Agency for International Development, in base al quale l'approccio alla cura secondo un modello "patient centered" adotta consapevolmente la prospettiva del paziente. Questa prospettiva può essere caratterizzata da dimensioni quali il rispetto per i valori, le preferenze ed i bisogni espressi del paziente riguardo al coordinamento e alla integrazione di cura, informazione, comunicazione e formazione, comfort fisico, supporto emotivo e alleggerimento della paura e dell'ansia, coinvolgimento della famiglia e degli amici, transizione e continuità. Approccio che trova i suoi principali riferimenti nelle Medical Humanities, nate negli Stati Uniti intorno agli anni '70, che hanno rappresentato un lungo percorso di riscoperta delle dimensioni relazionali e narrative all'interno della medicina, privilegiando, nel rapporto medico-paziente, gli aspetti specificamente riferiti alla dimensione umana e personale.

Nelle ultime due decadi si è affermato anche l'approccio family-centered, che riconosce nella famiglia – da intendersi in senso esteso come persone legate al paziente biologicamente, legalmente o affettivamente – non solo un fondamentale supporto per il benessere e il ristabilimento della salute del paziente, ma un vero e proprio partner del personale sanitario nel prestare le cure e nell'assumere decisioni circa il piano terapeutico.

GLI SPAZI

L'ospedale di Venezia è bellissimo per gli amanti delle cose d'arte, per i malati indigenti un po' meno. I saloni oscuri dalle volte altissime, così suggestivi, non sono l'ideale per chi è costretto a giacervi, in un'affollata e sgradevole promiscuità. Il paravento intorno a un letto non basta ad arginare la paura che da quel poco misterioso segnale si propaga nelle corsie. Addirittura è molto meglio l'indomani vedere il materasso arrotolato dove si era consumata una vita, pronto, dopo la sprimacciatura, ad accoglierne un'altra, diversa ma molto simile. A mio padre, almeno, erano risparmiate queste umiliazioni: ma forse nemmeno le avrebbe colte. Stava in un reparto nuovo, sul retro, dove poteva permettersi una stanza solo per noi due. Le finestre affacciavano sulla laguna, proprio dirimpetto al cimitero. A qualche superstizioso quella vista non piaceva: aveva torto, perché quell'isola esclusivamente dei morti, dedicata a San Michele, unica in tutto il mondo, prometteva una pace elitaria.

Cesarina Vighy, *L'ultima estate*

Le definizioni cui si è fatto esplicito riferimento chiamano in causa le caratteristiche degli spazi, in termini di comfort fisico, e indicano, insieme ad altre definizioni, la necessità di adottare un approccio olistico alla cura, che consideri, oltre agli aspetti strettamente medici, anche i molti altri elementi che condizionano la vita quotidiana del paziente nella struttura fisica e sociale dell'ospedale.

Il design delle caratteristiche spaziali-funzionali e psico-sensoriali dell'ambiente

Il **Planetree** fin dalla sua fondazione negli anni '70 si è fatto promotore di metodi per personalizzare, umanizzare ed esprimere l'esperienza di ospedalizzazione, e più in generale di utilizzo di strutture socio-sanitarie, da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Nelle tesi dell'organizzazione, viene esplicitamente dichiarata la convinzione che l'ambiente fisico può influire positivamente sulla guarigione, sulla salute e sul benessere del paziente e degli altri utilizzatori delle strutture socio-sanitarie. Il *Planetree Model*, adottato dalle strutture affiliate, esplicita i componenti dell'approccio *patient-centered* e olistico alla cura, promosso dall'organizzazione, mirato a promuovere effetti terapeutici a livello mentale, emotivo, spirituale, sociale e fisico. A tale modello, riferito alle cure acute, ne è stato aggiunto un altro che si riferisce alla continuità della cura. Entrambi sono stati applicati in un ampio ventaglio di strutture, dai reparti di cure acute e critiche o dai reparti di emergenza alle strutture per anziani o alle strutture poliambulatoriali.

Il *Planetree Model* per le cure acute si sostanzia nei seguenti punti:

- **Interazione umana:** esseri umani che si prendono cura di altri esseri umani, che creano un ambiente orientato alla guarigione per i pazienti, le famiglie e i membri del personale.
- **Famiglia, amici e supporto sociale:** contribuisce alla qualità dell'esperienza di ospedalizzazione promuovendo le relazioni personali tra i pazienti e la loro rete di supporto.
- **Informazione e formazione:** ai pazienti, ai familiari e ai membri della comunità viene dato un più completo accesso alle informazioni.

- **Aspetti nutrizionali e nutritivi del cibo:** scelta e servizio personalizzato, associati a pratiche di nutrizione sana, aggiunge piacere, comfort e familiarità.

- **Design architettonico e degli interni:** il Planetree design tiene in considerazione il benessere del paziente. L'ospedale è accogliente e accessibile, fornisce una chiara segnaletica di direzione, stanze confortevoli e familiari, e soluzioni di design che stimolano la percezione sensoriale e abbattano le barriere.

- **Arti e intrattenimento:** musica, opere d'arte, teatro, lavori di artigianato e clowns offrono coinvolgimento e divertimento per migliorare l'ambiente clinico.

- **Spiritualità:** Planetree riconosce il ruolo vitale della spiritualità nel guarire la persona nella sua totalità. Dai sacerdoti ai programmi di meditazione, gli ospedali possono offrire opportunità di riflessione e stimolo delle esigenze spirituali.

- **Aspetto umano:** l'aspetto umano riduce l'ansia, la paura, lo stress, creando beneficio ai pazienti, alle famiglie e ai membri dello staff.

- **Terapie complementari:** ampliano le scelte offerte ai pazienti. L'aroma terapia e la pet-therapy, l'agopuntura e il Reiki vengono offerti in aggiunta alle modalità terapeutiche cliniche tradizionali.

- **Comunità sane:** espandere i confini della cura della salute. Lavorando con le scuole, i centri per anziani, le chiese e con altri partner a livello di comunità, le organizzazioni stanno ridefinendo la cura della salute in modo che sia estesa alla salute e al benessere della più ampia comunità.

ospedaliero, e più in generale socio-sanitario, costituisce, quindi, una variabile di provata rilevanza nell'influencare le condizioni di benessere dei suoi utilizzatori e i clinical outcomes (il successo clinico e terapeutico) dei pazienti. Significativo è l'articolo *Healing by Design*, pubblicato nel 1995 sul "New England Journal of Medicine", nel quale si sottolinea lo stretto legame, riconosciuto anche dalla letteratura scientifica medica, che sussiste tra progettazione architettonica e disciplina medica: «Medical care cannot be separated from the buildings in which it is delivered. The quality of space in such buildings affects the outcome of medical care, and architectural design is thus an important part of the healing process»².

Diverse organizzazioni internazionali, che si occupano di sviluppare e diffondere la ricerca applicata connessa con l'approccio patient-centered e family-centered, hanno concentrato il loro interesse anche sull'ambiente fisico dell'ospedale e sul suo ruolo nel perseguimento di più alti livelli qualitativi nell'erogazione di cure socio-sanitarie. Tra queste associazioni si citano, ad esempio, il Picker Institute⁴, il Planetree⁵, il Center for Health Design⁶ o l'International Academy for Design and Health⁷.

Insieme alla Evidence-Based Medicine, il crescente interesse dimostrato per la relazione tra le caratteristiche dello spazio fisico e il processo di guarigione dei

L'*Institute for Family-Centered care*³, con sede a Philadelphia (USA), inizialmente ha focalizzato la sua attività nei primi anni '90 sulla definizione delle caratteristiche dell'approccio *family-centered* nel caso delle cure pediatriche. Negli ultimi 8-10 anni l'Istituto ha registrato un coinvolgimento crescente nelle cure di pazienti adulti e geriatrici maturando così la convinzione dell'importanza di riconoscere in maniera esplicita il ruolo del paziente.

Ciò ha condotto all'adozione da parte dell'Istituto della dizione di 'patient-and-family-centered care' ad esplicitare il concetto che sia i familiari (come evidente in modo preminente nel caso dei pazienti pediatrici) sia i pazienti rappresentano interlocutori fondamentali nel processo di cura.

Tra le ragioni fondamentali della focalizzazione sul ruolo dei familiari, ritroviamo il riconoscimento della loro profonda influenza sulla salute e sul benessere del paziente; le famiglie e le altre persone vicine vengono quindi viste come alleati nello sforzo di migliorare la sicurezza e la qualità in ambito sanitario.

Un'ulteriore motivazione deriva dalla considerazione che nella società contemporanea l'isolamento sociale rappresenta un fattore di rischio. Le persone che sono più dipendenti dalle cure ospedaliere e in genere dal sistema sanitario sono spesso anche le più dipendenti dalle famiglie o comunque dalla rete di supporto: le persone molto giovani, quelle molto anziane e quelle in condizioni

croniche. Pertanto gli ospedali, le cliniche e gli altri luoghi in cui vengono erogate cure socio-sanitarie e che in maniera esplicita si impegnano nella creazione di strutture *patient* e *family centered* sviluppano strategie, programmi e pratiche che supportano e incoraggiano la presenza e la partecipazione della famiglia.

Il design dell'ambiente ospedaliero viene riconosciuto quale strumento fondamentale per l'attuazione delle cure *patient* e *family centered*.

La previsione o meno di spazi e attrezzature dedicati alla partecipazione e alla permanenza dei familiari all'interno dell'ospedale e accanto al proprio caro costituisce una espressione inequivocabile dell'apprezzamento che l'ospedale ha del loro ruolo nella dinamica di cura del paziente. L'Istituto promuove inoltre il coinvolgimento dei familiari e dei pazienti, quali consulenti durante le fasi di progettazione (sia si tratti di nuova costruzione, sia di ristrutturazione), secondo un approccio collaborativo alla progettazione.

Il loro coinvolgimento nel team multidisciplinare di progettazione (che accanto ai progettisti deve vedere la presenza di membri del personale, amministratori, e consulenti specialisti) costituisce la garanzia del rispetto dei loro bisogni, interessi e preoccupazioni. A tal fine l'Istituto ha redatto una guida per la conduzione della progettazione collaborativa.

pazienti ha favorito la diffusione dell'Evidence-Based Design (EBD). Una rassegna condotta nel 2004 da ricercatori della Texas A&M University e della Georgia Tech (Ulrich et al. 2004)⁸, volta a verificare la reale consistenza della letteratura scientifica a supporto dell'affermazione di una influenza del design dell'ambiente ospedaliero sui risultati clinicamente misurabili sui pazienti, familiari e staff, ha individuato oltre 600 articoli che documentano tale influenza. La rassegna è stata poi ampliata e integrata con una ulteriore analisi, condotta nel 2008 (Ulrich et al., 2008), che ha individuato altri articoli relativi a studi empirici aventi come oggetto il legame esistente tra le caratteristiche dell'edificio ospedaliero e il processo di guarigione dei pazienti.

In particolare, la rassegna ha messo in luce studi che collegano l'ambiente fisico con tre categorie di variabili:

- la sicurezza del paziente, in particolare in riferimento alle infezioni nosocomiali, agli errori medici e alle cadute⁹;
- il dolore, il sonno, la depressione, la durata della permanenza in ospedale, l'orientamento spaziale, la privacy, la comunicazione, il supporto sociale e il livello complessivo di soddisfazione;
- le emergenze relative al personale, quali gli incidenti sul lavoro, lo stress, l'efficienza lavorativa e il livello di soddisfazione.

Il team di ricercatori, sulla base della rassegna condotta, ha tratto la conclusione secondo la quale, attraverso la qualità progettuale degli spazi, è possibile creare

Il **Center for Health Design**¹⁰, è un'organizzazione con sede in California (USA), che pone come propria missione la trasformazione degli ambienti sanitari in ambienti terapeutici (*healing environments*) in grado di migliorare gli esiti clinici attraverso l'uso dell'evidence based-design. Nel 2000, il Centro ha attivato un programma, denominato "*Pebble Project*" con lo scopo di documentare e diffondere esempi di strutture sanitarie il cui design ha influenze positive sui processi di guarigione dei pazienti e sul benessere e sull'efficienza dello staff. I partner del progetto sono strutture sanitarie (strutture per acuti, ospedali universitari, centri di ricerca ospedaliera, strutture ambulatoriali, ospedali specialistici, ecc.), autorità governative, industrie e professionisti, provenienti da stati degli USA, dal Distretto della Columbia e dal Canada, che sperimentano e documentano soluzioni progettuali innovative, in cui l'ambiente è considerato parte integrante della terapia. Gli organismi che partecipano al progetto accedono ad informazioni e condividono esperienze e conoscenze. Divulgando esempi di strutture concepite con alti livelli qualitativi, il "*Pebble Project*" si propone nello specifico di dimostrare che il design può:

- migliorare la qualità della cura fornita ai pazienti;
- attrarre un maggior numero di pazienti ed incrementare il livello di soddisfazione;
- attirare e mantenere forza lavoro di eccellenza;
- incrementare il sostegno della comunità;
- migliorare l'operatività, l'efficienza e la produttività del personale.

Esempi di esperienze nell'ambito del *Pebble Project*

PARRISH MEDICAL CENTER IN TITUSVILLE, FLORIDA (USA)

Il nuovo Parrish Medical Center, inaugurato nel 2002, sostituisce il precedente, costruito 40 anni prima. Un'indagine condotta nel 2004 su 734 membri dello staff evidenzia che la maggioranza di essi ritiene che le caratteristiche del nuovo edificio – maggiore ingresso della luce naturale, miglioramento della ventilazione naturale, separazione dei percorsi dedicati al trasporto dei pazienti dai corridoi pubblici, design delle camere di degenza simile a quello di ambienti domestici, ecc. – influiscano positivamente sulla qualità della loro vita lavorativa e sulla loro efficienza.



ospedali più sicuri e meno stressanti, in grado di promuovere la guarigione dei pazienti ed essere luoghi di lavoro più gravedoli per il personale.

Uno dei primi studi che ha scientificamente stabilito una connessione tra caratteristiche dell'ambiente ospedaliero ed esiti clinici risale al 1973. Con questo studio, i ricercatori Falk e Woods documentarono che lo stress generato dall'ambiente ospedaliero (nello studio la rumorosità all'interno delle stanze per il risveglio) può incidere sullo stato clinico del paziente (in particolare attraverso un aumento del rischio di contrarre infezioni). Analogamente, è stato rilevato che l'ambiente dell'ospedale influisce sulla qualità lavorativa del personale. Un rapporto di ricerca pubblicato in Inghilterra dal titolo 'The role of hospital design in the recruitment, retention and performance of NHS nurses in England' (CABE, 2004), riferisce che l'86% delle caposala interpellate riteneva che il design dell'edificio ospedaliero fosse un mezzo per migliorare le performance e il morale del personale, e che da tali condizioni discendessero conseguenze positive in termini di maggiori richieste di assunzione e di mantenimento della forza lavoro.

La prospettiva teorica ed operativa secondo la quale l'ambiente fisico dell'ospedale può influenzare le condizioni di benessere e salute dei pazienti e la crescente condisione di questo approccio, sia nell'ambito della progettazione che in quello della pratica medica, ha stimolato un crescente interesse verso gli aspetti che contribuiscono a determinarne il potenziale.

Adottando un approccio di tipo olistico, occorre, quindi, considerare le interazio-

ST. ALPHONSUS REGIONAL MEDICAL CENTER, BOISE, IDAHO (USA)

Prima della costruzione del nuovo ampliamento (foto sotto), nel 2003 l'ospedale decise di rinnovare un reparto per testare una serie di soluzioni da adottare poi nel nuovo progetto.

I livelli di rumore furono ridotti grazie a stanze di degenza più ampie, all'uso di moquette agli ingressi, all'inserimento di nuovi materiali fonoassorbenti a parete e a soffitto, allo spostamento dei macchinari rumorosi in stanze lontane da quelle di degenza. La riduzione della rumorosità (sotto i 51.7 dB) consentì il miglioramento della qualità del sonno dei pazienti (da 4.9 a 7.3 in una scala da 0 a 10) e il livello di soddisfazione degli stessi.

1 L'atrio è dotato di grandi finestre da pavimento a soffitto che consentono l'ingresso della luce naturale e il contatto visivo con il parco esterno.

2 Nella zona davanti agli ascensori, pavimentata in granito e controsoffittata con doghe in legno, sono collocate opere d'arte, diverse ad ogni piano, che costituiscono un riferimento visivo per pazienti e visitatori.

3 Kissler Family Health Sciences Library. La biblioteca dell'area chirurgica è attrezzata per la consultazione on line delle più avanzate ricerche mediche. È un luogo tranquillo, dove poter navigare su internet, leggere e lavorare.



ni che si generano tra l'ambiente ed i suoi utilizzatori, pazienti, familiari e personale sanitario, che risentono, con modalità, tempistiche ed effetti diversi, delle condizioni ambientali, secondo un'ottica multidimensionale tenendo presenti sia le variabili a livello fisico, sia sociale che psico-sensoriale.

L'ambiente costruito, sia alla scala dell'edificio che a quello del singolo spazio, è in grado di influenzare le condizioni di benessere, e spesso anche di salute, delle persone che lo utilizzano (Evans, McCoy, 1998) sia in senso negativo – generando condizioni di stress – sia in senso positivo – fornendo occasioni di distrazione, rilassamento, benessere. Lo stress ambientale costituisce una chiave di lettura, scientificamente fondata, per indagare il rapporto che si instaura nella maggior parte delle nostre strutture sanitarie tra l'ambiente costruito ed i suoi utilizzatori.

I pazienti e i familiari sono gli utenti che maggiormente risentono delle condizioni di stress come ad esempio la difficoltà di orientamento e di individuazione delle direzioni e funzioni, che possono comportare l'insorgenza di stati di ansia in relazione alla vulnerabilità emotiva cui sono sottoposti nel momento in cui si trovano a dover usufruire del servizio ospedaliero.

Un edificio, infatti, che non consente alle persone che lo utilizzano di raggiungere, per esempio, determinati livelli di privacy o non rende leggibile la modalità di fruizione di uno spazio o l'utilizzo di una attrezzatura, altera i livelli di stress nelle persone generando reazioni emotive negative quali ansia, depressione, frustrazione.

Tra i principali fattori di stress, oltre al rumore, il microclima interno, gli odori sgra-

Il programma del **King's Fund**¹¹ "Enhancing the healing environment" (EHE) incoraggia equipe multidisciplinari di designer, operatori sanitari, pazienti, al fine di migliorare l'ambiente in cui viene erogata/ricevuta l'assistenza e la cura. Attivato nel 2000, il programma ha ricevuto riconoscimenti internazionali come progetto esemplare, sia per quanto riguarda le singole realizzazioni sia per i propositi che esso si pone, inerenti allo studio degli impatti che l'ambiente fisico ha sugli outcomes di pazienti e staff. Il programma è stato poi esteso a centri di salute mentale e di cure primarie della capitale e in seguito a strutture sanitarie di tutto il territorio nazionale. Nel 2010 più di 200 strutture hanno aderito al progetto¹².



4



5

devoli possiamo sottolineare anche l'aspetto istituzionale e altamente tecnologizzato che suscita reazioni emotive negative, trasmettendo ai pazienti e ai visitatori un messaggio di subordinazione, di malattia e di de-umanizzazione. L'ospedale, spesso, impone ai suoi utenti, e ancora di più ai pazienti ricoverati, una perdita di controllo delle condizioni spaziali e fisiche che investono anche le più semplici attività normalmente condotte nella quotidianità: l'orario dei pasti e del risveglio, l'accensione e lo spegnimento delle luci, il controllo del microclima e delle condizioni ambientali, ecc.

Anche per il personale sanitario che svolge una attività lavorativa che lo sottopone a stress non solo fisico, ma anche psico-emotivo, il logoramento (così definito burnout del personale sanitario che consiste in un esaurimento psico-fisico che comporta uno stress di lungo termine) (Maslach, 1982) le condizioni psicofisiche sono aggravate da situazioni di disagio ambientale.

Oltre ad incidere sul benessere degli utenti, la presenza di elementi stressogeni influisce anche indirettamente sulla percezione della qualità del servizio ospedaliero.

L'eliminazione delle tensioni provenienti dall'ambiente fisico, tuttavia, non è necessariamente sufficiente a creare un ambiente che faciliti la guarigione come rilevano Hartig et al. (2003): l'umanizzazione dello spazio ospedaliero non ha infatti come obiettivo solo quello di minimizzare la presenza di fattori di stress, ma anche quello di porre in essere quelle condizioni fisiche, ambientali e sociali capaci di favorire il benessere degli utenti.

Il ricorso alle capacità ristorative dell'ambiente costruito rappresenta un concet-

"Building Better Health" è una società privata, partner di alcuni progetti a Londra del **National Health Service** LIFT (Local Improvement Finance Trust). Il National Health Service LIFT, fondato dal Department of Health nel 2001, si propone di investire nel settore delle cure primarie e dei servizi sanitari di base. Grazie alla partnership con il "Building Better Health", che si occupa di progettazione, costruzione, gestione delle strutture, il sistema sanitario britannico vanta edifici con elevati standard di qualità architettonica, costruiti nell'ambito di tre specifici progetti: Building Better Health West London, Building Better Health Lambeth, Southwark and Lewisham e South West London Health Partnerships¹³.



6

4 Le installazioni nel cortile dell'Havering and Redbridge University Hospitals NHS Trust (Barking, UK) dopo la trasformazione (2001). Il progetto ha migliorato l'aspetto generale dei due cortili interni introducendo elementi artistici come sculture e giochi d'acqua.

5 Il giardino del Bradford District Care Trust, Lynfield Mount Hospital (Bradford, UK) prima e dopo l'intervento (2005). Il giardino è stato riorganizzato in aree di contemplazione e meditazione, dove poter osservare l'acqua che scorre o percepire i profumi delle piante e dei fiori, e in aree di socializzazione, dove svolgere attività collettive. Il corso d'acqua che attraversa il giardino delimita l'area destinata ai pazienti dai percorsi dei visitatori esterni. Le forme organiche e curviline utilizzate nel design degli spazi richiamano quelle del paesaggio naturale circostante.

6 Gracefield Gardens Health Centre, Streatham, London (2007). Il centro è progettato intorno ad un atrio centrale, che serve come fonte di illuminazione e come punto di riferimento e di orientamento. Vicino all'ingresso vi sono la reception principale e le aree di attesa.

Interessanti sono anche le attività di ricerca e di promozione di linee guida per l'innalzamento dei livelli qualitativi delle strutture sanitarie del **Netherlands Board for Healthcare Institutions** (NBHI), organizzazione che, in Olanda, si occupa di sostenere le attività del Ministero della Salute. Il NBHI, le cui priorità di ricerca si basano su un programma di lavoro approvato dal Ministero, svolge un ruolo di interfaccia tra sistema sanitario e architettura.

to chiave nella ricerca sulle potenzialità dell'ambiente fisico di incidere positivamente sullo stato di salute e benessere delle persone (Evans, McCoy, 1998). Esiste una ampia letteratura scientifica che evidenzia come talune tipologie o caratteristiche dell'ambiente possano influire riducendo i livelli di stress psicofisiologico, migliorando la capacità di focalizzare l'attenzione e suscitando stati affettivi positivi (Hartig et al., 2003; Kort et al., 2006).

La letteratura ha messo in rilievo le potenzialità offerte da spazi, che permettano di mantenere i rapporti con le persone vicine e la possibilità di costruirne di nuovi, costituendo una fondamentale risorsa per affrontare l'esperienza della patologia. Spazi con caratteristiche che stimolino positivamente, come la percezione e la possibilità di fruizione diretta di luoghi esterni, la fruizione di opere d'arte, la musica, le fragranze e che riducano quindi, i livelli di stress psicofisiologico, migliorando le condizioni psicosensoriali (Hartig et al., 2003; Kort et al., 2006).

Una strategia progettuale mirata a ridurre l'impatto stressante dell'edificio ospedaliero e a massimizzare le sue capacità di facilitare il recupero creando un ambiente accogliente, in grado di instaurare una profonda relazione di natura emotiva costituisce l'essenza della progettazione di un ambiente che facilita la guarigione (*healing environment*) e di un ambiente sano di lavoro (*healthy workplace*).

Nel complesso l'influenza dell'edificio ospedaliero e delle strutture socio-sanitarie sulle condizioni di salute delle persone va estesa oltre l'orizzonte dei suoi utilizzatori diretti fino ad includere un contesto più ampio.

Le strutture sanitarie sono una importante fonte di emissioni inquinanti, quali per esempio gli spostamenti da essa generati (Wright, 2009), la gestione dei rifiuti o le sostanze utilizzate da alcune apparecchiature e in alcune terapie mediche.

La sostenibilità ambientale nel caso delle strutture socio-sanitarie, fa riferimento non solo a criteri economici ma anche a criteri di più ampia valenza etica: si ritiene che gli ospedali costituiscano un modello di riferimento in materia ambientale (Roberts, Guenther, 2006). Se la missione dell'ospedale è quella di curare non può arrecare danno alla salute a causa della sua azione inquinante o comunque di stress ambientale sugli utenti.

Sebbene risulti ancora controversa la questione dei ritorni economici derivanti dall'adozione dell'evidence-based design (cfr., ad esempio AHRQ, 2005), è probabile secondo opinioni derivate da esperienza professionale che la progettazione delle strutture socio-sanitarie secondo l'approccio convenzionale contribuisca alla creazione di condizioni di stress e di pericolo, che indirettamente possono costituire onere economico in termini di maggior quantità di farmaci che gli utenti devono assumere, di aumento della probabilità di errori medici, di prolungamento delle degenze. Un articolo del Wall Street Journal (2002, december 3) riferisce che il Barbara Ann Karmanos Cancer Institute di Detroit (USA) ha verificato che nella struttura dopo la sua ristrutturazione¹⁴ e trasformazione in un ambiente che facilita la guarigione i pazienti assumevano il 45% in meno di antidolorifici.

LA COMUNICAZIONE

Li credi malati, tu? ... Uno geme... un altro rutta... quello barcolla... questo è pieno di pustole... Vuoi vuotar la sala d'aspetto? Istantaneamente? ... anche di quelli che s'accaniscono ad espettorare fino a farsi schiattare il petto? Proponi una botta di cinema! ... un aperitivo gratis, sbattuto in faccia! ... vedrai quanti ne resteranno... Se vengono a cercarti, è soprattutto perché si scocciano. Mica ne vedi uno la vigilia d'una festa... Ai disgraziati, ricorda quel che ti dico, manca un'occupazione, mica la salute... Voglion semplicemente che tu li distraiga, che tu li metta di buon umore, che tu li interessi coi loro rutti... i loro gaz... i loro scricchiolii... che tu gli scopra delle flatuosità... delle febbriaciatole... dei borborigmi... degli inediti! ... Che tu ti dilunghi... che tu t'appassioni... Per questo hai la tua laurea...

Louis-Ferdinand Céline, *Morte a credito*

Come sopra anticipato, il processo di umanizzazione, intesa come interpretazione psicosensoriale dei bisogni dell'utenza, fa riferimento ad ambiti diversi, ma strettamente correlati fra loro: oltre all'aspetto strettamente medico-scientifico, occupa un ruolo centrale il rapporto comunicativo, tra paziente e personale sanitario e tra paziente e organizzazione della struttura sanitaria.

Questi aspetti, a loro volta, coinvolgono direttamente il rapporto con la progettazione degli spazi.

Una maggiore attenzione verso queste problematiche si è registrata, a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, in occasione della conferenza di Alma Ata (Alfano, 2001): la comunità internazionale ha poi più volte ribadito il ruolo della comunicazione nei sistemi e processi di tutela della salute, specialmente nel caso delle politiche rivolte alla sanità pubblica.

LE OPPORTUNITÀ DELLA
COMUNICAZIONE
IN SANITÀ NELLE
INDICAZIONI
INTERNAZIONALI

Conferenza di Alma Ata (1978)	«Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria della quale hanno bisogno»	Commitment (patto sociale)
Carta di Ottawa (1986)	«Le aspettative per la salute non possono essere garantite solo dal settore sanitario (...) è necessaria un'azione coordinata da parte di tutti gli attori coinvolti»	Trust Building (costruzione di un sistema di alleanze)
Raccomandazioni di Adelaide (1988)	«Sviluppare sistemi di informazione sulla salute che agevolino l'assunzione di decisioni informate per l'implementazione di una politica pubblica per la salute (...) e aiutare i mezzi di comunicazione a interpretare le complesse questioni politiche (...) con un approccio che privilegi la consultazione e la mediazione»	Sviluppo di un sistema di conoscenze condiviso
Dichiarazione di Jakarta (1997)	«Le conoscenze sulla salute favoriscono la partecipazione (...) l'accesso alle informazioni è essenziale per ottenere una partecipazione efficace e attribuire maggiori poteri alla comunità e agli individui»	Promozione dell'autonomia decisionale
Direttiva 97/17 del Consiglio d'Europa	«Stabilire una rete di comunicazione per mantenere le organizzazioni ricettive (...) non solo per agevolare la cooperazione ma anche migliorare il prodotto finale»	Ascolto e miglioramento della qualità del prodotto finale

Da: Del Vecchio M., Rappini V., *La comunicazione aziendale in sanità*, Rapporto OASI 2009, CeRGAS, Egea, Milano 2009, p. 376.

Il tema della Comunicazione in Medicina e Sanità investe, infatti, diversi ambiti, da quello più classico, come la relazione tra curanti e pazienti, a quello delle relazioni nella comunità dei curanti, particolarmente tra il personale medico e infermieristico, a quello formativo e informativo in una funzione di “comunicazione sociale”.

	Comunicazione per la salute	Comunicazione sanitaria (di prodotto e/o di marketing)	Comunicazione istituzionale
Livello d'azione	Settoriale		Corporate (sistema e/o azienda)
Contributo	al profilo di salute (prevenzione primaria)	alle politiche di prodotto	alla legittimazione istituzionale
Ambito di intervento sui comportamenti	Comportamenti rilevanti per la salute ↓	Processi decisionali di scelta e consumo ↙ ↘	Atteggiamenti e propensioni ↓
Finalità	Strumento di prevenzione e promozione della salute	Strumento di empowerment	Strumento di marketing
Contenuti	STILI di VITA	PRODOTTO (attributi, benefici e/o componenti di valore)	IDENTITÀ e IMMAGINE
Interlocutori	Comunità	Soggetti di domanda (e/o intermediari)	Stakeholder

LE AREE DELLA COMUNICAZIONE IN SANITÀ

Da: Del Vecchio M., Rappini V., *La comunicazione aziendale in sanità*, Rapporto OASI 2009, CeRGAS, Egea, Milano 2009, p. 377.

Le strutture ospedaliere, infatti, che concentrano il loro sforzo comunicazionale in vista del miglioramento del rapporto medico-paziente e utilizzano metodologie informatiche per diminuire le possibilità di errore, sono chiamate a impiegare con altrettanta efficacia, nella quotidianità, tutti gli strumenti di informazione e comunicazione, rivolgendosi anche ai loro dipendenti e collaboratori, ai non degenti, ai familiari dei pazienti, ai fornitori, alle Istituzioni locali e nazionali, alle associazioni di settore e ai *media*. Per prevenire rischi derivanti alla struttura sanitaria dalla sua comunicazione interna ed esterna, si utilizza oggi il termine “risk communication”, una strategia caratterizzata dalla padronanza dei processi di scambio di informazioni e opinioni a più livelli, che coinvolge non soltanto i fatti, ma anche le opinioni e i valori che sono loro attribuiti, attraverso l’interpretazione di dati, percentuali, indicatori, la cui “lettura specialistica” può indirizzare la correzione di determinati atteggiamenti comunicativi.

È stato sottolineato in più circostanze, infatti, come la comunicazione resa “adeguata” alle aspettative dei destinatari, possa aumentare il gradimento verso alcuni servizi/prestazioni sanitarie e come la percezione della qualità delle prestazioni medico-sanitarie sia direttamente proporzionale a quella attribuita alla capacità di comunicazione interpersonale di chi le fornisce. L’aumento di eventi di latente criticità comunicazionale, talvolta, può dipendere, indirettamente, dai comportamenti comunicazionali negativi in alcuni ruoli-chiave di primo impatto, così come le “barriere comunicazionali” tra le singole persone influenzano il rischio di errore, a partire dalla somministrazione dei farmaci, fino alla comunicazione/informazione di tipo procedurale e interpersonale.

Le strutture sanitarie, sono sempre più attente a considerare i rischi derivanti dall’impatto che i loro comportamenti comunicativi producono sulla sensibilità e le attese dei cittadini.

Si tratta, quindi, di implementare alcune competenze, che riguardano sia le nuove figure professionali dedicate all'attività di informazione e comunicazione, previste dalla Legge 7 giugno 2000 n.150, sia le figure mediche e sanitarie, per le quali la comunicazione rappresenta un valido supporto per il miglioramento della qualità dell'attività prestata.

Attualmente, tra i diversi ruoli molti che operano nell'area della comunicazione, è possibile enucleare tre tipologie (Mallarini e Rappini, 2003):

- staff con ruolo di regolazione, per la pianificazione dei processi di informazione/comunicazione, interna ed esterna;
- staff con ruolo di presidio di un particolare ambito della comunicazione (funzione accentrata-Uffici Stampa o URP);
- staff con ruolo di servizio, a supporto dei processi e delle funzioni di produzione o, a livello corporate, dei processi istituzionali.

La relazione comunicativa va, quindi, intesa sulla base di uno schema articolato:



Da tempo, i Piani Regionali hanno assegnato all'informazione e alla comunicazione con utenti e cittadini un ruolo importante per l'equità e la semplificazione dell'accesso ai servizi, per la difesa dai rischi per la salute, per l'espressione da parte degli utenti di un consenso consapevole alle cure proposte, fino a considerare la corretta relazione tra operatori sanitari e utenti uno degli elementi centrali per definire l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi resi.

Equità, accessibilità, appropriatezza ed efficacia dell'assistenza sanitaria sono le parole chiave che meglio rappresentano il processo di miglioramento delle relazioni con gli utenti dei servizi sanitari e con i cittadini, considerandolo tra le leve determinanti della modernizzazione del Servizio sanitario regionale.

La semplificazione dell'accesso alle informazioni sui servizi è, infatti, uno degli elementi di questo processo e, nello stesso tempo, è una delle condizioni necessarie per dare concretezza a due diritti dei cittadini: il diritto alla salute e il diritto ad essere informati.

In questa sede, verrà approfondito il rapporto:



per evidenziare le problematiche, che ruotano più da vicino intorno al mondo del paziente.



ROBERT THOM, PASTEUR:
THE CHEMIST WHO
TRANSFORMED MEDICINE,
1950-1960

PAGINA SEGUENTE:
HENRI DE TOULOUSE-
LAUTREC, ESAME ALLA
FACOLTÀ DI MEDICINA,
1901

IL CONTESTO

...lo ho portato per mani i miei allievi alla pratica medica usando un metodo sconosciuto a Leyda e forse altrove; per esempio portandoli giornalmente a visitare gli ammalati nell'ospedale pubblico. Là io ho posto i sintomi della malattia davanti ai loro occhi; ho lasciato che essi ascoltassero ciò di cui i malati si lagnavano, e ho chiesto le loro opinioni circa le cause e il trattamento razionale di ciascun caso...

Franciscus Sylvius, 1664

Gli enti pubblici, le entità territoriali, le aziende Sanitarie hanno come compito istituzionale, per legge, lo sviluppo di atti e azioni di comunicazione rivolti al cittadino, non tanto per informare, quanto per creare un valore per la collettività.

La comunicazione è, infatti, un elemento centrale nell'erogazione del servizio pubblico ed è per questo importante che sia considerata come Sistema, in cui i flussi di informazione interna si integrino con le azioni: l'integrazione fra comunicazione interna e comunicazione esterna rappresenta per l'ente erogatore di servizi, un fattore decisivo per la Qualità e l'efficienza del processo organizzativo.

La comunicazione integrata, che contempli, cioè, l'integrazione degli strumenti e dei vari tipi di messaggi, secondo un piano prestabilito, assume un ruolo centrale nel processo produttivo e contribuisce a ridefinire la struttura, i processi e i comportamenti organizzativi dell'ente, diventando elemento centrale della Qualità del servizio.

Premesso che per "comunicazione" si può intendere tutto ciò che, implicitamente o esplicitamente, incida su atteggiamenti e comportamenti, modificandoli o rafforzandoli, tra gli strumenti della comunicazione di una Azienda Sanitaria si riconoscono



anche i valori semantici degli spazi architettonici, le risorse umane e i loro comportamenti, le politiche e le scelte di gestione, i prodotti e i servizi, e tutte le modalità con le quali l'azienda si pone in relazione con l'ambiente, più o meno consapevolmente, comunicando e trasmettendo un messaggio, che assume rilevanza per il suo funzionamento.

A questo tipo di comunicazione istituzionale è possibile assegnare sia un ruolo di governo complessivo dell'insieme delle comunicazioni aziendali, sia un ruolo autonomo, che risponde a fabbisogni di carattere contingente, «qualificando [l'Azienda] come istituzione che appartiene allo spazio pubblico e che per questo deve operare in sintonia» (Golfetto, 1993).

Le figure professionali di riferimento sono attualmente quelle legate all'attività di Direzione e Gestione del personale, dell'URP e Direzione Clienti, dell'Amministrazione, della responsabilità dei reparti, degli Uffici Stampa, ma tali competenze possono essere acquisite anche da personale medico e infermieristico, in quanto riguardano tutti i processi di comunicazione interna connessi al buon andamento della struttura, alla customer ed employee satisfaction, all'immagine e credibilità dell'A.O. Le iniziative in atto in diversi contesti sono, infatti, volte a integrare la formazione professionale di quanti operano nelle strutture sanitarie, che desiderano accrescere le competenze relative alle dinamiche di comunicazione interna o di coloro che intendano avviarsi ad una professione all'interno delle aziende ospedaliere nell'ambito del personale, delle URP o delle RP.

La creazione di nuove figure e capacità professionali nella gestione della comunicazione di accoglienza, orientamento e customer care e l'implementazione della conoscenza e delle tecniche di gestione dell'immagine delle istituzioni e delle imprese

sanitarie può contribuire in maniera fattiva a creare un possibile strumento di servizio e di miglioramento a favore dei cittadini, scongiurando il rischio della sua percezione come investimento tolto ai servizi di base.

L'efficienza comunicativa dei reparti, la formazione e motivazione del personale, il sistema di accoglienza, l'informazione e il coinvolgimento positivo dei clienti-pazienti e di tutti coloro che entrano nella organizzazione anche temporaneamente rappresentano punti di forza nodali della qualità delle strutture, dalla costruzione di sistemi mediali interni al sistema di raccolta e diffusione della comunicazione, alla gestione della dimissione dei pazienti, alla comunicazione scientifica esterna.

La comunicazione costituisce, inoltre, il modo in cui l'Azienda Ospedaliera realizza immagine, reputazione, fiducia, credibilità scientifica e clinica, decisivi per l'attrazione corretta di pazienti-clienti e per il successo della Azienda Sanitaria nel territorio.

In questa prospettiva, l'Information and Communication Technology può rappresentare una strategia importante, non solo per le opportunità di e-Health, come fornitura di servizi e informazioni "a senso unico", attraverso il web, ma creando anche comunità virtuali per lo scambio di informazioni tra pazienti e tra pazienti e operatori.

Per questo, è necessario rispettare quanto già evidenziato dalle *Linee guida per la comunicazione on line in tema di tutela e promozione della salute* (Ministero della Salute, Roma 2010, p. 28).

- Gli interventi sanitari via internet sono dotati di una certa efficacia, particolarmente quelli dotati di un maggiore grado di interattività e di personalizzazione (i sistemi esperti o gli interventi 'tailored', secondo le diverse terminologie utilizzate).
- L'efficacia degli interventi sanitari via internet, tuttavia, deve allo stato attuale considerarsi 'modesta', anche se questo non significa che tali interventi non possano avere impatti significativi in termini di salute.
- In considerazione del basso costo potenziale di tali interventi è probabile che le valutazioni economiche portino a stime di costo/efficacia estremamente favorevoli e convenienti.
- Il buon senso consiglia l'implementazione di modelli 'ibridi', vale a dire modelli che contengano più tipologie di interventi.
- In particolare si consigliano programmi interattivi con livelli più o meno elevati di personalizzazione, in grado di favorire miglioramenti comportamentali in merito alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie ed alla gestione delle stesse, anche in termini di accesso ai servizi sanitari.

L'acquisizione di questo approccio diventa, così, fondamentale per il conseguimento dell'equità nei sistemi sanitari. Fornire generiche informazioni sui prodotti e servizi sanitari, rivolte a tutti i potenziali destinatari, senza tener conto delle differenze cognitive, percettive e comportamentali della domanda, aumenta di fatto le disuguaglianze tra chi ha accesso a corrette informazioni e prodotti/servizi appropriati e chi, invece, continua a rimanerne escluso.

SIR SAMUEL
LUKE FILDES,
EL DOCTOR, 1891



LA COMUNICAZIONE TRA CURANTI E PAZIENTI

...Il medico si è smarrito nella selva di norme e limitazioni di natura burocratica che vincolano oggi la sua attività, si è smarrito nel ginepraio degli avvisi di garanzia per gli innumerevoli – e spesso solo presunti – episodi di malasanità, si è smarrito nella pratica di una professione che frappone un numero sempre maggiore di barriere tra lui e il paziente. D'altra parte la figura del medico è stata anche smarrita dalla collettività. Quest'ultima ha smarrito quel medico un po' amico di famiglia e un po' confessore, quell'esperto di scienza e nel contempo umanista capace di farsi carico non solo della salute fisica dei suoi assistiti, ma anche di quella mentale (vorremmo quasi scrivere spirituale, ma temiamo di essere fraintesi...): ha smarrito l'uomo.

Enrico Torre, Andrea Corsi, Paolo Gentili, *Il medico smarrito*

Il tema della comunicazione è, come si è detto, un argomento ampiamente indagato dalla riflessione contemporanea, anche dalla Psicologia sociale e dalla Filosofia del linguaggio, con il fondamentale contributo della Pragmatica del linguaggio, ambito di studio che ha coinvolto anche psicologi e linguisti.

Non bisogna tuttavia dimenticare i contributi che sono emersi dal cuore stesso della Medicina, dalla Narrative Based Medicine e dalla Patient Centered Medicine, che hanno portato ad una riflessione mirata sulla comunicazione e sulla relazione medico-paziente.

LA RELAZIONE TRA CURANTI E PAZIENTI (ASPETTI CLINICI)

...Cercate di non abituarvi a pensare astrattamente alla malattia quale la patologia la descrive... Più saprete e più potrete. Ma non immaginatevi neppure per sogno che basti il sapere... Voi dovete abituarvi a considerare il capitolo dedicato ad una certa malattia dai patologi né più né meno che un espediente necessario per meglio intendersi, ma non come la descrizione di un'entità definita e sempre eguale a sé stessa... Come non ci sono due cose eguali, così non ci sono ammalati eguali... Laonde, anche dopo che avete fatto la diagnosi di febbre tifoide o d'altro, dovete fare la vera diagnosi speciale nel malato vostro, giorno per giorno...

Augusto Murri

Il primo aspetto che è importante sottolineare è quello della valenza diagnostica, quindi strettamente inerente il cuore dell'attività medica e della comunicazione: aspetto che in genere viene trascurato. Nella medicina contemporanea si è infatti diffuso, con enormi e indiscutibili meriti, il modello della Evidence Based Medicine (EBM), che ha portato all'incredibile sviluppo delle potenzialità terapeutiche della Medicina contemporanea. Ogni sviluppo, ogni evoluzione non è tuttavia scevra da rischi, da costi da pagare. Infatti la pratica dell'EBM, staccata da un approfondimento sui temi della comunicazione, ha portato progressivamente a vedere, come oggetto della propria pratica, non più il malato, ma la malattia, non più la persona ammalata, ma il corpo o la parte del corpo ammalata, in un progressivo processo di estraniamento e di "vissuto inautentico". Questa situazione, oltre ad avere importanti conseguenze nella relazione col paziente che vedremo più avanti, porta ad un impoverimento progressivo del processo diagnostico, ridotto all'analisi strumentale. A questa situazione, con varie sensibilità e approcci, ha reagito il movimento delle cosiddette Medical Humanities. Le Medical Humanities, termine intraducibile in italiano e per il quale è oramai invalsa la pratica di mantenere il termine non tradotto, hanno avuto una rapida diffusione e hanno rappresentato una reazione che si è originata all'interno del mondo della medicina per recuperare una dimensione più autentica della clinica. Le Medical Humanities rappresentano un importante sviluppo di sensibilità che parte all'interno dell'ambiente medico, come reazione ad una attività medica eccessivamente orientata verso una pratica parcellizzata e tecnologica. Le Medical Humanities tendono a recuperare una dimensione della clinica attenta all'individuale, alla narrazione, alla dimensione emotiva, al pensiero morale e alle idee di bene e di felicità. Centrale nella prospettiva delineata dalle Medical Humanities e dalle successive Narrative Based Medicine e Patient Based Medicine è la tensione verso il tentativo di comprensione del paziente e della sua storia di malattia.

Come osservato da Lucia Zannini, le Medical Humanities «consentono di sviluppare una riflessione approfondita sui grandi temi ricorrenti in ambito socio-sanitario, quali ad esempio il rapporto con il paziente, il significato della malattia, la morte e il morire, il rapporto tra medicina, minoranze, cultura. Queste esperienze che necessariamente devono essere conosciute e spiegate nei contesti sanitari in modo scientifico, difficilmente attraverso tali attività potranno essere comprese nel loro significato individuale. (...) Le Medical Humanities possono rappresentare un modo per insegnare e conoscere davvero l'esperienza di malattia nella sua complessità e quindi nella sua ineludibile dimensione di

vissuto. Poiché un vissuto di malattia non può essere spiegato scientificamente ma solo compreso nella sua singolarità, le Medical Humanities hanno la finalità di sviluppare capacità osservative, interpretative e di costruzione del significato di malattia...». In ultima analisi, il ruolo delle Medical Humanities nella formazione del personale sanitario sarebbe quello di costruire le competenze soft, in correlazione con le competenze hard costituite dalle discipline biomediche e chirurgiche. Tuttavia, per quanto stiamo trattando in questo momento, le Medical Humanities, in particolare la Narrative Based Medicine, hanno una vitale importanza epistemologica nel processo diagnostico. Diversi esponenti della Narrative Based Medicine hanno infatti più volte sostenuto come l'attenzione alla "narrazione del paziente" abbia permesso loro un più efficace inquadramento diagnostico (Grenhalgh, 1999).

Studi recenti (Langewitz et al., 2002) hanno invece dimostrato come, ai fini di una corretta valutazione clinica, sia importante durante la fase anamnestica lasciare uno spazio adeguato al paziente per la propria narrazione per permettere una corretta formulazione della diagnosi. Uno studio condotto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Cagliari (Faa, 2008) ha evidenziato come particolarmente rilevante la tendenza, da parte degli studenti di Medicina, a realizzare durante i colloqui con i pazienti (grazie ad una attività strutturata di Role Play) numerose "sovrapposizioni", ovvero interruzioni del racconto del "paziente". È evidente come queste "interruzioni", oltre a deteriorare la relazione col paziente, come vedremo più avanti, costituiscano in effetti un problema anche dal punto di vista epistemologico e clinico. Il problema, in effetti, è quello di recuperare un corretto rapporto nella clinica. Il colloquio anamnestico ha costituito infatti per lungo tempo la base della valutazione diagnostica. L'esplosione della medicina basata sulle evidenze ed in particolare della diagnostica strumentale, con le enormi potenzialità che ha portato con sé, ha sempre più eclissato l'anamnesi tradizionale. Sempre di più, infatti, il medico si limita a proporre al paziente domande chiuse, come completamento e verifica delle proprie evidenze strumentali. Secondo lo studio condotto da Easter e Beach (2004), l'eccessivo ricorso alle domande chiuse porta gli operatori a non valutare segnali ed informazioni anche assai rilevanti provenienti dai pazienti, sino a sfiorare l'inquietante percentuale del 70% dei segnali ignorati. Inoltre, i criteri organizzativi vigenti tendono a restringere il tempo a disposizione, in una visione aziendalistica dell'organizzazione sanitaria.

Gli studi di Langewitz evidenziano, invece, come riservare uno spazio rilevante nel colloquio anamnestico sia ancora essenziale e permetta di acquisire cruciali informazioni cliniche che, altrimenti, andrebbero irrimediabilmente perdute. Langewitz (2002) suggerisce inoltre che la soglia minima oltre la quale non è possibile scendere è di due minuti consecutivi senza interruzioni. L'inserimento di questa modifica procedurale comporta inoltre, una adeguata formazione del personale. Nel 1977, uno studio significativo (Engel, 1977) sottolinea nel colloquio clinico l'importanza di prestare attenzione agli elementi detti contestuali, ovvero sia la situazione familiare, abitativa, lavorativa. Il pensiero di Engel è che il paziente non è una monade, ma vive inserito in un sistema (sociale e familiare) le cui singole parti sono reciprocamente interconnesse. La malattia non impatta quindi solo a livello biologico, ma sull'intero sistema di relazioni ed affetti ed un piano di intervento/guarigione deve tenerne obbligatoriamente conto.



ROBERT THOM,
HIPPOCRATES:
MEDICINE BECOMES
A SCIENCE, 1950-1960

LA RELAZIONE TRA CURANTI E PAZIENTI: L'ALLEANZA TERAPEUTICA

L'arte si compone di tre termini: la malattia, il malato, il medico. Il malato aiuta il medico a combattere la malattia.

Ippocrate

Secondo la Medicina Narrativa (Narrative Based Medicine), è centrale la consapevolezza che, in ogni caso, la malattia, evento biologico, si innesta sulla storia del paziente, evento storico ed esistenziale, sulla costruzione narrativa di significato con la quale il paziente legge se stesso. Qualsiasi atto curativo deve quindi presupporre necessariamente questa cornice narrativa. Il curante, o la comunità di curanti, deve avere la capacità di immergersi in questo tessuto narrativo, per enuclearne, da un lato, gli aspetti clinicamente rilevanti, che sarebbero sfuggiti ad un approccio esclusivamente basato sulle evidenze, da integrare con le evidenze diagnostiche strumentali e, dall'altro, per rafforzare l'**alleanza terapeutica**. Si tratta di costruire il ragionamento clinico sulla base di aperture di senso, che danno luce al mondo del paziente, al suo vissuto, al suo "mondo di vita". Strumento principale di questa pratica diventa la "cartella clinica parallela", narrazione che permette di seguire e co-costruire la struttura narrativa della relazione clinica.

Come già evidenziato precedentemente, gli approcci narrativi, oltre ad avere una prospettiva diagnostica più ampia, permettono di realizzare una adeguata "compliance" con il paziente, consentendo quindi di realizzare piani terapeutici adeguati.

Dal punto di vista della costruzione dell'alleanza terapeutica, particolarmente rilevante è la soddisfazione del paziente, il suo gradimento della relazione terapeutica. La soddisfazione del paziente è bassa, quando questi non riceve adeguate informazioni. La soddisfazione del paziente – e quindi anche la sua “compliance” – tende a calare quando questi percepisce dinamiche non ottimali. In particolare, quando lo stile del medico è improntato al paternalismo o quando il paziente non sente accolta la propria storia di malattia. La compliance sale, invece, quando, durante il colloquio clinico, gli operatori mostrano accoglienza verso l'intera dimensione del paziente, ivi inclusi gli aspetti socio-emotivi. Di contro, si rileva infatti la tendenza di molti operatori, come abbiamo già visto, a interrompere spesso il proprio interlocutore (sovrapposizione) o a rivolgergli domande chiuse, che conducono il colloquio in un'unica direzione. Una ricerca effettuata presso pazienti oncologici ha dimostrato, infatti, che le abilità di coping, intese come la capacità di fronteggiare attivamente situazioni nuove, sono molto maggiori in pazienti che hanno ricevuto una maggiore quantità di informazioni e che hanno manifestato una soddisfazione marcata durante il colloquio clinico. La raccomandazione dello studio era quella di fornire il maggior numero possibile di informazioni (anche per migliorare la ritenzione mnemonica delle stesse) e di accompagnare, se possibile, il paziente con una videoregistrazione del colloquio, per permettergli di ritrovare a casa informazioni e suggerimenti.

In linea con gli sviluppi più recenti della Psicologia sociale, si è rilevato come l'attenzione non debba concentrarsi solo sulle dinamiche verbali (Watzlawick, 1967), ma sull'intera dinamica relazionale. Lo stile comunicativo insomma investe non solo le parole ma l'intera gamma delle comunicazioni paraverbali. Variabile importante, infatti, è stata, nella valutazione dei risultati, la capacità dell'operatore di sorreggere emotivamente il paziente e non solo di effettuare un trasferimento corretto di contenuti cognitivi, sostenendo lo sguardo del paziente direttamente negli occhi (specialmente in caso di comunicazione di diagnosi infausta o di malattia cronica), mostrando calore ed interesse emotivo, non interrompendo il suo eloquio e prestando attenzione ed interesse alla sue domande o proposte (Ong et al., 2000).

Un'altra variabile che non poteva non essere presente è quella temporale, cruciale in un momento in cui le comunicazioni tendono ad essere sempre più brevi e costipate. Anche in questo caso, tutti gli indicatori sottolineano come maggior tempo a disposizione per la comunicazione aumenti il livello di soddisfazione.

Il livello di soddisfazione della comunicazione non è solo un indicatore di buona qualità della stessa, ma assume valore cruciale nella messa a punto dei percorsi terapeutici. Si è, infatti, evidenziato come una buona comunicazione sia essenziale nella creazione di una adeguata “compliance” con il paziente. Diversi studi sottolineano infatti la scarsa adesione al trattamento terapeutico in pazienti che hanno rilevato una comunicazione non soddisfacente (Majani et al., 2001). Sicuramente, i miglioramenti in questo campo sono dati sia dagli approcci della NBM e dalla PCM, che abbiamo analizzato prima, sia dagli approcci di Educazione Terapeutica che vedremo più avanti.

Gli approcci psico-sociali hanno inoltre tematizzato l'importanza che nella comunicazione sanitaria assume il contesto, ovvero l'ambiente, il luogo nel quale si svolge l'interazione comunicativa. Sulla scia delle impostazioni socio-costruttiviste, da Watzlawick in avanti, anche il luogo diventa significativo. La struttura costruisce la comunicazione assieme a noi e ne determina sia lo stile sia i contenuti. Studi americani hanno infatti evidenziato (Lannamann et al., 2010) come la comunicazione

clinica variasse a seconda di dove si svolgeva la conversazione (Ospedale od Hospice) e come questo influisse sull'interazione dei diversi attori in gioco e come il clima più accogliente dell'Hospice, con minori elementi istituzionali, favorisse l'emergere di contributi da parte del paziente e dei suoi familiari, sino ad arrivare ad una situazione di scarsa gestibilità, generando un loop comunicativo che si avvitava su se stesso. Lasciando da parte quest'ultimo aspetto, che può essere migliorato incrementando le competenze comunicative e di etica clinica del medico, sicuramente interessante è il fatto che l'ambiente dell'Hospice meglio si presti ad una maggior coinvolgimento del paziente e della sua cerchia familiare nella comunicazione clinica, coinvolgimento agevolato dal fatto che, in questo contesto, sono diminuiti gli aspetti che portano il paziente a sentirsi in minorità, ovvero stanze con più persone, ambiente gestito in funzione dell'apparato e non della persona.

Il miglioramento della "Compliance" può essere portato avanti anche attraverso un approccio di Educazione Terapeutica. Questa pratica, fortemente sostenuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1998), mira ad accrescere le competenze di accudimento dei pazienti e degli stakeholders e si situa quindi nel campo delle malattie croniche e di quelle a lungo decorso. Luogo ideale per la realizzazione dei programmi di Educazione Terapeutica è l'Ospedale, che si configura come il luogo in cui si trattano la maggior parte delle urgenze e in cui si rileva un numero crescente di ricoveri dovuti a crisi o complicanze di pazienti affetti da patologie croniche, là dove, però, le prestazioni erogate risentono maggiormente della tendenza a curare la malattia piuttosto che prendersi cura della persona. L'Educazione Terapeutica, come pratica pedagogica praticata dal personale sanitario, se correttamente eseguita, permette di diminuire sensibilmente l'esigenza di nuovi ricoveri e limita l'insorgenza degli eventi acuti, migliorando inoltre la comunicazione sanitaria. Limita infatti il senso di frustrazione dei curanti quando hanno a che fare con pazienti che, ripetutamente, disattendono, in tutto o in parte, le indicazioni terapeutiche e non ingenera nei pazienti vissuti di delusione per non essere stati accolti nell'interesse della loro persona. È un processo di trasferimento di competenze dal gruppo dei curanti ai pazienti o ai loro stakeholders.

L'Educazione Terapeutica viene definita dall'Organizzazione Mondiale di Sanità come la pratica clinica "...finalizzata ad aiutare i pazienti ad acquisire o mantenere le competenze di cui hanno bisogno per gestire al meglio la loro vita con una malattia cronica. Comprende attività organizzate, incluso un sostegno psicosociale, ideate per rendere i pazienti coscienti e informati della loro malattia, delle cure, dell'organizzazione e delle procedure ospedaliere, dei comportamenti legati alla salute alla malattia. Ha lo scopo di aiutarli (insieme alle loro famiglie) a comprendere la loro malattia e il loro trattamento, collaborare e assumere nella propria presa in carico per aiutarli a mantenere e migliorare la loro qualità della vita" (WHO, 1998).

L'Educazione Terapeutica è quindi centrata sulla strutturazione di competenze di autocura e autoaccudimento. A queste si affiancano le competenze adattative, necessarie a rendere elastiche le nuove competenze apprese. Le competenze di autocura sono quindi decisioni e operazioni che il paziente pone in essere con "L'intenzione di modificare gli effetti della malattia sulla sua salute". (Paucheat-Traversat, 2010) L'Educazio-

THEOBALD CHARTRAN
(1849-1907), LAENNEC
ALL'OSPEDALE NECKER
CHE AUSCULTA UN
PAZIENTE AMMALATO
DI TUBERCOLOSI DAVANTI
AI SUOI STUDENTI,
DETTAGLIO



ne Terapeutica promuove quindi un processo di empowerment del paziente, basandosi sulla sua concreta determinatezza individuale. Deve quindi essere un programma personalizzato, condiviso. Non può essere standardizzabile, come i programmi di “educazione alla salute”. Deve essere preceduto da una attenta analisi situazionale (da alcuni autori definita impropriamente diagnosi educativa), da un momento di condivisione e progettazione condivisa col paziente e deve essere accompagnato e seguito da momenti di verifica e valutazione (follow up). I programmi di Educazione Terapeutica (ET) devono essere realizzati o dal singolo professionista o, ancor meglio, da gruppi di lavoro anche multidisciplinari, con apporti professionali diversi, specificatamente formati e supervisionati. L'ET si pone poi, naturalmente, in un'ottica di continuità assistenziale e di sviluppo del lavoro di rete.

Il coinvolgimento del medico di famiglia e del personale dell'assistenza domiciliare integrata o di altro personale dei servizi territoriali psico-sociali è infatti auspicato affinché il programma possa esprimere al meglio le proprie possibilità. Le competenze del paziente soggette a empowerment dell'Educazione Terapeutica sono di tipo “cognitivo” (Conoscenza della malattia, delle sue complicità, delle abitudini igieniche, alimentari e sanitarie più idonee a supportare i processi terapeutici), “pratiche” (inerenti a procedure diagnostiche e curative essenziali e di auto-somministrazione) e “relazionali” (sulla necessità di comunicare adeguatamente l'insorgenza di sintomi o le proprie necessità).

LA RELAZIONE TRA CURANTI E PAZIENTI: IL COLLOQUIO CLINICO

...Ogni mattina perlustro i corridoi del sesto piano a caccia dello specialista per indagare nuovi dettagli. Quest'uomo ha la tua vita nelle sue mani e io non ho fiducia di lui, passa come una corrente d'aria, distratto e frettoloso, dandomi noiose spiegazioni sugli enzimi, e copie di articoli sulla tua malattia, che tento di leggere ma che non capisco. Sembra più interessato a imbastire le statistiche del suo computer e le formule del suo laboratorio che al tuo corpo crocifisso su questo letto.

I. Allende

Il problema delle abilità consulenziali (counseling skills) necessarie per poter avere una buona comunicazione è stato evidenziato in più occasioni. È una tematica dunque che, sebbene trasversale a varie problematiche, detiene una notevole specificità. In questo senso, il contributo di informazioni maggiore è venuto dall'ampio e variegato movimento del Counseling, nato in America negli anni Venti del XX secolo e poi variamente intrecciatosi con lo sviluppo delle psicoterapie e delle pratiche educative. Gli sviluppi del Counseling si sono intrecciati proficuamente con quello della Medicina Narrativa (Masini, 2005) dando a quest'ultima il patrimonio tecnico necessario a supportare la comunicazione e la co-narrazione.

Quando un operatore sanitario affronta una comunicazione con un paziente o un familiare deve dunque tener presente tre domande essenziali: dove (il luogo dove effettuare la comunicazione), quanto e quando (il tempo della comunicazione) e come (le modalità della comunicazione).

Il luogo della comunicazione. La risposta alla domanda "dove" è essenziale. Generalmente, la comunicazione sanitaria viene effettuata al letto del paziente. È una soluzione che, sebbene appaia naturale, presenta più di una controindicazione. Innanzitutto, il paziente è in una condizione di inferiorità rispetto al suo interlocutore, generando quindi una comunicazione fortemente sbilanciata in senso asimmetrico. Nella comunicazione al letto del malato, infatti, il personale sanitario sarà quasi certamente in piedi mentre il paziente disteso nel letto. Ciò costringe il paziente a guardare i curanti dal basso in alto, in una situazione che tende ad aumentare esponenzialmente la condizione di asimmetria comunicativa. Inoltre, al letto del paziente non è certo facile garantire la riservatezza e l'intimità della comunicazione, elemento questo assolutamente necessario in tutte le comunicazioni di carattere clinico. Una certa asimmetria è connaturata al colloquio clinico, ma un conto è ampliare questa asimmetria, un altro è cercare di limitarla. Secondo i contributi della Prosemica (Hall), dovremmo inoltre prestare attenzione alla distanza che ci separa dal paziente. Hall individua quattro zone spaziali principali a loro volta articolate in sotto-zone. Le quattro distanze principali sono: la distanza intima, la distanza personale, la distanza sociale e la distanza pubblica.

La distanza intima attiene alla sfera più privata e gelosa della persona. La distanza nella quale il contatto con gli altri è escluso o estremamente limitato o consentito a persone con le quali si condivide una forte intimità, quale ad esempio il partner. È la distanza alla quale sono avvertiti con forza gli odori personali e alla quale avviene

il contatto sessuale. È una sfera nella quale tutte le intrusioni sono sgradite, anche quelle necessarie, legate alla pratica clinica.

Queste ultime, infatti, sebbene autorizzate, debbono essere gestite con delicatezza e rispetto ed essere il più possibile limitate nel tempo. È una zona che si estende per circa 45 cm intorno al corpo; questa distanza, a volte, viene toccata per esempio durante la permanenza in un ascensore affollato, generando una sensazione sgradita.

Dal nostro punto di vista, è la zona di prossimità intorno al letto del malato. È opportuno quindi, durante i colloqui al letto del paziente, rispettare l'inviolabilità di questa zona, nella quale devono essere consentite solo le strette operazioni cliniche. La zona personale invece è una zona nella quale avviene l'interazione sociale privata e la permanenza in questa zona è comunque considerata come intrusiva e permessa solo ad alcuni: il partner, amici intimi, figli, etc. Si estende per circa un metro e venti attorno a noi. Per la nostra prospettiva, è la zona intorno al letto del malato. È una zona che andrebbe tutelata, il cui accesso dovrebbe essere consentito solo ai sanitari e ai familiari evitando, per esempio, che un familiare di un altro paziente contiguo possa stazionarvi. Le rispettive zone-letto dovrebbero quindi situarsi a più di un metro e venti di distanza per permettere alle rispettive zone personali di non entrare mai in contatto. È quindi una zona dove è corretto effettuare alcune comunicazioni, date anche dall'impossibilità del paziente di muoversi e lasciare il proprio letto di degenza, ma usando sempre accortezza, in quanto rimane una zona nella quale la persona reclama una notevole intimità. In definitiva, i colloqui sono da prevedere solo se necessari.

In questa prospettiva è indubbiamente preferibile, ove sia reso possibile dalle condizioni, effettuare comunicazioni cliniche in spazi appositamente studiati come, ad esempio, in una stanza colloqui dedicata. Questo ambiente dovrebbe essere situato nel reparto o nelle sue immediate prossimità. Un ambiente troppo lontano dal reparto, infatti, nella routine quotidiana renderebbe troppo difficoltoso il suo utilizzo e ben presto sarebbe assai poco utilizzato, costringendo il personale a ripiegare su situazioni meno adeguate. L'ambiente, inoltre, dovrebbe garantire la giusta riservatezza e accoglienza.

Come si è sottolineato più volte, non dovrebbero essere presenti in forma marcata elementi che rafforzino il ruolo professionale del personale, che tenderebbero ad accentuare la asimmetria. È importante, inoltre, che il personale controlli la posizione degli interlocutori e che lo spazio sia organizzato per permettere il mantenimento della giusta distanza. Ci troviamo infatti nella zona sociale, nella quale avviene l'interazione sociale pubblica. Si estende dal confine della zona personale sino alla distanza di circa tre metri e mezzo. È la zona dove dovrebbe essere effettuata la comunicazione clinica. I luoghi ad essa deputati dovrebbero quindi permettere di mantenere la distanza tra gli interlocutori di un metro e venti. È questa la distanza che si realizza se due persone parlano sedute ad un tavolo o ad una scrivania, opportunamente collocate.

Le sedute devono permettere di tenere gli occhi sulla stessa linea e, nel contempo, tenere le ginocchia degli interlocutori abbastanza distanti da non invadere le rispettive zone intime, ma abbastanza vicine da non manifestare lontananza. In genere, si può ritenere la distanza data da un tavolo di lavoro come ottimale e, soprattutto, fa-



PABLO PICASSO,
SCIENZA E CARITÀ, 1897

cilmente identificabile e gestibile da parte dell'operatore. Infine, attenzione andrebbe accordata al fatto che l'ambiente sia il più silenzioso possibile e che le interferenze esterne siano limitate.

È evidente, tuttavia, che non tutte le comunicazioni tra équipe curante e pazienti o familiari hanno bisogno di una tale attenzione agli spazi, come dimostra il fatto che una parte considerevole delle comunicazioni vengono effettuate durante la normale attività clinica.

Il personale sanitario andrebbe comunque adeguatamente formato a discriminare la quantità e la qualità delle informazioni, che hanno bisogno di essere trasmesse in un ambiente dedicato ma, sicuramente, è da evitare l'utilizzo di uno stesso ambiente esclusivamente per la comunicazione delle cosiddette "cattive notizie". Questa prassi, infatti, verrebbe ben presto ad essere conosciuta dai pazienti e dai loro familiari, stimolando un senso di disagio, preoccupazione e paura per il semplice fatto di esservi "convocati".

L'ambiente deve quindi essere utilizzato con una accorta politica comunicativa, che contempli il suo utilizzo anche per la comunicazioni di "buone notizie", di aggiornamenti clinici periodici o colloqui con il personale di sostegno, eventualmente assegnato al reparto (Psicologi, Counselor, Bioeticisti, Clinici etc). Una buona prassi è sicuramente quella, quantomeno nei reparti di lunga degenza, di programmare con cadenza settimanale un colloquio ampio di aggiornamento della situazione clinica con il paziente ed i loro familiari. Questa prassi permetterebbe di vivere gli spazi con naturalezza oltre che di lavorare proficuamente, in un'ottica evidenziata più volte dalla Medicina Narrativa, al costituirsi e al consolidamento dell'alleanza terapeutica.

Il tempo della comunicazione. Questo ambito investe due aspetti che sono tra loro complementari: da un lato, il “quando” e, dall’altro, il “quanto, per quanto tempo”. Per quanto riguarda il “quando”, si possono identificare due tipologie comunicative: le comunicazioni ordinarie, che avvengono durante le normali operazioni cliniche, e quelle “cruciali”, riguardanti i colloqui diagnostici ed anamnestici, le comunicazioni di diagnosi e gli aggiornamenti sul decorso clinico, la negoziazione terapeutica o etico-clinica.

Ci concentreremo in questa sede sulle cosiddette comunicazioni cruciali. È importante innanzitutto che le comunicazioni di diagnosi vengano effettuate nel più breve tempo possibile. È molto difficile infatti tenere efficacemente nascosta una notizia che filtrerà inevitabilmente sia attraverso il comportamento del personale sia attraverso mezze notizie o allusioni. Il paziente sarà così informato nel peggior modo possibile. Bisogna tuttavia tener conto che, nel caso di diagnosi particolarmente complesse, è più opportuno effettuare una comunicazione completa piuttosto che frammentarla in troppi incontri, a causa dell’ansietà e del disagio che possono generarsi tra una comunicazione e l’altra. Per quanto attiene invece al “quanto”, questo è un elemento particolarmente dolente. Si è più volte sottolineato infatti come la strutturazione organizzativa tenda a comprimere e contingentare i tempi a disposizione del personale sanitario. Da questo punto di vista, sebbene una buona comunicazione non sia contrassegnata esclusivamente dal tempo messo a disposizione, i colloqui clinici hanno bisogno di un tempo minimo. Non tutte le comunicazioni, inoltre, comportano un utilizzo del tempo elevato, ma sicuramente la comunicazione di diagnosi e di negoziazione clinica o etica possono comportare dei colloqui mediamente elevati.

È importante, quindi, una programmazione attenta dei tempi, per evitare di dover affrettare eccessivamente l’interazione comunicativa o di doverla interrompere in un momento cruciale.

È opportuno, invece, dare spazio nel colloquio agli interlocutori e far sì che possano adeguatamente esprimere dubbi, interrogativi, incertezze o più semplicemente esternare il proprio stato d’animo o il proprio vissuto. Una programmazione attenta della politica comunicativa, con colloqui regolari e programmati, potrà dunque facilitare alquanto la gestione di tempistiche anche stringate.

Le modalità della comunicazione. Il problema di come comunicare, dopo aver affrontato il problema del “dove” e del “quando/quanto”, è l’elemento centrale delle abilità consulenziali. Innanzitutto, è bene chiarire la cornice, il contesto relazionale nel quale avviene la comunicazione clinica. È stato da più parti sottolineato come quello clinico sia un rapporto di “alleanza nella fiducia”. Per costruire e mantenere quest’alleanza, è necessario dunque che il personale sanitario assuma un atteggiamento empatico. L’empatia non è semplicisticamente l’atteggiamento di accoglienza caldo e leggermente zuccheroso, con il quale a volte è stata scambiata, ma la capacità di mettersi nei panni dell’altro, di cercare di capire (di compatire, di patire assieme) le ragioni, i dolori e i significati che la persona vive (Cattorini, 2008). Questa è la ragione profonda della Medicina Narrativa, ma è la base stessa della professione medica e infermieristica. Il non comprendere e il non capire il vissuto e la storia dell’altro, pregiudica qualunque tentativo di impostare una proficua relazione di aiuto. L’empatia come capacità e sforzo da parte dell’operatore di comprendere l’altro è quindi la cornice del dialogo. In questa prospettiva, la via privilegiata per costruire l’empatia è

quindi la narrazione, la capacità di ascoltare la narrazione dell'altro e di co-costruire un nuovo racconto. L'attenzione all'altro si espliciterà dunque nella capacità di ascoltare, di entrare dentro il racconto dell'altro. Le narrazioni o i racconti di familiari e pazienti vanno, per questo, il più possibile accolti e supportati. Da punto di vista tecnico, possiamo annotare, sulla scorta della Pragmatica della Comunicazione, cinque orientamenti.

Primo: è impossibile non comunicare. Anche la non comunicazione, la mancanza di parole è un atto comunicativo e, come tale, verrà letto dai nostri interlocutori.

Secondo: la comunicazione è costituita da due elementi parimenti importanti, il contenuto e la relazione. Le parole da sole non esauriscono la comunicazione, ma la relazione è altrettanto importante. Questo orientamento è evidentemente connesso con la capacità, da parte dei curanti, di costruire una buona "alleanza terapeutica", da cui potrà dipendere anche la capacità di reazione del paziente ad una eventuale "cattiva notizia".

Terzo: la comunicazione può essere numerica o analogica. La componente numerica è quella legata allo scambio linguistico, alle parole, mentre quella analogica dipende da tutti gli elementi non verbali dello scambio comunicativo, basati sul principio analogico. Il counseling e la Pragmatica sottolineano come l'utilizzo degli elementi paraverbali durante il colloquio sia molto importante, in quanto permette al paziente di essere costantemente rassicurato sulla attenzione degli operatori (la retroazione), senza essere intrusivi nella loro narrazione. Non si tratta, quindi, di un elemento accessorio, come troppo spesso si considera, ma del vero cuore della comunicazione. Una frase come "Oggi non avevo proprio voglia di incontrarti", se formulata sorridendo apertamente e ammiccando con lo sguardo, annulla l'apparente fastidio espresso dall'elemento di contenuto e numerico, grazie agli elementi analogici e relazionali, che permettono di codificare correttamente l'informazione. Troppo spesso, invece, nella comunicazione ci concentriamo sugli elementi contenutistici, fissandoci esclusivamente sulle parole dette e non prestando attenzione agli aspetti relazionali, creando quindi comunicazioni contraddittorie o fuorvianti. Nella comunicazione sanitaria, questo è un aspetto che viene massimamente ignorato. Gli aspetti relazionali delle comunicazioni sono spesso non controllati dal personale, ingenerando nei pazienti paura, ansia, disorientamento. Il personale, infatti, troppo spesso si concentra esclusivamente sugli aspetti contenutistici, confidando nella loro chiarezza per ottenere il risultato atteso. D'altronde, la formazione specialistica si è concentrata quasi esclusivamente sugli aspetti di contenuto ed è quindi ovvio che, nella pratica professionale, ci si concentri esclusivamente su questi. Gli aspetti contenutistici, inoltre, sono quelli dove massima è la differenza tra gli interlocutori e dove la competenza tecnica del personale sanitario sbilancia la comunicazione. Confidando solo sugli aspetti contenutistici, si emettono, spesso, comunicazioni significanti assai contraddittorie e/o aggressive. In questa prospettiva, il controllo degli elementi non verbali e paraverbali diventa essenziale. Il linguaggio del corpo, la mimica facciale, l'intonazione della voce sono elementi che all'interlocutore comunicano moltissimi elementi, fornendo spesso la chiave (il tono della comunicazione) attraverso cui si decodificano gli elementi contenutistici. Il controllo dell'operatore è ovviamente massimo (o alme-



STEEN JAN, *IL DOTTORE E LA PAZIENTE*, 1665

no dovrebbe esserlo: le questioni di etica clinica hanno sollevato poi diversi problemi) sulla parte contenutistica ma, generalmente, assai carente sulla parte relazionale. Ciò è particolarmente presente quando ci troviamo in presenza di una comunicazione difficile, quale ad esempio la comunicazione di una diagnosi infausta. In questo caso gli elementi relazionali della comunicazione comunicheranno il nostro disagio, il nostro fastidio, la nostra difficoltà o stanchezza. Gli elementi paraverbali sono inoltre direttamente collegati con la nostra sfera emozionale e quindi molto più difficili da controllare. Sostanzialmente, mentre per quanto attiene agli elementi contenutistici della relazione il personale sanitario matura competenze di base durante il percorso formativo, atualizzabili abbastanza rapidamente con richiami e aggiornamenti, per quanto attiene agli elementi relazionali, le competenze da implementare sono assai più complesse e bisognose di un training dedicato oltre che di una pratica di supervisione. In difetto di questi elementi, diventa difficile poter pensare di realizzare comunicazioni efficaci e rispettose.

Quarto: la comunicazione dipende sempre dalla situazione specifica e da una interazione comunicativa di tipo simmetrico o complementare. L'interazione comunicativa può essere di tipo simmetrico, tra interlocutori che si trovano sullo stesso piano e che hanno ruoli o funzioni molto simili, ma la relazione curanti-pazienti è invece una tipica relazione complementare, una comunicazione che si svolge tra persone che non sono sullo stesso piano.

Quinto: ogni comunicazione è regolata dalla pratica della “punteggiatura”, ovvero dalla reciproca interazione comunicativa co-costruita dagli interlocutori e regolata dal

REMBRANDT, LEZIONE
DI ANATOMIA DEL DOTTOR
TULP, 1632

principio del feedback. Il feedback era già stato previsto dalle teorie classiche della comunicazione, ma l'elemento innovativo della Scuola di Palo Alto è il suo utilizzo come elemento regolatore dei sistemi comunicativi. Il feedback, retroazione di controllo, infatti, permette ai partecipanti alla punteggiatura comunicativa di regolare costantemente la propria azione.

È il ruolo svolto ad esempio da tutti quegli elementi paraverbali e non verbali che permettono all'interlocutore di capire se il suo messaggio è stato compreso o meno. È anche il motivo per cui, per esempio durante una conversazione telefonica, dove sono assenti gli elementi non verbali, dobbiamo inserire costantemente degli intercalari (sì, certo, chiaro, va bene), che permettano al nostro interlocutore di regolare la sua comunicazione.

È quindi importante l'utilizzo delle domande aperte che permettono ai pazienti di esprimersi e ai curanti di raccogliere informazioni a volte impensabili. Purtroppo, l'utilizzo delle domande chiuse, sbrigative e illusoriamente efficienti è la norma dell'attuale comunicazione sanitaria. Altro elemento che dovrà essere accuratamente controllato dai curanti è l'utilizzo degli strumenti retorici del linguaggio. È quindi, necessario dosare accuratamente il linguaggio, per far sì che l'interlocutore capisca il senso delle parole.

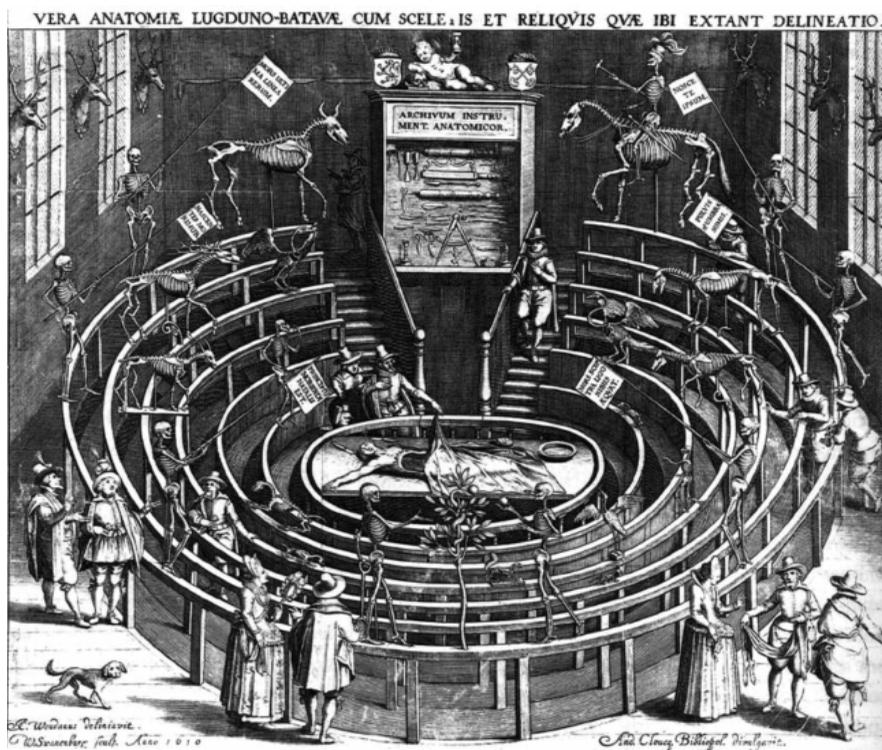
Va incrementato, inoltre, l'utilizzo della metafora, per sostituire i termini medici che sarebbero incomprensibili. In questo senso, si è efficacemente sostenuto che comunicare la verità sia ben diverso dal dire la verità: dire la verità, comunicandola con termini tecnici e difficili, può pregiudicarne la comprensione, ma al contrario, l'adeguamento del linguaggio al registro dell'interlocutore può favorire il senso della comunicazione clinica.

LA RELAZIONE TRA I CURANTI

Erano tutti orecchi per don Margheritino, che narrava la storia della malattia con gran prosopopea; approvavano col cenno del capo, di tanto in tanto; volgevano solo qualche occhiata distratta sull'ammalato, che andavasi scomponendo in volto, alla vista di quelle facce serie, al torcere dei muscoli, alla lunga cicalata del medicinzolo che sembrava recitasse l'orazione funebre.

Giovanni Verga

L'attuale complessità dell'assistenza sanitaria impone particolare attenzione alle dinamiche relazionali che intercorrono nella comunità dei curanti. Le ricerche e l'attenzione si sono concentrate, infatti, sulla relazione medico-paziente e con molta più difficoltà su quella curanti-paziente, allargata alle altre figure professionali impegnate nell'assistenza. Ciò è dovuto principalmente al fatto che, fino a tempi recenti, la relazione terapeutica era intesa come centrata sul modello tradizionale medico-paziente, ma questo modello comunicativo, epistemologico, assiologico, per molte ragioni, non ha più ragione di essere considerato come centrale, pur mantenendo, ad esempio, la sua importanza nell'ambito della Medicina e Pediatria generale. Nei contesti di cura ospedalieri, questo modello deve essere necessariamente riconsiderato, in quanto, in questi ambiti, caratterizzati dalla complessità delle interazioni comunicative tra i curanti, esistono due nodi particolarmente problematici dal punto di vista comunicativo. Il primo caso è rappresentato dalle relazioni orizzontali nelle diverse comunità dei curanti, tra i medici di una stessa unità operativa. Il secondo caso è rappresentato dalle relazioni asimmetriche, in genere "gerarchiche", tra medici e infermieri o tra medici e responsabili della Direzione di reparto e aziendale. Nell'analisi di questa tipologia di situazioni comunicative, è indubbiamente utile rifarsi ai precetti della Pragmatica della comunicazione, facendo riferimento, in particolare, al "quarto assioma", che distingue ogni relazione comunicativa in simmetrica o complementare. Come abbiamo già visto la relazione simmetrica si realizza tra interlocutori che sono sullo stesso piano comunicativo, come nel caso di due medici della stessa unità operativa, che svolgono lo stesso compito e sono collocati sullo stesso livello gerarchico. La relazione complementare si svolge, invece, tra attori che non sono sullo stesso piano per ruolo, funzioni, gerarchia, come nel caso della comunicazione tra primario e medici del Reparto e, in un certo senso, anche tra medici e personale infermieristico e non medico. Nella comunicazione complementare, vengono veicolati molti elementi gerarchici e, se mal orientata, elementi autoritari e di controllo che possono, con facilità specialmente in ambito sanitario, realizzare delle situazioni di vissuti contraddittori o di sofferenza. Tipico esempio di comunicazione complementare non correttamente gestita è quella dell'infermiere o medico che reagisce con palese disinteresse alla richiesta di informazione di un familiare di paziente in corsia. La gestione scorretta della comunicazione complementare è la principale indiziata infatti della conflittualità, generando circuiti viziosi di disconoscimento reciproco e reazioni scomposte. Altra problematica posta dalla comunicazione complementare è quella data dal lavoro di équipe. Dentro l'équipe di lavoro, si intrecciano, infatti, relazioni simmetriche e relazioni complementari e non è facile a volte distinguerle esattamente. Il primario di un reparto, infatti, è un medico e parte della sua relazione con gli altri medici è simmetrica, ispirata ai principi della colleganza, ma un'altra parte, invece, è complementare, strutturata su valori gerarchici e di diversa re-



WILLEM SWANENBURG,
TEATRO ANATOMICO
A LEIDEN, 1610

sponsabilità. Problematiche simili si riscontrano nel rapporto tra medici e infermieri e tra i diversi ruoli del personale sanitario. Questi due elementi comunicativi dovrebbero avere una corretta regolazione, che permetta al sistema di funzionare correttamente. Questa possibilità è data dal lavoro d'équipe. Il lavoro d'équipe permette di superare i principali ostacoli costituiti dal sovrapporsi, nell'attività lavorativa, di relazioni comunicative simmetriche e complementari, generando quello che viene definito un "sistema omeostatico", un sistema comunicativo in grado di trovare al proprio interno la sua regolazione ottimale.

Arrivare ad una regolazione omeostatica del lavoro d'équipe è una operazione complessa e difficile, che necessita di contributi importanti, sia dalla prassi sia dalla riflessione teorica. Un contributo ritenuto centrale è dato dall'opera di Balint, medico americano, che pose il problema di una ristrutturazione della relazione terapeutica con il paziente. Secondo Balint, la medicina doveva porre attenzione al paziente nella sua globalità. In particolare, andava sorvegliata attentamente la dimensione del "setting" terapeutico e ciò che avveniva al suo interno, accordandosi con le prospettive che si andavano allora affermando nell'ambito delle psicoterapie e della psicanalisi. Il paziente, nella prospettiva di Balint, era accolto oltre che nella sua dimensione biologica anche nella sua dimensione affettiva, dando al rapporto medico-paziente una dimensione intrinsecamente relazionale, anticipando gli sviluppi futuri della Patient Centered Medicine e della Narrative Based Medicine. Uno degli sviluppi più interessanti del lavoro di Balint è stato quello di tematizzare che le performances richieste ad una prospettiva terapeutica così delineata non possono essere né innate, né acquisite una volta per tutte con la formazione ed il tirocinio medico, ma hanno bisogno di una formazione specifica e di una pratica costante di supervisione. Balint ha quindi istituito

i cosiddetti “Gruppi Balint”, gruppi di supervisione, dove i medici potessero rivedere collettivamente l’esperienza clinica, discutendo i propri “casi clinici” e il vissuto che ne conseguiva, cercando di migliorare nel contempo la propria capacità di comprensione e di gestione dei casi stessi. Il “Gruppo Balint” può quindi essere considerato il modello per un lavoro di supervisione, che interessi in maniera sistematica la formazione permanente del personale sanitario, integrata con i contributi della Medicina Narrativa. Una pratica sistematica di supervisione, invece, soprattutto se inserita all’interno dei contesti ospedalieri, deve essere sentita come un momento centrale e costitutivo, non accessorio della pratica clinica. È importante inoltre che vi sia la presenza costante di un Supervisore esterno all’équipe, che conduca i lavori. Nel caso dell’unità operativa, è auspicabile che sia presente personale con formazione e funzioni connesse alle Medical Humanities (Psicologo, Counselor, etc.), che può svolgere anche la funzione di supervisione. Il gruppo coinvolto nel lavoro di supervisione non deve essere molto ampio (non più di 15-20 persone) e deve poter mantenere una sua stabilità compositiva nel tempo. La programmazione dei lavori deve prevedere, oltre ad una parte di aggiornamento e formazione, un lavoro costante di “rilettura” a freddo del lavoro comunicativo e narrativo. Ogni membro del gruppo deve quindi essere invitato a portare periodicamente all’attenzione del gruppo le sue esperienze, per poterle rileggere collettivamente. Solo una pratica sistematica di supervisione può quindi permettere di controllare efficacemente gli elementi non verbali della comunicazione. La supervisione, inoltre, permette di affrontare lo sforzo “emotivo” che il lavoro nelle unità di area critica comporta. Massima attenzione va prestata anche alla periodicità del lavoro. Una periodicità eccessivamente intensa si scontra infatti con le possibilità organizzative del lavoro sanitario, ma è altrettanto problematica una periodicità eccessivamente diluita. Un incontro mensile o bimestrale potrebbe, ad esempio, rappresentare un buon compromesso. È importante, inoltre, che i vari team di lavoro possano confrontarsi anche in un’ottica multidisciplinare, per integrare i vari apporti ed uscire dalla prospettiva della visione specialistica.

L’approccio di una prassi sistematica di supervisione, centrata sul Gruppo Balint o sui modelli della Medicina Narrativa, è sicuramente necessario per una formazione al lavoro d’équipe, ma ha la necessità di essere integrato con una prassi, che permetta ai professionisti della salute di diversa estrazione di riconoscersi reciprocamente nella differenza del proprio ruolo, valorizzando le risorse di ognuno ed evidenziando le diversità di responsabilità e di atti (il concetto di “atto medico”) che ne conseguono. Interessante, da questo punto di vista, è lo strumento dell’“audit clinico”. L’audit clinico è entrato in Sanità nell’ambito delle pratiche cosiddette di “Clinical Governance” rappresentando, di fatto, lo strumento applicativo a livello aziendale. Tuttavia, la sua flessibilità lo rende interessante per un utilizzo intensivo anche a livello di struttura semplice o complessa. È evidente già nella sua stessa denominazione come sia mutuato dalla gestione della qualità, che pone particolare attenzione alla prassi dell’audit, come mezzo a disposizione per potenziare le risorse e implementare le performances. L’audit clinico viene definito come «una metodica di revisione critica della pratica clinica basata sull’evidenza e in aderenza a linee guida accreditate. È lo strumento di governo clinico che ha lo scopo di valutare la qualità della pratica clinica nell’ambito delle organizzazioni di riferimento» (Cavaciuti, 2009). L’audit clinico si presta, quindi, in modo ottimale a favorire i processi di dialogo costruttivo all’interno delle organizzazioni, in diversi ambiti professionali. Il tema del rapporto medico-infermiere, nella complessità



della dimensione e nella diversità dei ruoli è, ad esempio, uno degli aspetti che meglio si presta ad una pratica estesa e sistematica dell'audit clinico, in quanto permette di ridurre la conflittualità, di riconoscere gli ambiti di competenza specifici, di evidenziare problematiche comuni, di tematizzare la missione del gruppo di lavoro, di verificare l'efficacia dei processi in corso e di validare procedure operative condivise valorizzando il contributo di tutti.

Dal punto di vista operativo, l'audit clinico si caratterizza come un processo di valutazione, basato su sei snodi procedurali, che vanno osservati integralmente per un buon esito dello stesso.

Il primo passo è rappresentato dalla scelta e definizione del problema, ponendo sotto osservazione un tema che si ritiene rilevante, in ordine a incidenza, sulla realtà del gruppo di lavoro o di maggior rilevanza per quanto attiene alla gestione del rischio clinico e della soddisfazione dell'utenza.

Il secondo passo è costituito dalla cosiddetta determinazione degli standards, indicatori di verifica riguardanti sia i processi sia gli esiti della struttura operativa. Questi devono essere determinati a priori, al momento della programmazione degli audit clinici, e devono essere quantificabili, al fine di fornire elementi oggettivi di valutazione.

Il terzo passaggio è costituito dalla raccolta dei dati e delle evidenze sottoposte ad analisi. Il quarto passaggio, quello cruciale, riguarda il momento di valutazione dei risultati dell'audit, con la identificazione delle aree in cui si sono registrati i risultati meno buoni e con l'identificazione di correttivi atti a migliorare le performances. L'informazione sui risultati deve sempre essere portata a conoscenza degli operatori del gruppo di lavoro, per permettere una discussione efficace e decisioni condivise. L'ultimo passaggio è quello di revisione, che valuta l'efficacia dei cambiamenti introdotti e,

SOPRA: PIERRE-ANDRÉ BROUILLET, *PRIMA DELL'OPERAZIONE* o *IL DOTTOR PEACH CHE INSEGNA ALL'OSPEDALE SAINT-LUOIS*, 1887

PAGINA SEGUENTE: PIERRE-ANDRÉ BROUILLET, *LEZIONE ALLA SALPÊTRIÈRE*, 1887



di fatto, riavvia la procedura di audit in un processo spiralizzato, che dovrebbe portare al miglioramento costante delle performances.

In conclusione, i due strumenti proposti, la supervisione e l'audit clinico, sono due mezzi importanti per raggiungere, a livello di équipe curanti, una buona consapevolezza rispetto alle dinamiche comunicative messe in atto, a livello sia simmetrico sia complementare, dando concretezza e forma ad un lavoro di équipe che altrimenti rischia di essere svuotato di contenuti, riducendosi ad un puro luogo di incontro senza reale costruito e apprendimento. Il miglioramento del lavoro d'équipe e della comunicazione tra i curanti, potenziando le performances comunicative e riducendo la conflittualità interna, non può che influire positivamente sulla qualità della prestazione terapeutica e della relazione più profondamente umana che viene offerta ai pazienti. Questo percorso, però, non può essere considerato soltanto un obiettivo, quanto un metodo, da acquisire e assimilare, naturalmente, a partire dagli anni della formazione:

L'Università ha privilegiato troppo la dimensione tecnica dei futuri medici trascurando il versante umano della professione... Coraggio, dignità, onestà, umiltà unite al sapere scientifico e l'umanità, devono far parte del corso di laurea degli studenti...

Gianni Bonadonna

NOTE

1 IAPO è stata fondata nel 1999 da 40 organizzazioni di pazienti provenienti da ogni parte del mondo. Attualmente è l'unica alleanza globale che rappresenta pazienti di tutte le nazionalità appartenenti a tutte le aree di malattia e promuove l'approccio patient-centered care nel mondo.

2 «La qualità dello spazio in questi edifici influisce sui risultati medici della terapia e quindi il progetto architettonico è un elemento importante della dinamica di guarigione», in HORSBURGH C. R., *Healing by design*, in "The New England Journal of Medicine", September, 14, 1995

3 <http://www.familycenteredcare.org/advance/topics/keyconsiderations.html>

4 Il Picker Institute è una organizzazione internazionale no-profit, ha sede a Boston (USA) ed ha uffici anche in Germania e Svizzera oltre ad avere una organizzazione gemella, il Picker Institute Europe, con sede in UK. Il Picker Institute supporta l'effettuazione di attività di ricerca nel campo del patient-centred care.

5 Il Planetree, fondato nel 1978, con sede a Derby (Connecticut, USA), è una organizzazione no-profit che collabora con ospedali

e altre strutture socio-sanitarie per sviluppare e implementare modelli socio-sanitari innovativi e migliorare l'esperienza del paziente. Attualmente Planetree è una organizzazione riconosciuta a livello internazionale nell'ambito del patient-centred care. Strutture affiliate al Planetree sono presenti in USA e Canada, principalmente, in Olanda e recentemente anche in Giappone e Brasile, e vanno da piccoli ospedali o strutture socio-sanitarie a grandi centri ospedalieri metropolitani.

6 Il Center for Health Design fondato nel 1993 come un'organizzazione senza scopo di lucro supporta i professionisti e le organizzazioni sanitarie nella progettazione delle strutture sanitarie di qualità. Un importante progetto sviluppato è il Pebble Project, nel cui ambito, sono stati studiati gli effetti di scelte progettuali su aspetti come la sicurezza dei pazienti, la sicurezza negli ambienti di lavoro, la qualità delle cure, l'efficienza dello staff.

7 La International Academy for Design and Health ha sede a Stoccolma (Svezia) e promuove il dibattito internazionale sulla progettazione ospedaliera secondo un 'approccio salutogenico' attraverso

l'organizzazione di convegni internazionali e la pubblicazione della rivista World Health Design.

8 La ricerca è stata condotta per conto del Center for Health Design e finanziata dalla Robert Wood Johnson Foundation.

9 L'Institute of Medicine ha verificato che gli errori medici e le infezioni nosocomiali sono tra le principali cause di morte negli Stati Uniti, ognuna uccidendo più cittadini Americani dell'AIDS, del cancro al seno o degli incidenti automobilistici (IOM, 2000; 2001).

10 www.healthdesign.org

11 Associazione britannica nata con lo scopo di capire come migliorare il sistema sanitario nazionale. Informazioni sul sito: www.kingsfund.org.

12 http://www.kingsfund.org.uk/current_projects/enhancing_the_healing_environment/case_studies/index.html.

13 <http://www.buildingbetterhealth.co.uk/projects/>.

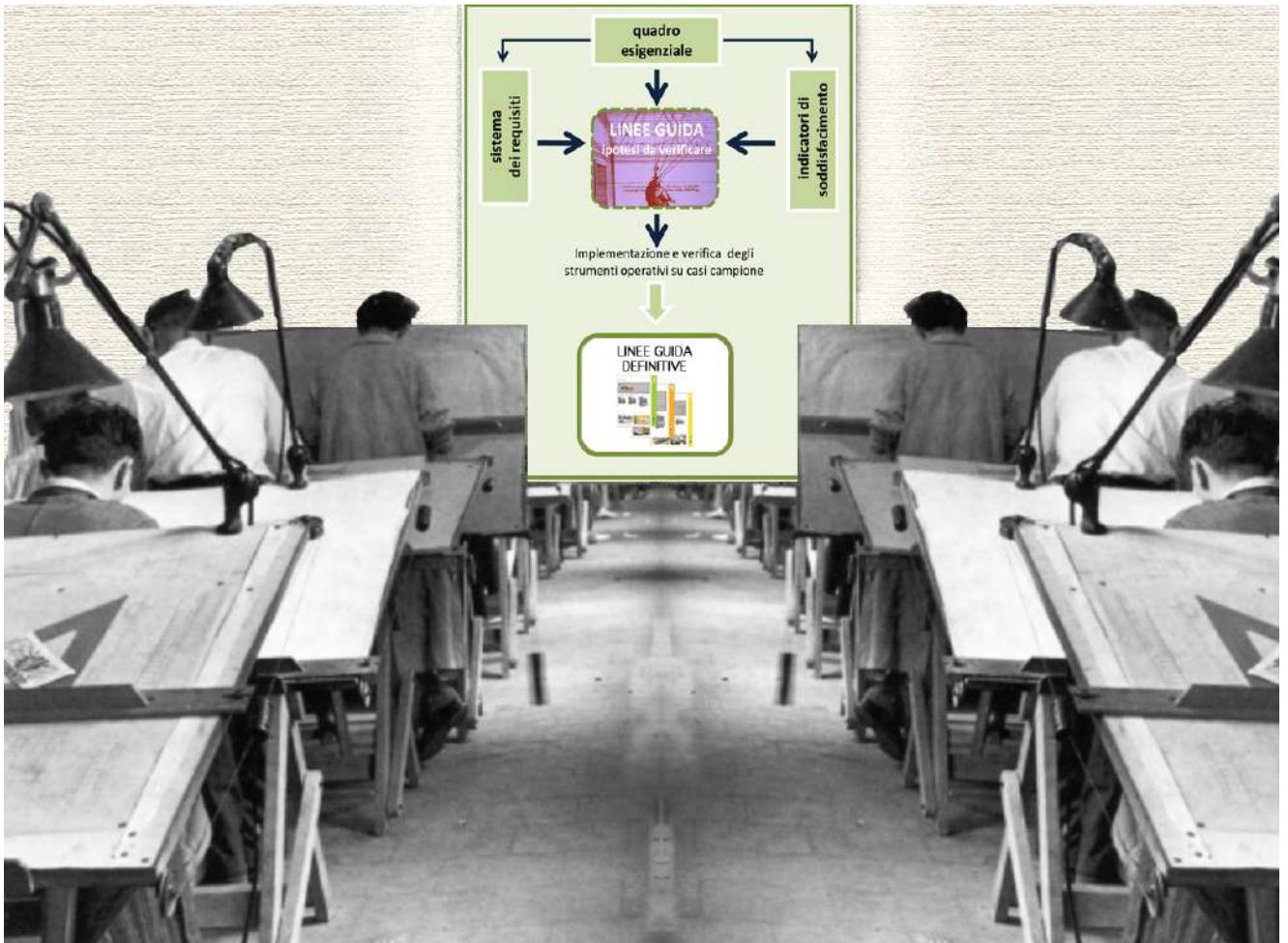
14 L'articolo è citato da K. Strasburg, T. Teraoka, *Seeking transcendent meaning in art and design. A New Medical Model*.

BIBLIOGRAFIA

- Balint, M., 1961.** *Medico, paziente e malattia*, tr. It. Feltrinelli, Milano.
- Bert, G., 2007.** *Medicina Narrativa*, Il pensiero scientifico editore, Roma.
- Bianchi, C., 2003.** *Pragmatica del linguaggio*, Laterza, Bari.
- Biggio, G., 2007.** *Il counseling organizzativo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cattorini, P., 2006.** *Bioetica*, Masson, Milano.
- Cattorini, P., 2003.** *Bioetica e Cinema*, Franco Angeli, Milano.
- Cavaciuti, G., (2009).** *Le prospettive di sviluppo per la governance in ambito sanitario*. "La Comunicazione che cura", Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Easter, D.W., Beach, W., (2004).** *Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities in Current Surgery*.
- Engel, G.L., (1977).** *The need for a new medical model, a challenge for biomedicine*. "Science", n°196.
- Faa, G., Rutelli, P., De Carlo, A., (2008).** *Umanizzazione e professione sanitaria. Comunicazione, organizzazione e territorio*, Franco Angeli, Milano.
- Goffmann, E., (1969).** *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna.
- Grenhalgh, T., (2009).** *Narrative Based Medicine. Narrative based medicine in a evidence based world*. "British Medical Journal", n° 318.
- Hall, E.T., (2001).** *La dimensione nascosta*, Bompiani, Milano.
- Hough, M., (1999).** *Abilità di Counseling*, Erickson, Trento.
- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Ruttman, S., Wossmer, B., (2002).** *Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study*. "British Medical Journal", n° 325.
- Lippi, D., (2010).** *Specchi di carta*, Clueb, Bologna.
- Masini, (2005).** *Medicina Narrativa*, Franco Angeli, Milano.
- Majani G., (2001).** *Compliance, adesione, aderenza*, McGraw Hill, Milano.
- Organizzazione Mondiale di Sanità, (1996).** *Therapeutic patient education-continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease*.
- Ong L.M.L., Visser M.R.M., Lammes F.B., de Haes J.C.J.M., (2000).** *Doctor-patient-communication and cancer patients' quality of life and satisfaction*. "Patient Education and counseling", n° 41.
- Ong L.M.L., Visser M.R.M., Lammes F.B., Van Der Velden J., Kuenen B.C., de Haes J.C.J.M., (2000).** *Effect of providing cancer patients with the audio taped initial consultation on satisfaction, recall, and quality of life: a randomized, double-blind study*. "Journal of clinical and oncology", N° 18.
- Pauchet-Traversat, A.F., (2010).** *Pianificazione di un programma di ETP nel settore delle malattie croniche*. "Educazione Terapeutica del Paziente. Riflessioni modelli e ricerca", Edi Erms, Milano.
- Rubinelli, S., Camerini, L., Schulz, P., (2010).** *Comunicazione e salute*, Apogeo, Milano.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D., (1971).** *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.
- Zannini, L., (2008).** *Medical Humanities e Medicina Narrativa*, Cortina Editore, Milano.

2

**La ricerca per la
definizione delle
linee guida**



2

La ricerca per la
definizione delle
linee guida

GLI OBIETTIVI E LA METODOLOGIA DELLA RICERCA

52

LA RICERCA PER LA DEFINIZIONE DELLE LINEE GUIDA

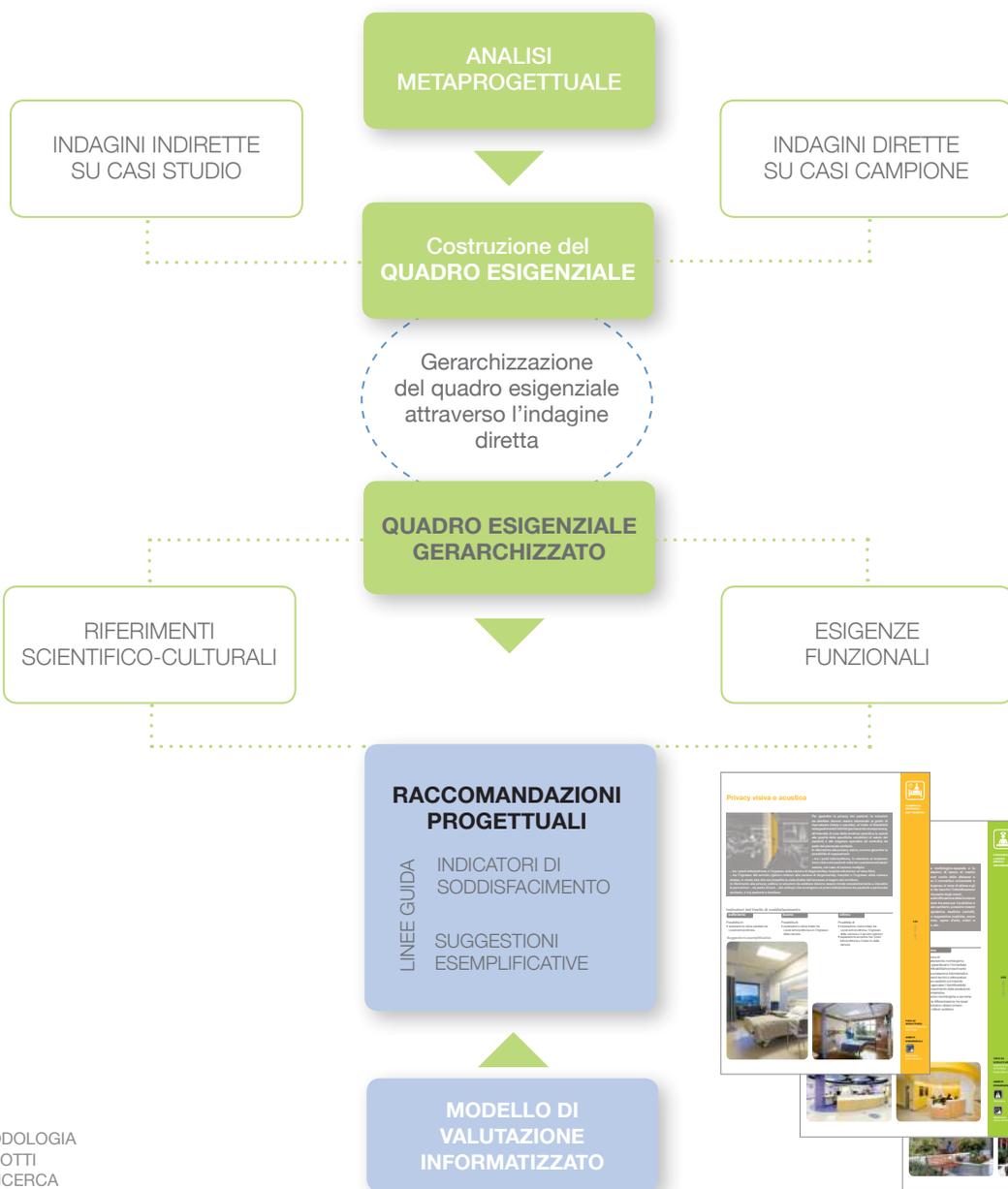
La ricerca sulla “Umanizzazione delle strutture socio-sanitarie” si inserisce, quale contributo culturale e operativo, nell’ambito dei principali indirizzi internazionali relativi alla progettazione ospedaliera, che riconoscono nell’umanizzazione delle strutture socio sanitarie un fattore centrale di innovazione, sia dal punto di vista medico-clinico e dell’assistenza erogata, che dal punto di vista della concezione delle strutture edilizie.

Questo tema è da alcuni anni anche all’attenzione del Ministero della Salute italiano, che nello specifico ha messo in evidenza la centralità del cittadino come utente dei servizi e delle strutture sanitarie (Decreto Legislativo 502/92¹ all’art. 14) introducendo la necessità di “indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell’assistenza”.

Successivamente la Carta dei servizi pubblici sanitari del 1995 nell’individuare le dimensioni della qualità del servizio in sanità, elenca le principali componenti del concetto di “umanizzazione”.

Inoltre umanizzazione è anche una delle parole chiave del “New Deal” della salute prospettato dal Ministro della salute nel 2006 che viene, in quel contesto, definita come “capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore”, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino². Inoltre l’importanza del tema è sottolineata anche dalla recente intenzione di inserire l’umanizzazione nell’Educazione continua in Medicina.

La ricerca, in particolare, nell’ambito di questa tematica, sviluppa strumenti operativi di supporto ai processi decisionali dalle fasi di programmazione e di progettazione di strutture sociosanitarie connotate da alti livelli di umanizzazione, con riferimento a tutti i profili di utenza (pazienti, familiari, personale sanitario) che con esse interagiscono.



LA METODOLOGIA
E I PRODOTTI
DELLA RICERCA

I potenziali fruitori dei risultati della ricerca sono tutti gli operatori coinvolti nel processo di attuazione di interventi di edilizia socio-sanitaria: decisori a livello centrale e locale, progettisti, soggetti coinvolti nelle procedure di verifica dei progetti con finalità diverse e in diversi momenti del processo di programmazione e progettazione delle strutture.

In particolare i decisori li potranno utilizzare per orientare le fasi di programmazione degli interventi edilizi e per orientare le condizioni da prescrivere in fase di stesura dei bandi per la realizzazione di interventi edilizi, i valutatori li potranno impiegare nell'operare le scelte in sede di valutazione di proposte progettuali alternative, i progettisti potranno assumere questi strumenti per orientare e autovalutare le scelte di progetto durante l'iter progettuale.

Il risultato della ricerca è compendiato in un sistema di raccomandazioni per la realizzazione di strutture sociosanitarie complesse di medicina generale, oncologia e casa della salute, e per la valutazione del loro grado di umanizzazione.

I criteri guida progettuali, che in gran parte sono già tenuti in considerazione da una progettazione attenta e corretta, sono stati strutturalmente organizzati anche in relazione a riferimenti scientifici culturali internazionali con lo scopo di fornire, soprattutto, uno strumento di acculturamento trasversale utile anche, e principalmente, a chi non ha consuetudine a confrontarsi con le specificità del progetto ospedaliero.

La metodologia fa riferimento all'approccio esigenziale-prestazionale che, sulla base dell'analisi delle caratteristiche degli utenti e delle attività che si svolgono nelle strutture, porta alla definizione del quadro esigenziale – espressione dei loro bisogni – e quindi alla definizione delle raccomandazioni per il progetto degli spazi.

Il quadro esigenziale è definito attraverso una sistematica lettura delle più significative esperienze internazionali, di cui si riporta un esempio, e una serie di indagini dirette presso strutture sociosanitarie in Piemonte e Toscana.

Una successiva indagine diretta sul campo, attraverso interviste, focus group e questionari ha consentito di elaborare alcune indicazioni per una possibile gerarchizzazione delle raccomandazioni.

La messa a punto del quadro esigenziale, costruito in funzione degli esiti della fase di verifica sul campo, ha fatto sì che si potesse pervenire alla definitiva redazione delle raccomandazioni progettuali – linee guida – per la progettazione delle strutture socio-sanitarie.

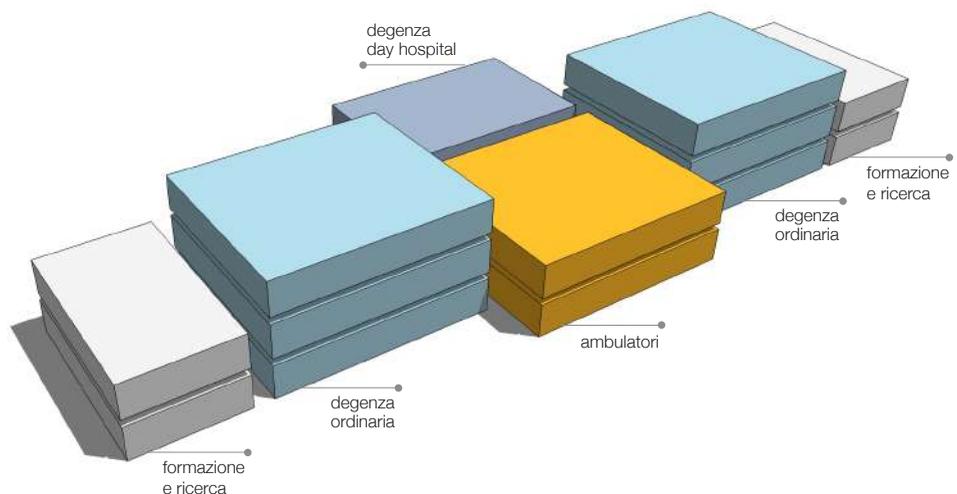
LE STRUTTURE OGGETTO DI INDAGINE

Per il perseguimento dei richiamati obiettivi sono state analizzate le strutture di medicina generale, oncologia e casa della salute, tenendo in considerazione i modelli organizzativi adottati da ciascuna di esse, le configurazioni spaziali ad esse corrispondenti, la tipologia del servizio sanitario erogato in relazione alle caratteristiche che maggiormente influenzano gli aspetti dell'umanizzazione.

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA GENERALE

La Struttura Complessa di Medicina Generale è una struttura ospedaliera in cui vengono svolte le attività di:

- diagnosi e terapia dei pazienti che presentano patologie sistemiche complesse caratterizzate anche da un'elevata complessità assistenziale;
- assistenza di livello adeguato alla presenza di una grande varietà di problemi clinici;
- funzione di filtro e di indirizzo, nei confronti delle risorse specialistiche ad alta tecnologia;
- risposta, con il modulo organizzativo più idoneo, ai diversi momenti della storia clinica del paziente, dal primo contatto con la struttura ospedaliera, alle fasi più critiche del processo di assistenza, fino alla lungo-degenza e alla riabilitazione;
- attività didattica tutoriale per studenti oltre ad attività di tipo formativo interno finalizzate all'aggiornamento professionale.



Tali attività sono dislocate nelle seguenti aree funzionali:

Degenza ordinaria. L'area di degenza ordinaria è un'area in cui vengono effettuati ricoveri, anche notturni, ordinari e/o programmati, con caratteristiche spaziali che rispondono alle esigenze legate alle modalità di svolgimento delle attività di diagnosi e cura. È strettamente legata, dal punto di vista funzionale, ad altre aree di specialità cliniche.

Degenza day hospital. L'area di degenza day hospital è riconducibile ad un reparto di degenza nel quale durante le ore diurne vengono svolte visite di controllo, esami diagnostici, attività di prevenzione, attività di cura, in diverse tipologie di spazio che vanno dalla camera ordinaria a locali open space.

Ambulatori. L'area operativa ambulatoriale è costituita dall'insieme di spazi che rispondono alla funzione di accogliere l'attività clinica finalizzata alle procedure di diagnosi, alla definizione del programma terapeutico, al monitoraggio dell'evoluzione clinica della malattia.

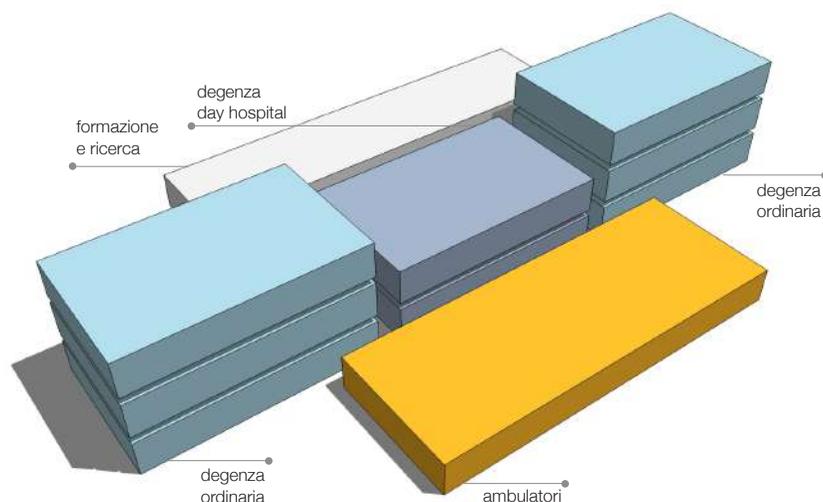
Aule per didattica. Nelle strutture complesse di medicina generale che sono inserite in un complesso ospedaliero-universitario il personale medico ed infermieristico svolge anche attività didattica e tutoriale per gli studenti e per gli specializzandi, oltre ad attività di tipo formativo interno finalizzate all'aggiornamento professionale.

STRUTTURA COMPLESSA DI ONCOLOGIA

L'Oncologia Medica riguarda globalmente pazienti con patologie neoplastiche e comprende la totalità delle attività connesse alla malattia: dall'attività di prevenzione e di diagnosi, alla messa a punto di terapie antitumorali, alla somministrazione.

La struttura complessa di oncologia medica è basata su un approccio multidisciplinare alla patologia neoplastica, che si realizza attraverso la stretta collaborazione con le strutture di Chirurgia, Radioterapia e con le relative equipe specialistiche.

Nell'insieme è riconducibile ad un'area funzionale omogenea attorno alla quale gravitano zone di degenza ordinaria, di day hospital e ambulatoriali.



LE FUNZIONI PRESENTI
NELLA "STRUTTURA
COMPLESSA DI ONCOLOGIA"

Degenza ordinaria. L'area di degenza ordinaria della struttura complessa di oncologia medica è assimilabile ad un reparto ospedaliero inteso in modo tradizionale, nel quale vengono effettuati ricoveri ordinari e/o programmati, con caratteristiche spaziali che rispondono alle esigenze legate alle modalità di svolgimento delle attività di diagnosi e cura. È strettamente legata, dal punto di vista funzionale, ad altre aree quali la medicina nucleare, la radioterapia, la diagnostica per immagini e la chirurgia.

Degenza day hospital. L'area di degenza di day hospital è riconducibile ad un reparto di degenza nel quale vengono erogate le principali cure antitumorali, come la chemioterapia e tutti i servizi di tipo ambulatoriale connessi alla patologia. Il legame funzionale prevalente dell'area di day hospital è quello con l'area ambulatoriale e la farmacia.

Presso il day hospital trova svolgimento sia l'attività ambulatoriale (prime visite, visite di controllo, attività diagnostica, attività di prevenzione) che l'attività assistenziale più propriamente giornaliera (chemioterapie, terapie di supporto, etc.), e può essere svolta in diverse tipologie di spazio che vanno dalla camera ordinaria a locali open space (soprattutto nel caso dei trattamenti chemioterapici). Gran parte dell'attività del day hospital riguarda le terapie infusionali e, in particolare, la chemioterapia.

Ambulatori. L'area operativa ambulatoriale è costituita dall'insieme di spazi che rispondono alla funzione di accogliere l'attività clinica finalizzata alle procedure di diagnosi, alla definizione del programma terapeutico, al monitoraggio dell'evoluzione clinica della malattia. È possibile articolare in due grandi categorie l'attività svolta nell'area operativa di ambulatorio: l'attività di ambulatorio "prime visite" e l'attività ambulatoriale di "follow up".

La "prima visita" rappresenta il primo importante momento di valutazione del paziente oncologico; alla prima visita può seguire l'accesso ad un programma di terapia in day hospital, il ricovero nel reparto di degenza o chirurgia, un programma di controlli svolti nell'ambulatorio di follow-up.

L'attività di "follow-up" è invece dedicata ai controlli periodici di pazienti già in cura per patologia oncologica conclamata.

Aule per didattica. Il personale medico ed infermieristico svolge attività didattica e tutoriale per gli studenti e per gli specializzandi, in particolar modo nelle strutture complesse di oncologia medica che sono inserite in un complesso ospedaliero a carattere universitario, dove sono presenti attività di tipo formativo interno finalizzate all'aggiornamento professionale.

Le principali tipologie di pazienti in essa ricoverati sono:

- pazienti affetti da polipatologia per la quale il ricovero non sarebbe appropriato nel singolo reparto specialistico che consentirebbe la trattazione di un solo aspetto del problema;
- pazienti non gestibili a domicilio con disturbi di varia natura accompagnati da alterazioni di esami di laboratorio o strumentali la cui origine non è ancora chiarita;
- pazienti affetti da patologie internistiche;
- pazienti portatori di problematiche legate ai diversi stati di uso, abuso e dipendenza da sostanze (alcol, droghe, tabagismo ...) e da comportamenti compulsivi e/o dipendenze senza sostanze (gioco d'azzardo, cellulari, internet ...).

CASA DELLA SALUTE

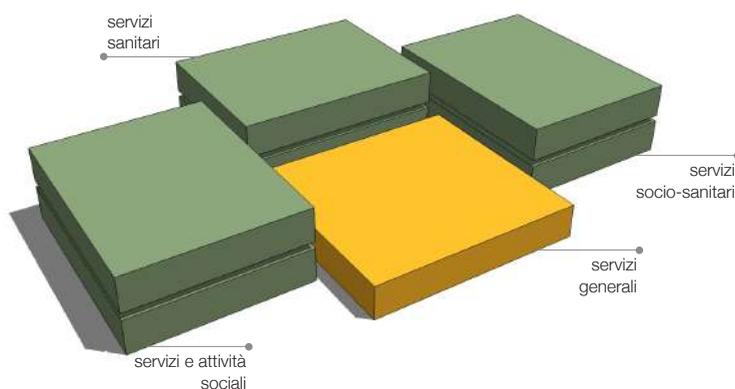
La Casa della Salute è considerata come una struttura polivalente, a forte integrazione multidisciplinare, che eroga in uno stesso spazio fisico i livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione.

In questa struttura si deve garantire la continuità assistenziale con l'ospedale, lo svolgimento delle attività di prevenzione, l'educazione sanitaria e l'attivazione delle corrette pratiche di autogestione delle malattie croniche e l'assistenza domiciliare delle cure.

In particolare devono poter essere effettuati gli accertamenti diagnostico-strumentali di base 7 giorni su 7 per almeno 12 ore al giorno. Inoltre, in essa, cooperano attraverso il lavoro di gruppo il personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali e deve trovare implementazione la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari relativi ai pazienti.

L'organizzazione e la tipologia di assistenza erogata dalle Case della Salute può variare in relazione all'assetto territoriale della rete dei servizi sanitari cui appartiene, in quanto i riferimenti normativi nazionali sono stati recepiti in modo differenziato e autonomo da parte di ciascuna Regione.

La programmazione dei servizi erogati e la loro struttura è stata concepita per adeguarsi alle richieste espresse dagli specifici ambiti regionali; a questo sono corrisposte diverse tipologie di assetto organizzativo, spaziale e di relazione con il territorio.



In termini generali il modello di Casa della Salute prevede le seguenti tipologie di servizi:

- **Servizi sanitari**, comprendenti: Punto di primo intervento territoriale, Guardia Medica, Area della radiologia e dell'Ecografia, Poliambulatori Specialistici, Studi medici di Medicina Generale, Studi dei Pediatri di Libera Scelta, Punto di primo prelievo e Point of Care
- **Servizi Socio-Sanitari**, comprendenti: Consultorio Familiare, Area della riabilitazione, Area psichiatrica
- **Servizi e Attività Sociali**, comprendenti: Servizi sociali e Associativi
- **Altri Servizi**, comprendenti: Centro unico di prenotazione, Distribuzione farmaci

Le **tipologie di personale** in essi coinvolte sono:

Personale relativo alle professioni socio-sanitarie:

- medici di base (Medici di medicina generale, Pediatri Libera Scelta, Medico di Continuità Assistenziale)
- medici specialisti (oculisti, ginecologi, psichiatri, etc.)
- infermieri
- assistenti sociali
- personale tecnico (tecnici di laboratorio, tecnici della riabilitazione, tecnici di diagnostica etc.)

Altro personale:

- personale tecnico-amministrativo
- personale di front office
- personale di supporto

Gli spazi oggetto di indagine sono:

Spazi oggetto di indagine	Struttura complessa di Oncologia	Struttura complessa di Medicina Generale	Casa della Salute
AREA DEGENZA			
Camera di degenza / Day hospital	•	•	
Soggiorno	•	•	
AREA OPERATIVA			
Ambulatorio / Consultorio / Colloquio	•	•	•
AREA LAVORO PERSONALE			
Postazione lavoro medici e infermieri	•	•	
Spazio riunioni	•	•	•
AREA ACCESSO / USCITA PAZIENTI			
Accettazione / Informazioni / Consegna referti	•	•	•
Connettivo di distribuzione / Atrio	•	•	•
Attesa	•	•	•
Spazi esterni	•	•	•

LE INDAGINI PRELIMINARI

Le indagini preliminari sono state finalizzate a una rilevazione dello “stato dell’arte” in termini di soluzioni rappresentative del modo di trattare il tema dell’umanizzazione e sono state svolte con metodiche di tipo “indiretto” su numerose strutture di recente realizzazione in Italia e all’estero e di tipo “diretto” attraverso sopralluoghi e interviste ai diversi utenti fruitori delle stesse.

LE INDAGINI DI TIPO INDIRETTO

I casi oggetto dell’indagine indiretta sono stati selezionati in modo da poter essere utili alla costruzione di uno stato dell’arte il più possibile ampio e completo, secondo i parametri esplicitati di seguito. In primo luogo l’anno di realizzazione: non è stato preso in esame alcun caso il cui completamento fosse antecedente all’anno 2005, in considerazione del consistente lasso di tempo che intercorre tra le fasi di progettazione e quelle di esecuzione.

In secondo luogo, tra quelle più recenti, sono state selezionate le strutture sanitarie che hanno ricevuto riconoscimenti (premiazioni e segnalazioni dal *BBH – Building Better Healthcare*, dal *RIBA*, dall’*International Academy for Design and Health*, dall’*AfH – Architects for Health*) di livello nazionale o internazionale per la qualità dell’ambiente di cura e l’attenzione posta nel soddisfare le molteplici esigenze dei fruitori della struttura (pazienti, familiari, personale sanitario).

I dati acquisiti dall’analisi indiretta delle strutture selezionate sono stati sistematizzati sotto forma di schede strutturate in due parti. La prima, di tipo descrittivo, contiene i dati identificativi, la localizzazione, la cronologia dell’intervento, la tipologia di intervento, il tipo di struttura, l’eventuale relazione con la struttura di riferimento, i dati dimensionali, il tipo di assistenza erogata.

La seconda parte, di tipo analitico, è incentrata sulla lettura della documentazione planimetrica e fotografica reperita, dalla quale sono stati estrapolati gli aspetti tipologici, ambientali e tecnologici considerati più significativi ai fini dell’umanizzazione dell’ambiente di cura.

Del materiale fotografico reperito sono state selezionate ed analizzate le immagini significative riferite alle unità spaziali tipo oggetto della ricerca.

La lettura delle immagini è focalizzata a sottolineare le modalità di interazione tra lo spazio e i diversi utenti e sull’influenza che alcune scelte spaziali hanno sulla relazione interpersonale tra le categorie individuate (paziente-staff, familiare-staff, staff-staff).

In relazione a tale finalità, è stata sottolineata, mediante un lettura critica delle specificità delle strutture selezionate, la significatività delle soluzioni spaziali adottate, evidenziando le motivazioni esigenziali a base delle scelte progettuali operate da parte dei progettisti. Per ognuna delle esigenze ritenute significative, è stato segnalato l’utente principale a cui le scelte progettuali sono rivolte.

Di seguito si riporta il campione esemplificativo di una delle numerose schede redatte nell’ambito della ricerca.

ATLANTICARE ONCOLOGY CENTER | EGG HARBOR TOWNSHIP, NJ



STATO	New Jersey
CITTA'	Egg Harbor Township
WEB	www.atlanticare.org/cancer/about/cancercenter.php
CONTESTO	rurale
TIPOLOGIA DI STRUTTURA	centro per il trattamento del cancro con attività di radioterapia e oncologia in D.H.
TIPOLOGIA DI INTERVENTO	nuova costruzione
CRONOLOGIA DELL'INTERVENTO	inizio cantiere aprile 2008, fine lavori giugno 2009
DATI DIMENSIONALI	40.000 m ² dislocati su due piani
PROGETTISTA	EwingCole
WEB	www.ewingcole.com
TIPO DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI	<p>Situato nell'AtlantiCare Health Park della municipalità di Egg Harbor, il Cancer Care Institute offre servizi ambulatoriali di oncologia medica, e radioterapia. La struttura nasce con l'obiettivo di collocare i servizi ambulatoriali precedentemente erogati dal vicino ospedale Atlanticare Regional Medical Center (ARMC) in un edificio decisamente non istituzionale e dislocato sul territorio.</p> <p>Il Centro è stato progettato per ospitare le più moderne tecnologie; comprende infatti due acceleratori lineari (IMRT e IGRT), una brachiterapia ad alto dosaggio, radiochirurgia stereotassica (SRS), una suite Cyberknife. Sono inoltre presenti numerosi servizi di diagnostica tra i quali una TAC, una PET/TC, e particolari strumentazioni per la medicina nucleare.</p> <p>Il Centro dispone di 12 postazioni per la chemioterapia, numerosi ambulatori per visite mediche specialistiche ed è presente la farmacia per la preparazione dei farmaci chemioterapici.</p> <p>Il Centro mette a disposizione di pazienti e familiari consulenze nutrizionali, gruppi di supporto psicologico, assistenza sociale.</p>
SITI INTERNET	www.fccc.edu (consultato nell'Aprile 2010) www.atlanticare.org (consultato nell'Aprile 2010) healthcare.worldinteriordesignnetwork.com (consultato nel Maggio 2010)
RIVISTE	www.healthcaredesignmagazine.com (consultato nell'Aprile 2010)
PREMIAZIONI E RICONOSCIMENTI	2010 Best Healthcare Design Award
CONTATTI DIRETTI	EwingCole Philadelphia - Natalie C. Miovski, AIA, LEED AP - PRINCIPAL (contattato nel mese di Maggio 2010)

LETTURA CRITICA DEGLI ASPETTI SPAZIALI ED ESIGENZIALI CARATTERIZZANTI AI FINI DELL'UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI DI CURA

Legenda:

- [0]** Soluzione progettuale adottata
 ✓ Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
 ✓ Esigenza riferita al personale

AREA ACCESSO/USCITA PAZIENTI

- A** Punto distribuzione bevande/vivande
B Accettazione/informazioni/consegna referti
C Connettivo (orizzontale e verticale)
D Attesa pazienti
E Attesa familiari
F Spazio deposito effetti personali
G Spazi esterni (terrazze, corti, patii, giardini)

AREA DEGENZA

- H** Camera di degenza
I Camera di day hospital
L Soggiorno familiari/pazienti

AREA OPERATIVA

- M** Ambulatori visite/trattamenti
N Spazio per la preparazione dei pazienti
O Spazio colloqui personale/paziente o familiare

AREA LAVORO PERSONALE

- P** Postazione lavoro medici e infermieri
Q Spazio riunioni

Il progetto dell'Atlanticare Cancer Care Institute nasce con la consapevolezza che standard elevati di qualità ambientale possono incidere positivamente sul processo di guarigione fisica e psicologica del paziente. L'edificio progettato dallo studio EwingCole, certificato LEED Gold da parte del US Green Building Council LEED (Leadership in Energy and Environmental Design), adotta numerose strategie di progettazione sostenibile: gli edifici per la cura del cancro sono generalmente associati a luoghi insalubri; il concetto di salute si trasferisce dall'edificio al paziente, anche attraverso la progettazione di uno spazio sano dal punto di vista energetico e ambientale.

Partendo dalla conoscenza approfondita delle attività svolte nella struttura e delle relative esigenze degli utenti (familiari, pazienti e staff), i progettisti hanno prestato attenzione sia agli aspetti funzionali che a quelli ambientali.

L'edificio, a due piani, ospita al piano terra i servizi di diagnostica per immagini, la radioterapia e la medicina nucleare; il piano superiore è destinato agli ambulatori medici e all'area per la chemioterapia. Il sistema distributivo è il risultato dell'analisi e dell'ottimizzazione dei flussi degli utenti.

È stata posta una particolare attenzione all'inserimento nel contesto, costituito dal Pine Barrens, un paesaggio di sempreverdi e latifoglie che circonda l'edificio. L'edificio, che riduce al minimo le sue parti opache privilegiando quelle trasparenti, ha come "fondale" la natura: l'uso abbondante del vetro per le chiusure esterne offre numerosi punti di vista e consente alla luce solare di penetrare. I tre quarti degli spazi interni dell'edificio beneficiano dell'apporto della luce naturale; a questa soluzione si aggiunge un dispositivo tecnologico di controllo automatico dell'intensità della luce artificiale interna.

La penetrazione della natura all'interno dell'edificio è accentuata anche dall'inserimento di vegetazione e rocce all'interno e dai **[1]** materiali utilizzati per le finiture: mattoni, pietra locale, legno. I colori e i trattamenti delle superfici **[2]** sono differenziati a seconda delle attività svolte e generano quattro temi interni: per la Radioterapia Oncologica "Giardino Zen", per la Chemioterapia "Spiaggia", per l'Oncologia Medica "Vicinato" e per gli spazi pubblici "Bosco".

Sono presenti all'interno dell'edificio più di 70 opere d'arte **[3]** di circa 40 artisti locali provenienti dal New Jersey; tra queste mattonelle dipinte, sculture interne ed esterne nei giardini, vetrate decorate con temi floreali.

Soluzioni progettuali adottate

- [1]** utilizzo di materiali naturali e locali
[2] utilizzo di "tematiche" per differenziare i diversi servizi sanitari offerti
[3] utilizzo di trattamenti materici diversi per differenziare i percorsi e le zone dell'edificio

Motivazioni esigenziali a base delle scelte operate

- ✓ permanere in ambienti dall'aspetto non istituzionale, in continuità con l'ambiente domestico
 ✓ essere facilitato nell'orientamento e nella comprensione dello spazio in cui ci si trova
 ✓ essere facilitati nell'orientamento e nel percorso da seguire
 ✓ agevolare il personale nel comunicare la direzione da seguire al paziente e al familiare



pianta del piano terra

Spazi esterni **G**



L'edificio presenta ingressi e flussi interni differenziati in relazione alla tipologia di servizio erogato, soluzione nata dall'esigenza di facilitare l'orientamento del paziente e l'individuazione della destinazione. Questo ha permesso di agevolare l'attività di controllo da parte del personale, riducendone il carico lavorativo.

Il percorso del paziente è strutturato per essere unidirezionale: una volta entrato, viene accettato e indirizzato verso l'area di cui necessita; l'uscita avviene direttamente all'esterno, in modo da non dover passare nuovamente dalle aree di attesa e accettazione. Questa soluzione ha permesso di tutelare la dignità del paziente in relazione al suo stato psico-fisico in seguito agli esami o ai trattamenti ricevuti. La sequenzialità e la vicinanza degli spazi affini, generata dal susseguirsi delle attività del paziente, ha consentito di accorciare gli spostamenti, con conseguente riduzione del carico lavorativo dello staff e minimizzazione del tempo di permanenza del paziente all'interno dell'edificio.

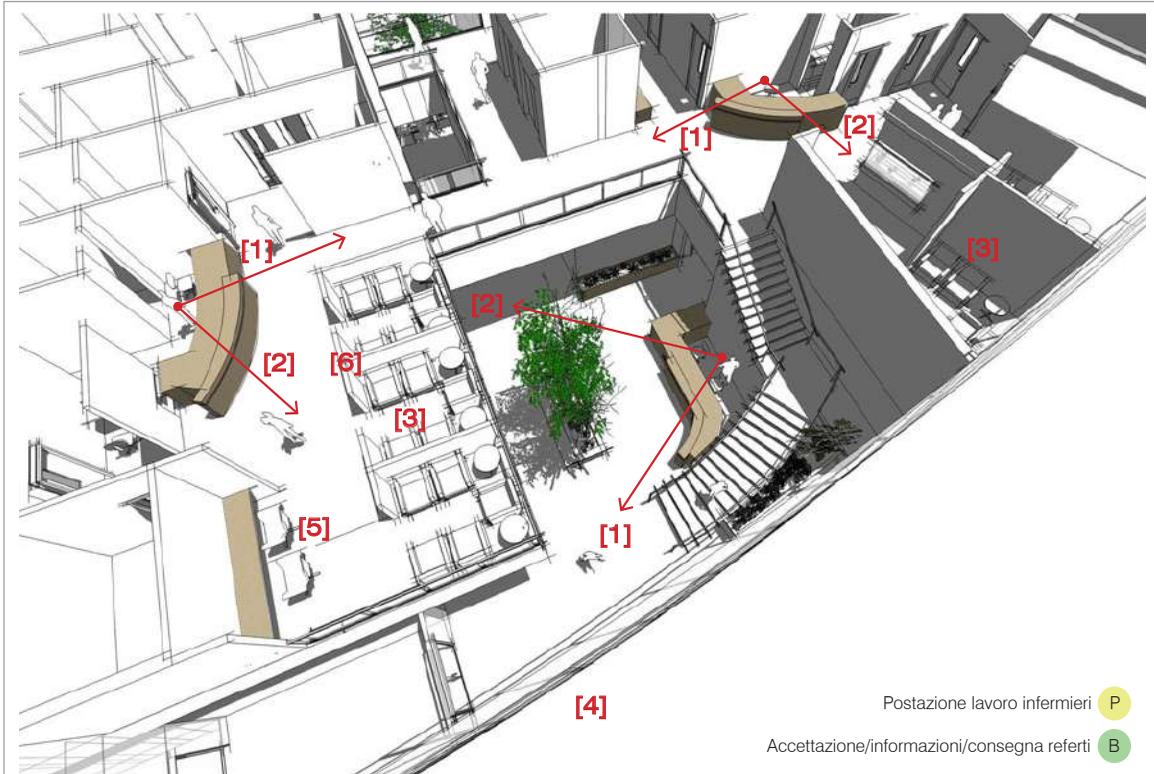
Le aree per il personale sono ben distinte da quelle pubbliche e sono accessibili attraverso percorsi dedicati, in modo da garantire elevati livelli di privacy durante lo svolgimento delle attività che non prevedono la presenza del paziente.

Soluzioni progettuali adottate

- [1] ingressi ben evidenziati e differenti a seconda del servizio erogato
- [2] ingressi ed uscite differenti
- [3] verde attrezzato organizzato in modo perimetrale all'edificio
- [4] utilizzo di opere d'arte esterne posizionate in maniera strategica (al di fuori delle attese, vicino agli ingressi,...)

Motivazioni esigenziali a base delle scelte operate

- ✓ agevolare il paziente durante l'individuazione degli accessi
- ✓ agevolare il paziente durante gli spostamenti e l'individuazione dei percorsi
- ✓ tutelare la dignità del paziente in relazione al suo stato psico-fisico in seguito agli esami o ai trattamenti ricevuti
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso la visione dell'ambiente esterno
- ✓ agevolare il paziente nell'individuazione degli accessi e dei punti di interesse
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso elementi di distrazione



Le postazioni di accettazione e controllo sono state posizionate in maniera strategica in modo da permettere il controllo visivo dei flussi di persone e delle sale di attesa. Sono inoltre posizionate in maniera baricentrica rispetto all'ingresso principale, beneficiando dell'apporto di luce naturale proveniente dalla facciata e dal lucernario della copertura. L'inserimento di vetri satinati tra le sedute delle attese garantisce da una parte la privacy visiva dei pazienti, dall'altra permette al personale di poter controllare in modo discreto.

Soluzioni progettuali adottate

- [1] controllo visivo degli accessi alle zone di trattamento
- [2] controllo visivo delle sale di attesa
- [3] tipologie di sale di attesa differenziate
- [4] elevata presenza di luce naturale
- [5] accesso a postazioni computer dalle zone di attesa
- [6] pareti divisorie tra le sedute delle attese in vetro satinato

Motivazioni esigenziali a base delle scelte operate

- ✓ agevolare il personale nel controllo visivo degli accessi e dei flussi di persone
- ✓ ridurre il carico di lavoro del personale nelle attività di controllo dei pazienti e dei familiari in attesa
- ✓ agevolare il personale nell'intervento di assistenza al paziente in caso di malore
- ✓ consentire al paziente e al familiare di poter scegliere il grado di interazione comunicativa e visiva con le altre persone durante le attese
- ✓ ridurre gli errori medici durante le procedure di accettazione del paziente e l'aggiornamento telematico dei dati
- ✓ agevolare il paziente e il familiare nella consultazione di materiale informatico e cartaceo durante le attese
- ✓ agevolare il paziente con fenomeni di distrazione durante le attese
- ✓ garantire la privacy visiva dei pazienti
- ✓ permettere al personale di controllare le persone in attesa



Accettazione/informazioni/consegna referti B



Appena entrati, l'articolazione degli spazi di accoglienza è ben chiara: i punti di interesse (banconi informazioni, attese, accettazione, sistemi di collegamento verticale) sono immediatamente riconoscibili sia per la loro collocazione che per gli elementi di segnaletica implicita adottati. L'atrio, a doppia altezza, è caratterizzato dalla presenza di abbondante luce naturale proveniente dall'alto e dalle grandi vetrate, e da una particolare attenzione nell'uso di materiali e finiture in grado di ricreare un ambiente domestico e non istituzionale: mattoni, legno, pietra, vetro.

Soluzioni progettuali adottate

- [1] posizione e configurazione del bancone (con altezze differenziate)
- [2] presenza della vegetazione tra le sedute e il bancone
- [3] presenza di opere d'arte
- [4] luce naturale dall'alto e dalle vetrate laterali
- [5] immediata visibilità dei collegamenti verticali (scale e ascensori)
- [6] doppio corrimano delle scale
- [7] elementi di illuminazione a nastro
- [8] elementi di rivestimento differenziati per soffitti e pavimenti
- [9] fascia di luce sotto il bancone

Motivazioni esigenziali a base delle scelte operate

- ✓ agevolare il paziente (anche in condizioni di disabilità) nel colloquio con il personale
- ✓ agevolare il lavoro del personale al fine di evitare fenomeni di abbagliamento durante l'utilizzo degli strumenti a monitor
- ✓ garantire la privacy visiva del paziente durante le operazioni di colloquio con il personale
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso elementi di distrazione durante i momenti dell'attesa
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso elementi di distrazione durante i momenti dell'attesa
- ✓ ridurre gli errori medici
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso la percezione dell'ambiente esterno
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione per i collegamenti verticali
- ✓ ridurre il carico di lavoro del personale nelle operazioni di comunicazione delle informazioni
- ✓ agevolare l'utente (anche pediatrico) durante la salita
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione
- ✓ agevolare il paziente nell'identificazione degli spazi



L'ingresso alle zone di radioterapia è ben visibile dall'ingresso principale e dal primo punto informativo.

Il bancone di accettazione è posto in maniera baricentrica tra l'attesa e l'ingresso all'area.

Il trattamento materico delle superfici è stato studiato per caratterizzare l'area e renderla ben identificabile e per agevolare il paziente e i familiari a riconoscere il percorso da seguire.

Alle spalle del bancone sono collocati i locali di lavoro degli infermieri, scelta progettuale che permette la riduzione degli spostamenti degli operatori.

Soluzioni progettuali adottate

- [1] bancone posto in maniera baricentrica tra l'ingresso e le attese
- [2] configurazione del bancone
- [3] possibilità di accedere direttamente a spazi interdetti al paziente
- [4] sistema di illuminazione puntuale
- [5] elementi di rivestimento differenziati per soffitti e pavimenti

Motivazioni esigenti a base delle scelte operate

- ✓ facilitare il personale nel controllo degli spazi e dei flussi di persone
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la destinazione
- ✓ agevolare il paziente (anche in condizioni di disabilità) nel colloquio con il personale
- ✓ agevolare il lavoro del personale al fine di evitare fenomeni di abbagliamento durante l'utilizzo degli strumenti a monitor
- ✓ agevolare il personale nello scambio comunicativo tra colleghi
- ✓ garantire privacy visiva e uditiva negli scambi comunicativi tra colleghi
- ✓ agevolare il lavoro del personale al fine di evitare fenomeni di abbagliamento durante l'utilizzo degli strumenti a monitor
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione



La sala d'attesa per i trattamenti radioterapici è collocata tra la postazione di controllo infermieristica e gli spogliatoi per i trattamenti. Questa soluzione rientra nella logica distributiva adottata dai progettisti di collocare gli spazi affini in modo sequenziale in funzione delle attività che il paziente deve svolgere.

È stata posta un particolare attenzione alle relazioni intervisive con l'esterno, agli elementi di distrazione e di rassicurazione, alle finiture, al fine di ricreare un ambiente il più possibile domestico e non istituzionale.

Soluzioni progettuali adottate

- [1] diverse configurazioni delle sedute
- [2] presenza del camino
- [3] sistema lineare di luce a soffitto che guida agli spogliatoi
- [4] luce naturale
- [5] presenza di opere d'arte nel giardino
- [6] verde esterno con patii
- [7] vista delle postazioni di controllo
- [8] vista immediata degli accessi agli spogliatoi

Motivazioni essenziali a base delle scelte operate

- ✓ permettere al paziente e al familiare di scegliere il livello di territorialità
- ✓ agevolare il paziente e il familiare nel richiamo mentale dell'ambiente domestico, non istituzionale
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso la percezione dell'ambiente esterno
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso elementi di distrazione durante l'attesa
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso la percezione dell'ambiente esterno
- ✓ innalzare il senso di rassicurazione del paziente durante l'attesa
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la destinazione



L'accesso ai 2 bunker di radioterapia avviene attraverso un percorso definito, costituito da un punto di accettazione, un'area di attesa e degli spogliatoi filtro che conducono ai due banconi simmetrici mostrati nella foto. Il personale svolge l'attività di controllo dei macchinari e delle attività di radioterapia che si svolgono nei bunker in postazioni aperte, che beneficiano della luce naturale proveniente dall'alto.

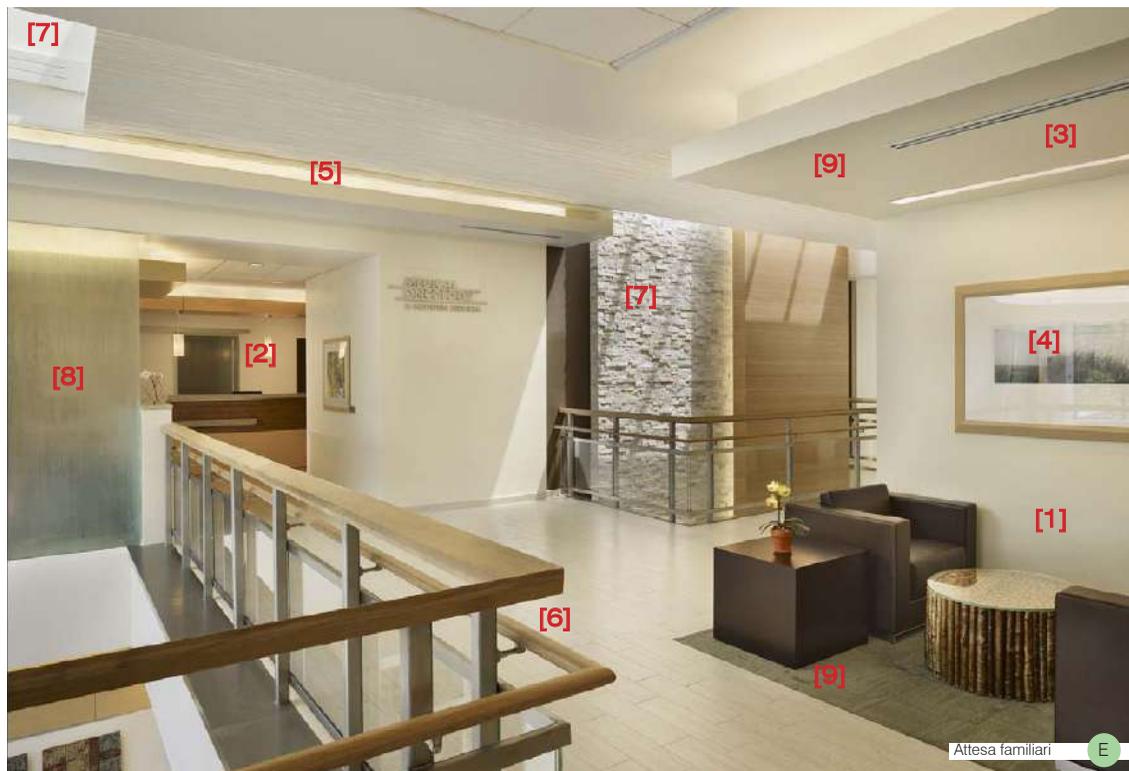
Il grande lucernario che permette alla luce di penetrare dall'alto contribuisce a creare uno spazio confortevole sia per lo staff che per i pazienti.

Soluzioni progettuali adottate

- [1] posizione simmetrica e tipologia delle postazioni di lavoro (banconi)
- [2] schermo di vetro satinato sui banconi
- [3] luce naturale dall'alto attraverso lucernario
- [4] texture differenziate a pavimento
- [5] spogliatoi collocati frontali ai banconi di controllo
- [6] sagome a soffitto e texture a pavimento per evidenziare le postazioni di lavoro

Motivazioni esigenziali a base delle scelte operate

- ✓ evitare al personale fenomeni di claustrofobia
- ✓ agevolare il personale nelle operazioni di controllo sia sui pazienti in trattamento che su quelli in entrata e uscita
- ✓ garantire al personale di essere protetto visivamente durante le operazioni di controllo sui macchinari
- ✓ evitare al paziente fenomeni di claustrofobia
- ✓ ridurre gli errori medici
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione
- ✓ agevolare il personale nelle operazioni di controllo del paziente prima dei trattamenti
- ✓ facilitare il paziente nel riconoscere uno spazio



I progettisti hanno studiato un sistema di attese esterne alle aree di trattamento, in modo da permettere ai familiari di sostare senza interagire visivamente ed emotivamente con l'attività chemioterapica. Per agevolare le operazioni di controllo da parte del personale sanitario, le attese sono posizionate in modo da garantire un contatto visivo diretto; allo stesso tempo questo contribuisce ad alimentare un senso di rassicurazione nei familiari, che possono raggiungere immediatamente lo staff per la richiesta di informazioni.

Soluzioni progettuali adottate

- [1] zona di attesa esterna all'area trattamenti
- [2] controllo visivo del personale nei confronti dei familiari e viceversa
- [3] presenza di dispositivi luminosi e termici dedicati
- [4] presenza di opere d'arte
- [5] elementi di illuminazione artificiale a nastro
- [6] doppio corrimano delle scale
- [7] luce naturale e viste esterne
- [8] pareti divisorie tra le sedute delle attese in vetro satinato
- [9] sagome a soffitto e texture a pavimento per evidenziare le attese

Motivazioni esigenti a base delle scelte operate

- ✓ favorire il benessere psico-emotivo del familiare durante le attese
- ✓ agevolare il personale nelle operazioni di controllo dei flussi e delle attese
- ✓ innalzare il senso di rassicurazione del familiare durante l'attesa
- ✓ permettere l'attesa in condizioni luminose e termiche ottimali
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso elementi di distrazione durante l'attesa
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione
- ✓ agevolare l'utente (anche pediatrico) durante la salita
- ✓ ridurre il carico di stress sul familiare attraverso la percezione dell'ambiente esterno
- ✓ garantire la privacy visiva dei pazienti
- ✓ permettere al personale di controllare visivamente le persone in attesa
- ✓ facilitare il paziente nel riconoscere uno spazio



Particolare attenzione è stata posta da parte dei progettisti nell'articolazione dei sistemi di collegamento verticale e orizzontale in merito alle modalità di segnalazione implicita, realizzata con l'impiego di materiali e finiture particolari, di sistemi di illuminazione naturale e artificiale.

Le aree dei collegamenti verticali sono illuminate da luce naturale che penetra fino al piano terra attraverso una serie di doppi volumi; la presenza dei sistemi di distribuzione verticale è inoltre segnalata da una parete-totem rivestita in legno che collega anche visivamente i due livelli.

Soluzioni progettuali adottate

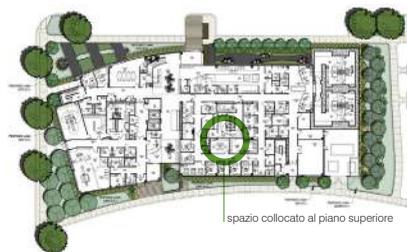
- [1] elementi di rivestimento differenziati per soffitti e pavimenti
- [2] elementi di illuminazione artificiale a nastro
- [3] setto in legno a doppia altezza
- [4] luce naturale dall'alto
- [5] doppio corrimano delle scale
- [6] utilizzo di colori differenti per le pareti
- [7] presenza di opere d'arte
- [8] presenza di vetrate laterali

Motivazioni esigenziali a base delle scelte operate

- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione
- ✓ agevolare il paziente nel trovare la direzione
- ✓ agevolare il paziente ad individuare punti di riferimento
- ✓ massimizzare il benessere psico-emotivo durante gli spostamenti del paziente
- ✓✓ agevolare l'utente (anche pediatrico) durante la salita
- ✓✓ agevolare la percezione dei differenti tipi di aree
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso elementi di distrazione durante l'attesa
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso la percezione dell'ambiente esterno



Ambulatori/trattamenti



L'area per i trattamenti di chemioterapia è collocata al piano superiore ed è articolata in 12 box in open space; di questi 8 sono singoli e 4 collettivi. Ogni box ha la possibilità di vista diretta all'esterno ed è provvisto di un'area per il paziente e il familiare e un'area per la preparazione e lo stoccaggio di materiale per il trattamento chemioterapico. Il controsoffitto è sagomato in modo da permettere la collocazione di punti luce e griglie di aerazione dedicate per ogni box.

Soluzioni progettuali adottate

- [1] box singoli
- [2] box collettivi
- [3] vetri serigrafati con decorazioni che perimetrano il box
- [4] presenza di un banco di lavoro dedicato per ogni box con stoccaggio materiali
- [5] posizione del banco (schermato rispetto al paziente)
- [6] postazione per il familiare
- [7] presenza della televisione nel box singolo
- [8] presenza di dispositivi di regolazione termica e luminosa dedicati per ogni box
- [9] rapporto visivo con l'esterno

Motivazioni essenziali a base delle scelte operate

- ✓ tutelare la privacy visiva del paziente durante la somministrazione dei trattamenti
- ✓ permettere al paziente e al familiare di scegliere il livello di territorialità
- ✓ agevolare il paziente nella condivisione e nella comunicazione verbale durante la somministrazione dei trattamenti
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso l'inibizione della vista diretta sulle operazioni di preparazione dei trattamenti
- ✓ garantire la sicurezza lavorativa del personale durante le operazioni di preparazione dei trattamenti chemioterapici
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso l'inibizione della vista diretta sulle operazioni di preparazione dei trattamenti
- ✓ agevolare il paziente nella condivisione e nella comunicazione verbale durante la somministrazione dei trattamenti
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso la presenza di un supporto psicologico
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso elementi di distrazione durante la somministrazione dei trattamenti
- ✓ consentire al paziente di personalizzare le condizioni climatiche e luminose durante il trattamento
- ✓ ridurre il carico di stress sul paziente attraverso elementi di distrazione

LE INDAGINI DI TIPO DIRETTO

L'analisi "diretta" svolta attraverso diverse tecniche (interviste semi-strutturate e questionari ai pazienti, ai familiari e al personale sanitario, sessioni di osservazione diretta nei diversi reparti ospedalieri, nei servizi di accettazione/informazioni/ritiro referti e nei servizi socio-sanitari) ha avuto come obiettivo quello di ricostruire il quadro delle attività e dei modelli comportamentali dei diversi utenti presenti nelle strutture oggetto di indagine e negli spazi selezionati al fine di contribuire alla completa definizione del quadro esigenziale.

Gli obiettivi specifici hanno riguardato:

- percorso del paziente e del familiare all'interno della struttura (degenza ordinaria, day hospital, ...);
- profili professionali impiegati nelle diverse tipologie di servizi;
- struttura e organizzazione del lavoro del personale sanitario;
- attività svolte e servizi erogati dai vari professionisti sanitari;
- caratteristiche delle unità ambientali, degli arredi e delle attrezzature necessarie per lo svolgimento delle diverse attività;
- caratteristiche delle interazioni fra i vari utenti;
- criticità nello svolgimento delle attività in relazione allo stato psicofisico dei pazienti e dei familiari, e al carico lavorativo fisico, mentale, psico-emotivo e alle condizioni lavorative del personale sanitario;
- aspetti particolarmente significativi in relazione alla soddisfazione lavorativa.

Le indagini sono state svolte nelle regioni Piemonte e Toscana.

Nella Regione Piemonte presso il Centro Oncoematologico Subalpino, della SCU Psiconcologia dell'AOU San Giovanni Battista di Torino (prof. Riccardo Torta), presso la SC Oncologia Medica dell'A.O. San Giovanni Antica Sede di Torino; il reparto SSCVD del Dipartimento di Chirurgia (dott. Claudio Zanon); l'IRCC di Candiolo Torino; le Case della Salute localizzate nei Comuni di Torino, Vigone, Varallo, Boves, Demonte, Fossano, Nizza Monferrato, Castellazzo Bormida, Carignano.

Nella Regione Toscana le indagini sono state svolte presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, Dipartimento di oncologia (prof. Luigi Cataliotti) in particolare nell'U.O. di Oncologia Medica (prof. Francesco di Costanzo), nella SOD di Radioterapia (prof. Giampaolo Biti), nella U.O. di Chirurgia Generale (prof. Renato Moretti), nell'U.O. di Medicina Interna (dott. Carlo Nozzoli). Inoltre le indagini dirette hanno riguardato il Centro Oncologico Fiorentino (dott. Andrea Vannucci), l'Azienda Sanitaria di Firenze, Poliambulatorio Morgagni (dott. Lorenzo Boggiani) e la Casa della Salute di Empoli (dott. Antonio Fanciullacci).

L'indagine nelle Case della Salute ha permesso di evidenziare, essendo le strutture ad oggi ancora sperimentali e generalmente collocate in edifici riqualificati, innanzitutto come siano molto diverse tra loro per quanto concerne le attività-funzioni svolte e come, conseguentemente, si diversificano gli spazi in esse ubicati.

In parallelo all'indagine sistematica svolta presso le due Regioni è stato condotto un studio pilota (vedi finestra) che ha ulteriormente arricchito lo spettro conoscitivo in base al quale è stato delineato il quadro esigenziale rapportato al requisito di umanizzazione.

ADEGUATEZZA DEGLI AMBIENTI OSPEDALIERI IN RAPPORTO AI BISOGNI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO STUDIO PILOTA

Il progredire della scienza medica ha consentito, in questo ultimo decennio, un aumento della durata di vita nel paziente oncologico: miglioramento al quale non sempre ha fatto seguito un parallelo miglioramento della qualità di vita.

In tal senso molti sono gli studi recenti, in particolar modo nel campo del benessere psicologico o della qualità percepita nelle cure. Un ambito particolare nel quale la letteratura, soprattutto in ambito clinico, è ancora poco estesa, riguarda l'impatto dell'ambiente inteso come l'effetto indotto dalle strutture ed arredi ospedalieri, sugli aspetti emozionali quali componenti della qualità di vita e qualità nelle cure.

Dal punto di vista psicologico l'ambiente veicola importanti messaggi non verbali che possono essere interpretati in senso positivo o negativo dai pazienti e dallo staff curante e avere, di conseguenza, delle ricadute sugli esiti delle cure stesse.

Gli studi più interessanti sono stati compiuti nell'ambito della medicina palliativa (Rowlands 2008), e hanno preso in considerazione il ruolo dell'ambiente di cura nel promuovere il benessere del paziente terminale permettendo una condivisione del percorso di malattia con la famiglia e la continuità con l'ambiente domestico; sono state inoltre studiate singole problematiche strutturali e di arredo quali il diverso effetto dell'utilizzo di camere singole o di camere doppie sul miglioramento della comunicazione medico-paziente (van de Glind, 2007), o gli effetti che tale opzione può avere sul giudizio complessivo, da parte di pazienti e parenti, di efficienza dell'équipe curante; ancora sono stati studiati modelli specifici di design (Brown e Gallant, 2006) o l'inclusione negli ambienti ospedalieri di elementi ambientali, quali le piante (Park e Mattson, 2009) giudicati come variabili incidenti sugli outcomes clinici, sia in popolazioni lungo degenti quanto in strutture chirurgiche.

Benché non esenti da criticità, tali studi suggeriscono che la presenza di un numero maggiore di stanze singole riduce la percezione del rumore, le infezioni e migliora gli aspetti legati alla privacy ed alla confidenzialità dei rapporti medico-paziente; il contatto visivo con la natura può migliorare lo stress e ridurre il dolore, il migliorare gli accessi ai luoghi deputati al supporto sociale favorisce il recupero fisico e psichico e l'aderenza alle cure e una comunicazione facilitata, attraverso le strutture adatte, con lo staff riduce l'ansia nel paziente e nella famiglia, soprattutto se abbinato all'utilizzo delle stanze singole.

Sulla base di tali premesse, per meglio definire le esigenze emotive dei pazienti riguardo ai connotati degli ambienti, è stata svolta una ricerca preliminare della quale sono qui rappresentati gli obiettivi, le metodiche e i risultati.

Obiettivo

Rilevazione della relazione tra caratteristiche architettoniche degli ambienti di cura, le esigenze psicoemotive e le componenti emozionali di ansia e depressione in pazienti oncologici.

Caratteristiche del campione

- 45 pazienti (m 15 f 30) individuati presso le strutture ambulatoriali del Centro Oncoematologico Subalpino, della SCU Psiconcologia dell'AOU San Giovanni Battista di Torino e presso la SC Oncologia Medica dell'A.O. San Giovanni Antica Sede di Torino;
- di età compresa fra i 18 ed i 65 anni;
- con diagnosi di tumore da almeno due anni;
- non malattia in atto (pazienti in follow-up);
- pregresse esperienze di ospedalizzazione in ambito oncologico (reparto di degenza e day hospital);
- condizioni psicofisiche buone;
- valore del Karnofsky Performance Status test > 80.

Sono stati esclusi dalla ricerca pazienti con metastasi cerebrali e patologie psichiatriche.

Altre caratteristiche del campione:

Stato Civile

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Celibe/ Nubile	3	6,7	6,7	6,7
	Sposato	38	84,4	84,4	91,1
	Separato	3	6,7	6,7	97,8
	Vedovo	1	2,2	2,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Livello scolastico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Scuola media inferiore	18	40,0	40,0	40,0
	Scuola media superiore	23	51,1	51,1	91,1
	Laurea	4	8,9	8,9	100,0
	Total	45	100,0	100	

Situazione professionale

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lavoratore	16	35,6	35,6	35,6
	Disoccupato	8	17,8	17,8	53,3
	Pensionato	19	42,2	42,2	95,6
	In malattia	2	4,4	4,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Metodologia

1. Acquisizione del valore del Karnofsky Performance Status test

Per l'inclusione nello studio è stato acquisito dalla cartella clinica il valore del Karnofsky Performance Status, test compilato dall'oncologo, che valuta lo stato funzionale del paziente mediante il rilievo della sua partecipazione ad attività quotidiane di tipo sociale e lavorativo.

2. Somministrazione del questionario per immagini

I questionari sono stati condotti attraverso la tecnica delle immagini: sono state presentate fotografie in bianco e nero formato 10x15 di ambienti di cura; le fotografie rappresentano i 3 ambienti maggiormente funzionali al benessere psicofisico del paziente stesso e della famiglia e particolarmente significativi in un percorso oncologico tipo:

- camera di day hospital.
- camera di degenza;
- sala di attesa (DH e ambulatori).

Per ognuno degli ambienti scelti sono state proposte tre immagini caratterizzate da elementi architettonici innovativi finalizzati al benessere del paziente ed una immagine di un ambiente tradizionale (12 fotografie in totale). È stato chiesto al soggetto di disporre le immagini in ordine di preferenza, da quella ritenuta più adatta alle esigenze del paziente a quella meno adatta. Di seguito è stato chiesto al soggetto di motivare la prima preferenza per ogni ambiente (riportando le risposte sul questionario). Nelle immagini proposte variano 2 aspetti architettonico-ambientali (per esempio 'modello spaziale', 'vista') proponendo per ognuno due opzioni progettuali corrispondenti a differenti esigenze psicoemotive (per esempio 'modello spaziale aperto - condivisione', 'modello spaziale chiuso - privacy'). Tale esigenze sono state ipotizzate sulla base della letteratura psico oncologica, che rileva specifici tratti di adattamento alla malattia, in relazione ai diversi bisogni e alle diverse fasi della malattia e della cura (Holland 2010). Le immagini selezionate indagano tutte le possibili combinazioni di fattori.

Unità spaziale	Aspetti architettonico-ambientali	Opzioni progettuali	Esigenze psico-emotive
Camera di Day Hospital	1. MODELLO SPAZIALE	1A. Modello spaziale aperto (no stanze)	Condivisione tra pazienti
		1B. Modello spaziale chiuso (stanze)	Privacy
	2. VISTA	2A. Vista verso l'esterno	Disimpegno mentale / Evitamento (avoidance, meccanismo di difesa dagli elementi ansiogeni)
		2B. Vista verso il personale	Accudimento (care)

Immagini e combinazione delle opzioni progettuali



1A+2A



1A+2B



1B+2A



1B+2B

Unità spaziale	Aspetti architettonico-ambientali	Opzioni progettuali	Esigenze psico-emotive
Camera di degenza	1. NUMERO DI LETTI PER CAMERA	1A. Camera singola	Privacy
		1B. Camera doppia	Condivisione tra pazienti
	2. ASPETTO DELLA CAMERA	2A. Camera domestico-alberghiera (low-tech)	Continuità con l'ambiente domestico
		2B. Camera high-tech	Competenza clinica/Sicurezza

Immagini e combinazione delle opzioni progettuali



1A+2A



1A+2B



1B+2A



1B+2B

Unità spaziale	Aspetti architettonico-ambientali	Opzioni progettuali	Esigenze psico-emotive
Sala d'attesa	1. ORGANIZZAZIONE MORFOLOGICO-DISTRIBUTIVA	1A. Organizzazione morfologico-distributiva aperta (unico spazio, assenza elementi di separazione, sedute vis a vis o in cerchio,...)	Condivisione pazienti, personale, familiari
		1B. Organizzazione morfologico-distributiva chiusa (ambienti di dimensioni ridotte, presenza di elementi di separazione dello spazio,...)	Separazione/Protezione
	2. RELAZIONE VISIVA CON L'INTORNO	2A. Relazione visiva con altre unità spaziali	Controllo sull'ambiente
		2B. Assenza di relazione visiva con altre unità spaziali	Privacy

Immagini e combinazione delle opzioni progettuali



1A+2A



1A+2B



1B+2A



1B+2B

3. Acquisizione dati anagrafici

Sono stati acquisiti dati generali sul paziente e/o familiare relativi a: età sesso, luogo di residenza, stato civile, livello scolastico, situazione professionale.

4. Somministrazione del questionario HADS

È stata infine somministrata una autovalutazione di screening per patologia ansioso-depressiva, la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond e Snaith, 1983). Tale scala non propone items inerenti i classici sintomi somatici dell'ansia e della depressione (p. es: cefalea, astenia, perdita della libido, etc.) in quanto proposta per pazienti con patologia organica in atto. La scala è composta di 14 items (7 inerenti all'ansia generalizzata, 7 alla depressione); al paziente è stato chiesto di valutare i vari sintomi su un range da 0 a 3 (tempo medio di somministrazione: 10 minuti). Anche recentemente è stata confermata la correlazione inversa fra il punteggio totale dell'HADS ed il funzionamento emozionale dei pazienti, valutato con le scale di qualità di vita, a confermare quanto ansia, e soprattutto depressione, debbano essere tenuti in conto per non aggiungere una variabile peggiorativa alla qualità di vita dei pazienti oncologici (Mystakidou et al., 2005).

Tale test è fra i più diffusi, per rapidità e semplicità di esecuzione, nella valutazione dei pazienti ansiosi e/o depressi con comorbidità organica, fra cui i pazienti oncologici. Risulta uno strumento molto valido per uno screening di massa, utilizzando un cut-off di 13, sopra il quale si impone un ulteriore approfondimento diagnostico. I livelli di ansia e depressione si possono suddividere in: Assente (0-7), Lieve (8-10), Moderato (11-15), Grave (16-21).

5. Elaborazione dati

I dati sono stati analizzati attraverso il programma statistico SPSS 14.0.

Risultati

Camera di Day Hospital

Risulta una decisa preferenza (55,6%) per la camera A: le motivazioni fornite dalla maggioranza dei pazienti riguardano la presenza e la gradevolezza di una vista esterna (35,6%), la possibilità di avere della privacy durante la terapia (15,6%) ed il senso di tranquillità che comunica l'ambiente.

Camera di Day Hospital

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A	25	55,6	55,6	55,6
	B	3	6,7	6,7	62,2
	C	6	13,3	13,3	75,6
	D	11	24,4	24,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Motivazione_CDH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vista esterna	16	35,6	35,6	35,6
	Distrazione dalla malattia	1	2,2	2,2	37,8
	Compagnia	4	8,9	8,9	46,7
	Per niente ospedaliero	2	4,4	4,4	51,1
	Spaziosa	4	8,9	8,9	60,0
	Privacy	7	15,6	15,6	75,6
	tranquilla	5	11,1	11,1	86,7
	ordinata	1	2,2	2,2	88,9
	familiare	2	4,4	4,4	93,3
	luminosa	2	4,4	4,4	97,8
	sotto controllo	1	2,2	2,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Camera di degenza

Risulta ancora una volta una decisa preferenza (46,7%) per la camera A: le motivazioni di maggior peso per questa scelta sono l'aspetto confortevole (24,4%) e familiare della stanza (24,4%), il suggerimento, fornito dalla presenza del salottino della possibilità di avere compagnia (15,6%) e la poca risonanza "ospedaliera" degli arredi (15,6%).

Camera di degenza

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A	21	46,7	46,7	46,7
	B	11	24,4	24,4	71,1
	C	10	22,2	22,2	93,3
	D	3	6,7	6,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Motivazione_CDH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Confortevole	11	24,4	24,4	24,4
	Familiare	11	24,4	24,4	48,9
	Compagnia	7	15,6	15,6	64,4
	Per niente ospedaliero	7	15,6	15,6	80,0
	camera singola	4	8,9	8,9	88,9
	Spaziosa	1	2,2	2,2	91,1
	Luminosa	3	6,7	6,7	97,8
	Semplice	1	2,2	2,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Sala d'attesa

Ottiene una buona preferenza la sala D (42,2%): le motivazioni di questa scelta vengono ricondotte al fatto che evochi un ambiente familiare (20%) e sia vissuta come accogliente (11,1%) e spaziosa (15,6%).

Sala d'attesa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A	14	31,1	31,1	31,1
	B	7	15,6	15,6	46,7
	C	5	11,1	11,1	57,8
	D	19	42,2	42,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Motivazione_SA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Accogliente	5	11,1	11,1	11,1
	Ordinata	1	2,2	2,2	13,3
	Familiare	9	20,0	20,0	33,3
	Spaziosa	7	15,6	15,6	48,9
	Per niente ospedaliero	2	4,4	4,4	53,3
	Arredamento caldo	2	4,4	4,4	57,8
	Raccolta	3	6,7	6,7	64,4
	Compagnia	5	11,1	11,1	75,6
	Luminosa	4	8,9	8,9	84,4
	Visione reception	1	2,2	2,2	86,7
	Vista esterna	3	6,7	6,7	93,3
	Privacy	3	6,7	6,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Nella popolazione oggetto della ricerca non sono stati rilevati valori medi elevati di ansia e depressione (Had ansia $7,44 \pm 4,1$; Had depressione $7,24 \pm 4,4$). L'analisi della distribuzione del campione suggerisce tuttavia come vi sia presenza di ansia e depressione lieve o moderata nel 20% della popolazione.

Multiple Comparisons Hads_Ansia Bonferroni

(I) Camera di Degenza	(J) Camera di Degenza	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
A	B	3,879	1,448	,064	-,14	7,89
	C	2,833	1,495	,391	-1,31	6,98
	D	4,667	2,401	,353	-1,99	11,32
B	A	-3,879	1,448	,064	-7,89	,14
	C	-1,045	1,700	1,000	-5,76	3,67
	D	,788	2,534	1,000	-6,24	7,81
C	A	-2,833	1,495	,391	-6,98	1,31
	B	1,045	1,700	1,000	-3,67	5,76
	D	1,833	2,561	1,000	-5,27	8,93
D	A	-4,667	2,401	,353	-11,32	1,99
	B	-,788	2,534	1,000	-7,81	6,24
	C	-1,833	2,561	1,000	-8,93	5,27

Commento

Le opzioni progettuali fornite ai pazienti, come già specificato sopra, corrispondevano ad esigenze psicoemotive, scelte sulla base delle poche ricerche nel campo specifico e della più ampia letteratura sulla clinica nel paziente psico-oncologico. Vengono di seguito commentate le scelte operate dai pazienti e i dati relativi ai parametri emozionali di ansia e depressione.

La preferenza accordata alla **camera di Day Hospital** denominata con A (modello spaziale aperto) è principalmente legata alle esigenze psicoemotive di incremento dei meccanismi di difesa contro lo stress quali il disimpegno mentale (rinuncia ad affrontare la situazione) o l'evitamento, realizzate attraverso la proposta di una vista esterna.

Tali esigenze si evincono dalle motivazioni fornite dalla scelta; diversamente dall'ipotesi di partenza anche un modello aperto può suggestionare il

paziente a vivere in modo positivo una privacy data non tanto dalla presenza di pareti, quanto dalla possibilità di isolarsi dal contesto (posizione delle poltrone). Non sono state mai citate, per quanto riguarda il contesto del Day Hospital, esigenze di condivisione fra pazienti e di conseguenti spazi che consentano tale condivisione.

La **camera di degenza** è stata scelta confermando le ipotesi iniziali, sulla preferenza per una camera che garantisca la privacy e che, nello stesso tempo rappresenti la continuità con l'ambiente domestico, mentre solo il 20% circa dei pazienti opta per un modello suggestivo di competenza clinica e sicurezza.

La continuità con l'ambiente domestico e l'esigenza di privacy sono anche alla base della scelta della **sala di attesa** dove prevalgono istanze di separazione e protezione su quelle di condivisione e di controllo evocate da ambienti più aperti.

Il dato relativo al **lieve incremento dei valori di ansia** nei soggetti che scelgono la soluzione di degenza A (stanza singola) che garantisce maggiore privacy e un ambiente condivisibile con la famiglia non ha riscontro nella precedente letteratura, prevalentemente basata su studi americani non conclusivi rispetto alle motivazioni di scelta stanza singola/stanza doppia.

Anche tale incremento potrebbe essere collegato ad un maggior bisogno di protezione e difesa nei confronti della malattia, esigenza realizzata idealmente attraverso la ricerca del supporto all'interno della famiglia, piuttosto che attraverso l'apertura e la fiducia nello staff curante, o attraverso la condivisione con il gruppo degli altri pazienti, indipendentemente dalle caratteristiche dei luoghi di cura. Questo potrebbe spiegare la necessità, espressa in generale da tutti i pazienti nella ricerca, di ambienti che maggiormente evocino il senso di protezione attraverso separazioni e chiusure, piuttosto che ambienti molto aperti e condivisi.

Il basso livello di ansia della popolazione dello studio sembrerebbe dunque collegato, in questa ricerca preliminare, ad ambienti che potremmo definire "protetti" anche in senso psicologico, poco definiti in senso tecnico, ma ampiamente suggestivi dell'utilizzo delle risorse interne dei pazienti stessi e della famiglia, ed in grado di garantire un buon contesto comunicativo équipe/paziente.

Bibliografia

Brown K.K., Gallant D., *Impacting patient outcomes through design*, Crit Care Nurs Q 29:4:326-341, 2006.

Holland J.C., Breitbart W., Jacobsen P.B., Lederberg M., Loscalzo M.J., McCorkle MS, *Psycho-oncology*, Oxford University Press 2010.

Mystakidou K., Rosenfeld B., Parpa E., Katsouda E., Tsilika E., Galanos A., Vlahos L., *Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain*, Gen Hosp Psychiatry 27(4):258-62, 2005.

Park S.H., Mattson R.H., *Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery*, J Altern Complement Med 15(9):975-80, 2009.

Rowlands J., Noble S., *How does the environment impact the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design*, Palliat Med 22:768, 2008.

Swan J.E., Lynne D.R., Hutton J.D., *Do appealing hospital rooms increase patient evaluation of physicians, nurses, and hospital services?* Health Care Manage Rev 28(3), 254-264, 2003.

Torta R, Mussa A. (Eds), *PsicOncologia. Il modello biopsicosociale*, II edizione-Parte Generale, Centro Scientifico Editore, Torino, 2007.

Van der Glind I, *Do patients in hospital benefit from single rooms?*, A literature review, Health Policy 84, 153-161, 2009.

Zigmond A.S., Snaith R.P., *The hospital anxiety and depression scale*, Acta Psychiatr Scand. 67(6):361-70, 1983.

GLI UTENTI E IL LORO PROFILO

Generalmente con quanto previsto dalla teoria esigenziale prestazionale, per definire i connotati degli spazi che meglio garantissero agli utenti la condizione di soddisfacimento nei riguardi del requisito di umanizzazione, si è reso necessario definire il profilo esigenziale di ciascuno di essi.

Tali profili sono stati articolati nel modo qui di seguito illustrato.

IL PAZIENTE E IL FAMILIARE

Nella definizione del profilo relativo ai pazienti e ai familiari devono essere considerati sia gli aspetti che li connotano come “persone”, quali quelli di natura individuale (l’età, il carattere, le preferenze, la presenza di disabilità, ...), culturale (abitudini alimentari, caratteristiche di espressione di socialità, modi di utilizzo degli spazi, lingua parlata, peculiari significati simbolici, ...), sociale (classe sociale di appartenenza, livello di scolarizzazione, ...), spirituale (eventuale credo religioso, ...), sia quelli specifici connessi alla condizione di utente della struttura sanitaria.

Per quanto riguarda questo secondo ambito, il profilo del paziente è correlato al tipo di patologia da cui è affetto e alla sua peculiare esperienza di ospedalizzazione o, più in generale, di utilizzo di servizi socio-sanitari. A questo proposito sono determinanti le condizioni fisiche (immobilità a letto, effetti dovuti all’assunzione di farmaci, dolore, particolare vulnerabilità alle infezioni nosocomiali, ...) e le condizioni psico-emotive (stato d’ansia, immuno-depressivo) indotte dalla patologia.

Per quanto concerne i familiari gli aspetti che determinano le richieste esigenziali sono connessi, oltre che alle caratteristiche individuali, culturali, sociali, etc., della persona, al tipo di patologia da cui è affetto il paziente da assistere e alla specifica esperienza di ospedalizzazione o, più in generale, di utilizzo di servizi socio-sanitari. Risultano pertanto significativi, il tipo di supporto richiesto dalla patologia da cui è affetto il paziente (interazione con attrezzature complesse, bisogno di compagnia durante periodi di immobilità a letto, ...) e le policy del reparto in cui si trova ricoverato (orari di visita, possibilità di fermarsi durante le ore notturne, etc.).

I tratti connotanti le categorie di utenti “pazienti” sono riferibili a differenti macro tipologie in relazione alla struttura sanitaria in cui sono ricoverati o di cui utilizzano i servizi.

Il profilo del **paziente** ricoverato in **Struttura Complessa di Medicina Generale**, presenta specificità – complesse ed eterogenee – legate alle diverse patologie in essa curate.

In particolare si tratta di:

- pazienti affetti da patologie internistiche;
- pazienti affetti da polipatologia in relazione al cambiamento del quadro epidemiologico profondamente mutato negli ultimi anni per l’aumento dell’età media dei ricoverati;
- pazienti non gestibili a domicilio con disturbi di varia natura accompagnati da



HENRI JULES JEAN
GEOFFROY, VISITING DAY
AT THE HOSPITAL, 1889

alterazioni di esami di laboratorio o strumentali la cui origine deve essere determinata;

- pazienti affetti da patologie più specialistiche prese in carico dalla specifica Struttura Complessa quali, per esempio, malattie reumatiche, malattie ematologiche benigne e in tutti i casi in cui, nell'ospedale, non ci sono reparti specialistici;
- pazienti che necessitano di ricoveri programmati: per esempio, pazienti portatori di problematiche legate ai diversi stati di uso, abuso e dipendenza da sostanze (alcol, droghe, tabagismo) e da comportamenti compulsivi.

Il **paziente della Struttura Complessa di Oncologia**, presenta un profilo riferibile al modello biopsicosociale.

Il modello biopsicosociale rappresenta le correlazioni tra i diversi fattori che concorrono contestualmente alla patogenesi di un disturbo, a livello somatico, psichico e a livello relazionale-spaziale (Torta, 2007)³.

Tra i disturbi prevalenti si evidenziano: fatigue, dolore fisico, alterazioni metabolico-nutrizionali, alterazioni del sistema immunitario, depressione, ansia, fobia, difficoltà nei rapporti relazionali (incertezza, isolamento, vulnerabilità, perdita di controllo della propria vita).

Il **familiare-accompagnatore** è colui che si prende cura del paziente per necessità, perché ha più tempo libero, perché è il parente più prossimo o perché ha il carattere più forte; generalmente si tratta di coniugi o figli e, per quanto riguarda l'età, di persone in età adulta, conviventi e non con il malato. Tra gli accompagnatori-visitatori possono esserci anche familiari con età inferiore ai 18 anni, che non svolgono un ruolo di caregiver, ma sono da tenersi in considerazione per gli effetti psicologici positivi indotti sul paziente e per le loro specifiche caratteristiche.

Per quanto riguarda soprattutto la **Struttura Complessa di Oncologia**, bisogna tener conto del fatto che nel caso di un paziente oncologico si instaurano con i familiari relazioni emozionali molto intense e maggiore è la necessità di un forte supporto assistenziale e psicologico.

Diversi studi hanno definito la patologia oncologica come malattia familiare (Torta, 2007)⁴, dal momento che l'impatto della malattia ha forti ripercussioni sulle relazioni e sull'equilibrio della struttura familiare.

È documentato che il familiare che assiste un paziente oncologico, in fase avanzata di malattia, che presenta disturbi di tipo psicologici, quali ansia o depressione, dimostra un incremento del rischio di sviluppare un analogo disturbo emozionale (Bambauer et al., 2006; cit. in Torta, 2007)⁵. Nel familiare sono identificabili delle fasi di reazione alla diagnosi di cancro, spesso complementari a quelle individuate per il paziente, che concernono l'ambito della morte di cui occorre tener conto nella caratterizzazione del profilo.

Il **paziente** nella **Casa della Salute** presenta oltre alle caratteristiche di natura individuale culturale, spirituale e sociale anche caratteristiche legate alle diverse motivazioni per cui si rivolge alla struttura, che sono molto disomogenee tra loro.

Nel delineare le caratteristiche del paziente tipo occorre tenere presente che l'utente della Casa della Salute è un soggetto in 'transito', ossia, si rivolge alla struttura per prestazioni di natura temporanea, saltuaria e/o periodica, talvolta reiterata nel tempo, senza essere degente. Può rivolgersi alla struttura per un servizio di tipo sanitario in condizioni di salute buona, quindi solo per accertamenti periodici (prevenzione e percorsi specifici) o in stato di salute compromesso da malattia per visite, anche specialistiche, oltre che per un servizio di primo intervento offerto con continuità nelle 24 ore. Inoltre può necessitare di visite specifiche relative a disturbi legati alla sfera sociale, anche con continuità assistenziale e completa presa in carico sotto questo profilo. Infine un'utente si può rivolgere alla Casa della Salute per svolgere pratiche di tipo burocratico-sanitario.

Per quanto concerne gli aspetti connessi con l'età, in particolare, occorre tenere presente che le previsioni stimano che nei prossimi decenni oltre 1/3 della popolazione italiana avrà un'età superiore ai 65 anni e, quindi, le malattie croniche e/o a carattere degenerativo saranno sempre più frequenti e rappresenteranno l'80% delle malattie della popolazione italiana.

Le principali problematiche croniche, che sono caratterizzate da una durata lunga e indefinita, con diagnosi e possibilità di guarigione spesso incerte, comprendono quelle non infettive (diabete, cardiopatie, pneumopatie, insufficienze renali, ...), infettive (HIV, epatiti), disturbi mentali, danni anatomici (lesioni sensoriali, amputazioni, ...). Il trattamento del paziente con malattie croniche è complesso e si basa su molteplici fattori, non solo di carattere clinico, ma anche sociale, infermieristico, educativo e partecipativo che coinvolge il paziente, i familiari e la comunità nel suo insieme. Sono generalmente necessarie terapie personalizzate, un continuo monitoraggio delle condizioni cliniche e un controllo farmacologico attuato attraverso periodici accertamenti. Inoltre i possibili interventi non sono decisivi ed hanno spesso diversi effetti collaterali.

È importante considerare le caratteristiche specifiche e le esigenze particolari dei pazienti in età pediatrica a cui sono rivolti alcuni dei servizi della Casa della Salute.

I bambini hanno caratteristiche specifiche sia fisiche (altezza, movimentazione su

carrozze) che di natura psicologica (paure, necessità particolari di intrattenimento come il gioco) che devono essere considerate con particolare attenzione.

Il familiare o accompagnatore oltre ad avere le caratteristiche individuali (culturali, sociali, ...) espresse per gli altri utenti, generalmente è in età adulta e svolge un'attività di assistenza al paziente. Non sempre accompagna il paziente, ad esclusione del caso in cui il paziente sia in età pediatrica o avanzata, o abbia difficoltà fisiche nello spostamento o di carattere psicologico.

IL PERSONALE SANITARIO

Il personale sanitario costituisce una categoria di utenti che comprende diverse tipologie di professionisti: personale medico, personale infermieristico, personale tecnico, operatori socio-sanitari. Nella definizione del profilo relativo al personale sanitario devono essere considerati due ambiti:

- il primo si riferisce alla 'persona', ed è mirato a descrivere le caratteristiche culturali, sociali, individuali etc. che, su base statistica, possono ritenersi generalizzabili al caso della categoria di utenti rappresentanti dallo staff sanitario. Questo livello di descrizione prescinde dallo specifico ambito sanitario nel quale il personale presta servizio;
- il secondo si riferisce al personale in quanto 'lavoratore in ambito socio-sanitario'; nella definizione del suo profilo risultano quali elementi di connotazione specifica le condizioni lavorative caratteristiche dell'unità o della struttura dove presta servizio.
- è sempre necessario, inoltre, considerare che la struttura sanitaria costituisce, per il personale sanitario, l'ambiente di lavoro.

Sulla base di documenti ufficiali della Comunità Europea⁶, dati statistici elaborati dall'Osservatorio della Organizzazione Mondiale della Sanità e dati del Ministero della Salute gli elementi caratterizzanti sono l'incremento dell'età media del personale, il fenomeno della femminilizzazione del SSN, che apre a nuove esigenze, il fenomeno dell'immigrazione sia da altri paesi della comunità europea sia da altri paesi del mondo (European Migration Netiwor, 2006)⁷, che introduce nell'ambito dei lavoratori sanitari la tematica della multiculturalità con i suoi riflessi quali quelli, per esempio, nell'ambito della religiosità/spiritualità.

Per il **personale occupato nella struttura di oncologia**, i principali elementi connotanti riguardano:

- l'alto carico lavorativo determinato dalla crescente complessità dei casi clinici oncologici e dei trattamenti, dall'aumento di pazienti oncologici anziani a seguito di un allungamento medio della durata della vita che richiedono più complessi interventi assistenziali;
- la presenza di specifici rischi occupazionali quali quelli connessi con l'utilizzo di farmaci antitumorali e di trattamenti radianti;
- gli alti livelli emotivi a cui sono sottoposti, dovuti al contatto con persone molto malate o in fin di vita, al ripetersi di eventi luttuosi, al dover comunicare notizie infauste ai pazienti.

Il **personale occupato nella struttura di medicina generale** è, invece, principalmente caratterizzato da:



THOMAS HEAKINS,
AGNEW CLINIC, 1889

- l'alto carico lavorativo determinato dall'estrema varietà di patologie dei pazienti che vengono ricoverati e che sono caratterizzati da una ampia gamma di patologie e, quindi, di interventi assistenziali;
- l'alto rischio di contrarre infezioni.

Per il **personale occupato nella Casa della Salute** i principali elementi connotanti concernono:

- l'alto carico lavorativo, per il personale di accettazione/informazioni, il personale medico e infermieristico, connesso con gli intensi flussi di pazienti che nell'arco della giornata fruiscono dei servizi di cure primarie;
- la maggiore incidenza del rischio di aggressioni fisiche per il personale di accettazione, il personale medico e gli operatori che si occupano di situazioni di disagio;
- la rilevanza della stimolazione emotiva per gli operatori socio-assistenziali che lavorano con persone in condizioni di disagio di varia natura.

NOTE

1 Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 Riordino della disciplina in materia sanitaria.

2 "Un New Deal della Salute – Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini", Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati – 27 giugno 2006 (<http://www.salute.gov.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=331&sub=1&lang=it>).

3 Torta, R., Mussa, A., *Psiconcologia, il modello biopsicosociale, parte generale,*

Centro Scientifico Editore, Torino 2007, p. 2.

4 Torta, R., Mussa, A., *Psiconcologia, il modello biopsicosociale, parte generale,* Centro Scientifico Editore, Torino 2007, p. 112.

5 Cfr. nota precedente.

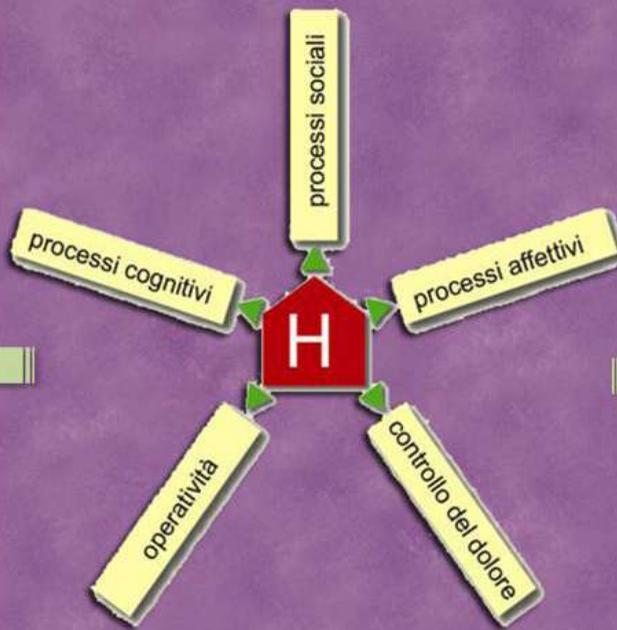
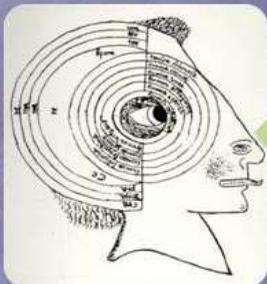
6 Commissione delle Comunità Europee, *Libro Verde relativo al personale sanitario europeo*, Bruxelles, 10.12.2008.

7 IDOS – EMN National Contact Point, *Managed Migration and the Labour Market. The Health Sector,* Roma, 2006.

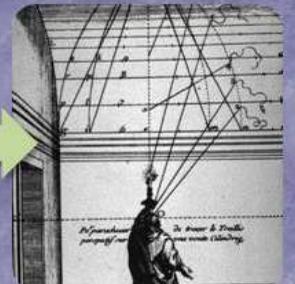
3

Il quadro esigenziale

CARATTERISTICHE
PERCETTIVO-SENSORIALI
DELL' AMBIENTE



CARATTERISTICHE
SPAZIALI-FUNZIONALI
DELL' AMBIENTE



3

Il quadro
esigenziale

IL PAZIENTE E IL FAMILIARE: LE ESIGENZE DI UMANIZZAZIONE

84

IL QUADRO ESIGENZIALE

Sulla base della definizione dei profili degli utenti, delle attività e, quindi, dei percorsi all'interno delle singole strutture prese in considerazione, è stato definito l'insieme delle esigenze che gli utenti esprimono.

Il quadro esigenziale relativo all'umanizzazione fa riferimento alle classi esigenziali specifiche di:



BENESSERE PSICO-EMOTIVO



BENESSERE AMBIENTALE



FRUIBILITÀ



SICUREZZA



BENESSERE LAVORATIVO



BENESSERE OCCUPAZIONALE



Il benessere psico-emotivo è connesso alla positiva reazione psicologica ed emotiva dell'individuo in relazione alle condizioni endogene, caratteristiche proprie della sua unicità e specificità, ed esogene, caratteristiche dell'ambiente circostante.

Il benessere psico-emotivo è declinato come necessità di:

- **PRIVACY**, esigenza di intimità, che corrisponde al bisogno di “non essere guardati”, e “non essere ascoltati”, in particolare durante i colloqui con il personale sanitario e i famigliari, le visite e i trattamenti terapeutici;
- **CONCENTRAZIONE**, esigenza di raccoglimento e riflessione;
- **CONDIVISIONE**, esigenza di interazione sociale con gli altri utenti e di confronto della propria esperienza con altri pazienti/familiari. Sebbene l'assenza di privacy possa creare condizioni di stress, è altrettanto vero che l'eccesso di privacy può incrementare la tendenza all'isolamento di alcuni malati;
- **CONTINUITÀ CON L'AMBIENTE DOMESTICO**, esigenza legata alle condizioni di comfort di tipo domestico-alberghiero, che riducono l'aspetto istituzionale degli ambienti e che consentono il mantenimento delle abitudini di vita personali dei pazienti diminuendo il senso di estraneità e di diffidenza nei confronti del contesto ospedaliero, contribuiscono a fornire un senso di familiarità e di benessere;
- **DISIMPEGNO MENTALE**, esigenza di alleviare situazioni stressanti (avoidance), favorire la distrazione attraverso la percezione di elementi rigenerativi (forme d'arte, visuali, ... musica, ...);
- **ACCUDIMENTO**, esigenza di assistenza e di supporto, finalizzata a contrastare stati di ansia e depressione e, parallelamente, consentire a terzi la presa in carico globale, dalle problematiche corporee a quelle emozionali;
- **ASSISTENZA DA PARTE DI UN FAMILIARE**, esigenza comune soprattutto ai pazienti che necessitano di sostegno fisico e/o di supporto sociale nel periodo di ospedalizzazione o, comunque, di fruizione dei servizi sanitari e sociali. I pazienti aventi un supporto sociale hanno una ripresa più rapida, sono dimessi molto più rapidamente e utilizzano meno antidolorifici;
- **SUPPORTO PSICOLOGICO**, esigenza di aiuto psicologico da parte di personale specializzato per superare stati di ansia, aggressività, rifiuto, depressione che l'esperienza di ospedalizzazione può far insorgere sia nei pazienti sia nei familiari che si trovano improvvisamente in una situazione di malattia e impotenza. In particolare il paziente oncologico (e il familiare) a cui viene comunicata una diagnosi di cancro reagisce generalmente con fasi di risposta psicologica che vanno dallo shock, alla negazione, all'accettazione della malattia. In questa ultima fase, che prevede la rielaborazione del problema e il raggiungimento di un nuovo equilibrio, l'esigenza del supporto psicologico assume particolare rilevanza;
- **CONTROLLO DELL'INTORNO**, esigenza di controllo spaziale e temporale, delle condizioni ambientali, di oggetti, arredi e dispositivi, volto a mitigare possibili sensazioni di smarrimento e impotenza;
- **CONTROLLO DEGLI STATI D'ANSIA**, causati da caratteristiche degli spazi (dimensioni

non adeguate, morfologia, colori delle finiture) che possono influenzare negativamente il comfort psicofisico degli utenti;

- **ALLONTANAMENTO DEL CONTATTO CON LA MORTE** di altri pazienti dal momento che l'evento drammatico della morte potrebbe accrescere lo stato depressivo, innescando pensieri negativi legati al termine della propria esistenza particolarmente in pazienti anziani, in malati di cancro e nei loro familiari;
- **INFORMAZIONI E COINVOLGIMENTO** in relazione al percorso terapeutico per ridurre l'angoscia derivante dall'affrontare un percorso ignoto, stabilire un clima di fiducia con il personale sanitario e contrastare sentimenti di impotenza e passività connessi alla stato di malattia, di dipendenza dalla struttura e di subordinazione nei confronti del personale sanitario;
- **MANTENIMENTO DELL'IDENTITÀ CULTURALE** per contrastare la perdita di controllo relativa all'organizzazione della propria vita che contribuisce ad aumentare la sensazione di stress e a determinare atteggiamenti di auto segregazione e limitare la capacità di conservare contatti sociali;
- **SUPPORTO RELIGIOSO**, esigenza dei pazienti e familiari che si esprime come bisogno di professione del proprio credo e di assistenza religiosa. In particolare tale esigenza è avvertita in seguito alla comunicazione di notizie negative sullo stato di salute e nelle fasi terminali della malattia;
- **CONTROLLO DEL TRASCORRERE DEL TEMPO**, esigenza di mantenere la percezione della dimensione temporale, riducendo lo stress e fugando sentimenti di incertezza e isolamento. Il controllo del trascorrere del tempo assume particolare rilevanza per il paziente costretto a permanere in ospedale per lunghi periodi (pazienti lungodegenti e terminali) e per tutti gli utenti durante l'attesa.

Il contesto ambientale costituito dalle strutture socio-sanitarie – l'ospedale in modo particolare – è fonte di stress per gli utenti, a causa della presenza di fattori (stressori ambientali) che influenzano negativamente il comfort psicofisico e sensoriale.

Tali fattori – per esempio, il rumore, l'assenza di luce naturale, la presenza di odori sgradevoli o di temperature troppo elevate – espongono maggiormente a condizioni di stress gli utenti più fragili, quelli più stanchi o malati, influenzando la pressione sanguigna, il battito cardiaco, gli stati di ansia e di depressione, con conseguenti ricadute sulla durata della permanenza in ospedale o sulla quantità di antidolorifici assunti (Ulrich, 2003)¹.

Il benessere ambientale è dunque da intendersi come insieme delle condizioni che garantiscono il benessere fisico e sensoriale e può essere declinato in:

- **BENESSERE ACUSTICO**, insieme delle condizioni interne di un ambiente in cui l'utente non percepisce rumori, fenomeni di riverberazione, di vibrazione e di eco oltre una certa soglia di disturbo;
- **BENESSERE TERMOIGROMETRICO**, insieme delle condizioni interne di un ambiente, in cui l'utente percepisce condizioni adeguate di temperatura e umidità relativa e ne può controllare gli effetti;
- **BENESSERE VISIVO**, insieme delle condizioni di visibilità, di assenza di fenomeni che possono provocare disagio, come l'abbagliamento e la riflessione, e di visibilità attraverso superfici trasparenti;

BENESSERE
AMBIENTALE



- **BENESSERE OLFATTIVO**, insieme delle condizioni interne ad un ambiente, in cui l'utente non percepisce odori sgradevoli;
- **BENESSERE TATTILE**, insieme delle caratteristiche relative a superfici e a materiali, alla loro consistenza e alla loro temperatura.

FRUIBILITÀ



Con il termine fruibilità si intende l'insieme delle condizioni che consentono l'uso in condizioni adeguate di spazi, arredi e attrezzature.

Nelle strutture socio-sanitarie, per permettere una maggiore fruibilità, devono essere eliminate tutte le 'barriere' che possono costituire un ostacolo all'uso diretto, confortevole e intuitivo di spazi, arredi, attrezzature, quindi tutti quegli elementi che per forma, dimensione, materiale costruttivo, colore, posizione, localizzazione e per eventuale loro assenza possono limitare la comprensibilità, la riconoscibilità, l'orientamento, il raggiungimento, l'accesso e l'uso di oggetti, in modo autonomo, completo, sicuro, confortevole, da parte dell'utenza.

In quest'ottica, al fine di limitare tutte le fonti di stress legate al concetto di fruibilità, è necessario estendere il concetto di 'barriera' da 'barriera fisica/architettonica' legata ad utenti disabili, già ampiamente normata, a 'barriera cognitiva' legata ad una vasta fascia di popolazione, che implica esigenze specifiche connesse con:

- **FACILITÀ DI ORIENTAMENTO E WAYFINDING**. La facilità di orientamento è intesa come la capacità di determinare la propria posizione nello spazio, in termini assoluti e in relazione a riferimenti significativi, in primo luogo il punto di partenza e quello di arrivo. Il wayfinding è la capacità di spostarsi nell'ambiente per arrivare alla meta prefissata attraverso informazioni architettonico-ambientali, in modo autonomo e intuitivo. I processi percettivi, cognitivi e comportamentali che l'individuo mette in atto per raggiungere una determinata destinazione variano a seconda degli utenti, in relazione all'età, al genere, al personale senso di direzione, alla familiarità con quel dato ambiente;
- **ACCESSIBILITÀ E PRATICABILITÀ**, che comprendono la richiesta, da parte di pazienti e familiari appartenenti a differenti fasce di età, anche in condizioni fisiche o cognitive ridotte o compromesse dalla malattia o da disabilità, di fruire lo spazio;
- **USO AGEVOLE DI OGGETTI**, arredi e dispositivi, che comprende la richiesta da parte di pazienti e familiari di poter disporre di oggetti, arredi e dispositivi che consentano flessibilità nell'uso, uso semplice ed intuitivo, ridotto impegno fisico, equità nell'utilizzo.

SICUREZZA



La **sicurezza del paziente** è definita come la "dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti" (glossario del Ministero della Salute). La sicurezza del paziente e del familiare che lo assiste può, dunque, a tutti gli effetti essere considerata un obiettivo prioritario di qualità dell'assistenza sanitaria che investe aspetti fisici, gestionali e professionali. In un sistema complesso come quello sanitario in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, coinvolge componenti diverse – tecnologiche, umane e organizzative – e deve essere affrontata in un'ottica

sistemica, con criteri di gestione adeguati. Tecniche di **risk management** vengono utilizzate per il controllo dei rischi clinici e per gestire le attività di prevenzione e di protezione.

Nello specifico può essere declinata come necessità di:

- **CONTROLLO DEL “RISCHIO CLINICO”**, esigenza correlata all’articolato concetto di errore, che può essere causa diretta o indiretta di un evento avverso, cioè di un evento che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. Anche i familiari che assistono i pazienti pur non essendo direttamente coinvolti nelle terapie, possono essere in vario modo esposti a rischi di incolumità fisica.

Rientrano nella valutazione del rischio, oltre ai fattori umani, di cultura, di formazione e informazione, legati al personale sanitario, ai pazienti e ai familiari, anche fattori organizzativo-gestionali, come la gestione delle cartelle cliniche, le condizioni in cui si svolge l’assistenza sanitaria e fattori strutturali e tecnologici legati alle caratteristiche ambientali, all’ergonomia e all’uso delle attrezzature mediche.

- **INCOLUMITÀ FISICA DELLA PERSONA**, esigenza principalmente legata a fonti di rischio individuabili: nella somministrazione di terapie, nelle valutazioni cliniche, negli operatori sanitari, nelle caratteristiche delle attrezzature medicali, negli arredi, nelle caratteristiche distributive, costruttive e ambientali dell’edificio sanitario;
- **PROTEZIONE DA INCIDENTI**, esigenza di essere tutelati nei confronti di eventi traumatici accidentali che possano verificarsi nel corso delle attività di fruizione delle strutture sanitarie;
- **PROTEZIONE DALLA DIFFUSIONE DELLE INFEZIONI** trasmissibili per contatto e per via aerea, che comprende la richiesta, da parte di pazienti e familiari, di essere informati sulle precauzioni da adottare per limitare la diffusione delle infezioni e di essere tutelati nei confronti di esposizioni a possibili fonti patogene;
- **PROTEZIONE DALLE INTRUSIONI**, esigenza di avere la possibilità di custodia degli effetti personali e la protezione rispetto a possibili intrusioni da parte di estranei;
- **SICUREZZA NELLA CUSTODIA DEGLI EFFETTI PERSONALI** dei pazienti e dei familiari.

IL PERSONALE SANITARIO: LE ESIGENZE DI UMANIZZAZIONE

BENESSERE
LAVORATIVO



Il personale sanitario è una categoria occupazionale particolarmente interessata dal fenomeno dello stress lavoro-correlato (Weiberg, Creed, 2000²; Cox et al., 2002³). Nella sua essenza, questa forma di stress deriva dall'esposizione a determinate condizioni di lavoro, sia fisiche sia psicosociali, e dalla consapevolezza del lavoratore delle difficoltà nel proprio lavoro. Gli effetti dello stress occupazionale interessano sia la persona sia l'istituzione per la quale lavora. Calo della produttività, abbassamento della qualità del lavoro, incremento dell'assenteismo e dell'allontanamento volontario dal lavoro sono il prodotto di condizioni lavorative eccessivamente stressanti. Stati generalizzati di affaticamento, mal di testa, irritabilità, problemi di sonno, ansia e depressione sono alcuni dei principali effetti dello stress sulla persona. Il **burnout**, che consiste in una forma di esaurimento psico-fisico (Maslach, 19824), è una forma di stress particolarmente pertinente il contesto occupazionale sanitario, e a cui risultano esposti in modo particolare i membri dello staff infermieristico. Il **burnout** può essere considerato come una reazione di stress di lungo termine. Secondo gli orientamenti espressi in letteratura, questo stato di esaurimento psico-fisico non è solo la reazione emotiva personale alla sofferenza delle persone per le quali si lavora (come indicato dall'interpretazione tradizionale del burnout) ma, più in generale, il risultato del cronicizzarsi di una insoddisfazione delle proprie condizioni lavorative (Iacovides et al., 19975; Stora, 20046).

Le condizioni lavorative che si configurano come richieste che possono generare stress nel personale riguardano sia il contenuto del lavoro svolto, sia il contesto socio-fisico e organizzativo. Sulla base delle risultanze della ricerca sperimentale che ha indagato gli stressori per i lavoratori nel settore sanitario, le condizioni lavorative da cui possono scaturire fattori potenzialmente stressogeni sono riconducibili: al carico lavorativo fisico; al carico lavorativo mentale o cognitivo; al carico lavorativo psichico; agli orari e al lavoro durante la notte; alle condizioni lavorative generali fisico-ambientali. Le condizioni contestuali, anche di natura spaziale-ambientale, in cui l'operatore si trova a svolgere i propri compiti influiscono sul carico lavorativo (fisico, mentale, psico-emotivo). Condizioni sfavorevoli, perché connotate da disfunzioni o anomalie, possono tramutare il carico lavorativo in sovraccarico e quindi, potenzialmente, generare stress. In alcune situazioni, è sottile la distinzione tra l'esigenza di benessere lavorativo e l'esigenza di sicurezza. Certe condizioni di sovraccarico lavorativo (fisico o mentale), infatti, possono incidere direttamente sulla salute del personale o fungere da fattori che causano errori. L'esigenza di benessere lavorativo, pertanto, si riferisce alla necessità per il personale di svolgere la propria attività lavorativa in condizioni contestuali che, non ostacolandone o rendendone più gravosa di quanto necessario l'effettuazione, non costituiscono un evitabile aggravio delle proprie mansioni.

Tale esigenza si può articolare in:

BENESSERE FISICO, esigenza di benessere che fa riferimento alle condizioni lavorative che possono generare nel personale affaticamento o discomfort fisico e comprende la necessità di:

- **POTER GESTIRE EFFICACEMENTE I FLUSSI DEI PAZIENTI** per evitare il sovraccarico

lavorativo dovuto all'insorgere di condizioni caotiche, rumorosità, aumento delle interruzioni da parte di pazienti o familiari che chiedono informazioni;

- **POTER DISPORRE DI SPAZI ADEGUATI** e postazioni ergonomicamente corrette per il lavoro al computer/su monitor per evitare posture che, se prolungate, possono generare condizioni di discomfort fisico;
- **ESSERE AGEVOLATI NELLA MINIMIZZAZIONE DELLE DISTANZE PERCORSE** per lo svolgimento delle attività clinico-assistenziali per evitare lo stato di affaticamento fisico (circa il 28,9% del tempo lavorativo impiegato negli spostamenti).

BENESSERE MENTALE, esigenza di benessere che fa riferimento alle condizioni lavorative che possono essere causa di fatica mentale. La distinzione tra esigenze di benessere lavorativo fisico e esigenze di benessere lavorativo mentale è talvolta difficile da operare. Si deve infatti tener conto che lo svolgere un dato compito lavorativo implica contemporaneamente il compiere un certo lavoro fisico e un certo lavoro mentale. Il benessere mentale può essere declinato come necessità di:

- **FACILITÀ DI CONTROLLO OPERATIVO DELLA STRUTTURA**, esigenza che costituisce un impegno cognitivo non trascurabile per il personale, specie infermieristico, e che ha ragioni sia di natura gestionale sia di sicurezza complessiva del reparto;
- **DIVISIONE TRA PAZIENTI PEDIATRICI DAI PAZIENTI ADULTI** per limitare le interferenze acustiche e fisiche, dovute alla presenza di pazienti in età pediatrica, con le altre attività che si svolgono all'interno della struttura.
- **DISPONIBILITÀ DI POSTAZIONI DI LAVORO PERSONALI** dove poter conservare documenti, riviste o libri propri utilizzati nelle attività di studio/aggiornamento individuale, approfondimento di un caso clinico e studio;
- **SUPPORTO NEL MINIMIZZARE LE INTERFERENZE** da parte di esterni durante gli scambi comunicativi tra membri del personale per evitare interruzioni che impediscono la dovuta concentrazione e ne appesantiscono dal punto di vista mentale il lavoro. Le riunioni tra i membri del personale, le discussioni di casi clinici, i passaggi di consegne, sono momenti comunicativi che necessitano di adeguate condizioni di tranquillità;
- **CONTROLLO NELLE INTERAZIONI CON PAZIENTI E FAMILIARI** durante gli spostamenti all'interno della struttura per evitare sovraccarico lavorativo dovuto alla necessità di soddisfare le esigenze informative di pazienti e familiari, in tempi e modi non previsti.

L'esigenza di benessere riferita al carico psichico fa riferimento alle condizioni lavorative che possono generare nel personale delle reazioni di tipo psico-emotivo negative e si riferiscono alla necessità di:

- **PRIVACY**, esigenza di evitare che pazienti e familiari ascoltino in maniera involontaria i racconti di malattia di altri pazienti, situazione che può contribuire ad aggravare lo stato di instabilità psico-emotiva del paziente influenzando sull'efficienza complessiva della visita e sullo stato psico-emotivo del personale sanitario che si trova a gestire tale situazione. Inoltre l'esigenza di effettuare colloqui riservati separatamente con i familiari;

**BENESSERE
PSICO-
EMOTIVO**



- **SUPPORTO NELLE COMUNICAZIONI E NEI COLLOQUI** con pazienti/familiari, per evitare condizioni di disagio dovute all'inadeguatezza del luogo dove tali comunicazioni si svolgono di cui il personale tende a farsi carico;
- **DISIMPEGNO MENTALE**, esigenza di alleviare situazioni stressanti, favorire la distrazione attraverso la percezione di elementi rigenerativi.

BENESSERE AMBIENTALE



L'esigenza di benessere riferita alle condizioni lavorative fisico-ambientali fa riferimento a quelle condizioni lavorative che possono generare situazioni di discomfort e può essere declinato in:

- **BENESSERE ACUSTICO**, esigenza di non essere disturbati nello svolgimento delle proprie mansioni da rumori, fenomeni di riverberazione, di vibrazione e di eco;
- **BENESSERE TERMO-IGROMETRICO**, esigenza di controllare le condizioni microclimatiche al proprio posto di lavoro;
- **BENESSERE VISIVO**, esigenza di disporre di luce naturale negli ambienti di lavoro ma anche di condizioni di illuminazione artificiale adeguate agli specifici compiti da svolgere e controllabili in modo autonomo;
- **BENESSERE OLFATTIVO** esigenza di evitare il disagio dovuto alla presenza di odori sgradevoli tipici delle strutture sanitarie.

BENESSERE OCCUPAZIONALE



Coerentemente con gli approcci contemporanei al tema della promozione della salute e del benessere psico-fisico delle persone (Antonovsky, 1987), semplicemente eliminando tutte quelle condizioni che possono generare stress non necessariamente si crea un ambiente *health-and-wellbeing-promoting*, come è in una prospettiva di umanizzazione. Nel caso del personale, sanitario nello specifico, garantendo condizioni di benessere lavorativo certamente si migliora l'efficienza e si incide positivamente sulla soddisfazione lavorativa, ma, tuttavia, non può dirsi di aver esaurientemente operato in un'ottica salutogenica.

La classe esigenziale di 'benessere occupazionale' si intende riferita al complesso di bisogni del lavoratore – spesso impliciti o inespressi – che attengono alla possibilità di accedere a risorse fisiche e psico-sociali che gli consentano di evitare o di combattere gli stressori generati dal lavoro. Il poter accedere a condizioni che promuovono la rigenerazione (*restoration*) da stati di stress e ad iniziative – a livello individuale, organizzativo, ambientale – esplicitamente mirate ad incrementare la soddisfazione occupazionale, aumenta la resilienza individuale al fenomeno dello stress lavoro-correlato e, in tal senso, assume il valore di promozione di migliori condizioni di benessere e salute del lavoratore.

Il fenomeno della '*restoration*' o '*restorativeness*', rappresenta un concetto chiave nell'ambito della promozione della salute, anche nel contesto lavorativo e consiste nella rigenerazione psicofisiologica da uno stato di stress, nella riduzione della fatica mentale e nel recupero dell'attenzione diretta (Berto, 2003⁸). La soddisfazione lavorativa, come mostrato da ricerche sperimentali, può proteggere il personale dallo sviluppo di problemi mentali determinati dallo stress e influenzare anche la qualità del lavoro, ad esempio, diminuendo il turnover (Ulrich, 2000⁹; Graham, Ramirez, 2002¹⁰).

Il benessere lavorativo del personale socio-sanitario si può declinare come necessità di:

- **SUPPORTO SOCIALE.** Il supporto sociale è una risorsa centrale per contrastare l'insorgenza di fenomeni di stress occupazionale (Johnson & Hall, 1988¹¹). Si possono distinguere forme di supporto sociale **informali spontanee** (gli incontri non pianificati tra i vari membri dello staff) e **professionali**;
- **SUPPORTO GENDER-RELATED.** Il numero crescente di personale femminile nella forza lavoro in sanità apre l'orizzonte a necessità legate alle specificità di genere, in particolare in riferimento al ruolo della figura femminile nell'ambito della famiglia;
- **INTEGRAZIONE E MANTENIMENTO DELL'IDENTITÀ CULTURALE.** Il crescente numero di membri dello staff sanitario provenienti da altri Paesi del mondo, portatori, pertanto, di specificità culturali implica la necessità di favorire la loro integrazione nella cultura del paese in cui si svolge l'attività lavorativa.

Le strutture socio-sanitarie costituiscono un luogo di lavoro che può inficiare la salute dei lavoratori con effetti sia acuti sia a lungo termine come allergie, infezioni e malattie croniche. In letteratura i rischi a cui il personale è sottoposto sono generalmente suddivisi in due macro-categorie: rischi fisici di natura radiologica, chimica, biomeccanica, biologica e rischi psico-fisici. Oltre al danno diretto, la presenza di rischi fisici può influenzare anche in maniera indiretta la salute del personale andando ad incidere sulla sua percezione dell'essere in pericolo generando così condizioni di stress psicologico. I rischi psico-fisici concernono gli aspetti organizzativo-gestionali del lavoro e i loro contesti ambientali e sociali, che potenzialmente possono dar luogo a danni di natura psicologica, sociale o fisiologica.

La sicurezza si può declinare come necessità di:

ESSERE TUTELATI NELLA PROPRIA SICUREZZA FISICA. La tutela dell'incolumità fisica dipende principalmente dalle mansioni svolte dal personale ed è legata alle fonti di rischio che sono rappresentate dal contatto con il paziente stesso, dalla effettuazione di operazioni di movimentazione, accertamenti diagnostici, dalla preparazione ed erogazione di terapie, dalla possibilità di aggressioni da parte di estranei. La sicurezza fisica si esprime anche nella facilità di custodire in condizioni di sicurezza oggetti personali e di lavoro in un luogo accessibile in modo agevole nel corso della giornata lavorativa.

ESSERE AGEVOLATI NELLA TUTELA DELLA SICUREZZA FISICA DEL PAZIENTE. Per la natura propria del lavoro svolto dal personale sanitario, l'esigenza di sicurezza, oltre a riferirsi al personale medesimo, deve ritenersi declinata anche in relazione alle necessità di sicurezza del paziente. Il personale, infatti, deve farsi carico del soddisfacimento dell'esigenza di incolumità fisica del paziente, anche in condizioni di ridotta mobilità, durante la permanenza e l'utilizzo dei servizi sanitari.

Per quanto concerne l'esigenza di tutela dell'incolumità fisica dei pazienti, assume una rilevanza centrale la categoria di rischio costituita dagli errori medici che, sulla base di indagini condotte nel contesto statunitense, rappresenta una preminente causa di morte (Khon et al., 2000¹²). Il controllo dell'insorgenza di infezioni nosocomiali costituisce un'ulteriore, fondamentale, declinazione dell'esigenza di tutela dell'incolumità dei pazienti che vede direttamente coinvolto il personale sanitario.

SICUREZZA



L'esigenza di tutela della sicurezza fisica del paziente può essere declinata come necessità di:

- **POTER PREDISPORRE E SOMMINISTRARE LE TERAPIE**, pianificare e effettuare i trattamenti in condizioni che minimizzano il rischio di compiere errori, che facilitino la concentrazione senza distrazioni e interruzioni, durante lo svolgimento di compiti lavorativi che implicano un particolare impegno mentale e alti livelli di attenzione;
- **POTER AGEVOLMENTE CONSULTARE LA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL PAZIENTE** e al contempo accedere con facilità alle consulenze/collaborazioni dei colleghi;
- **DISPORRE DI SISTEMI DI GESTIONE INFORMATIZZATA DELLE INFORMAZIONI**;
- **ESSERE AGEVOLATI NELL'INTERVENTO TEMPESTIVO** anche in caso di improvvisa necessità;
- **ESSERE AGEVOLATI NELLA TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI E DELLE INFORMAZIONI DEL PAZIENTE**.

Il personale sanitario ha l'obbligo di tutelare la sicurezza dei dati sensibili o che possono rivelare lo stato di salute del paziente (D. Leg. 30 giugno 2003, n.196).

Garantire la sicurezza dei dati e delle informazioni dei pazienti al fine di prevenire nei confronti di estranei un'esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute, costituisce una specifica responsabilità del personale sanitario.

Il quadro esigenziale riferito alla tutela della riservatezza dei dati e delle informazioni del paziente può essere declinato secondo diversi ambiti:

- **ESSERE AGEVOLATI NELLA TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI E DELLE INFORMAZIONI RELATIVI AI PAZIENTI DURANTE L'INTERAZIONE CON I PAZIENTI E I FAMILIARI**;
- **ESSERE AGEVOLATI NELLA TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI E DELLE INFORMAZIONI RELATIVI AI PAZIENTI DURANTE GLI SCAMBI COMUNICATIVI TRA MEMBRI DEL PERSONALE**.

NOTE

1 Ulrich, R. S., Gilpin, L., *Healing arts: Nutrition for the soul*, in: Frampton, S. B., Gilpin, L., Charmel, P. A., "Putting patients first: Designing and practicing patient-centered care", John Wiley & Sons, San Francisco (CA) 2003, pp. 117-146.
2 Weinberg A., Creed F., *Stress and psychiatric disorder in health care professionals and hospital staff*, The Lancet, 355, february 12, 2000, pp. 533-537.
3 Cox T., Randall R., Griffiths A., (2002), *Interventions to control stress at work in hospital staff*, HSE Brooks, Sudbury, 2002.
4 Maslach C., (1982), *Burnout in health professionals*, Erlbaum, Hillsdale, 1982.

5 Iacovides A., Fountoulakis K., Moysidou C., (1997), *Burnout in nursing staff: a clinical syndrome rather than a psychological reaction?*, "General Hospital Psychiatry", 19(6), pp. 419-428, 1997.
6 Stora J.B., *Lo stress*, Carocci, Roma, 2004.
7 Antonovsky A., *Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987.
8 Berto R., *Nuove prospettive nella preferenza ambientale: l'aspetto ristorativo dei luoghi*, in Baroni M.R., Falchero S., "Psicologia ambientale e dintorni", CLEUP, Padova, pp. 43-49, 2003.

9 Ulrich R., *Environmental research and critical care*, in Hamilton K. (Ed.), 2010 ICU, Proceedings of the international Conference, Houston, 2000.
10 Graham J., Ramirez A., *Improving the working lives of cancer clinicians*, "European Journal of Cancer Care", 11, pp. 188-192, 2002.
11 Johnson J.V., Hall E.M., *Job strain workplace social support, and cardiovascular disease: a cross sectional-study of a random sample of the Swedish working population*, "American Journal of Public Health", 78, pp. 1336-1342, 1988.
12 Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. (Eds), *Err is human. Building a safer health system*, Institute of Medicine, Washington, 2000.

4

**Le tecniche
e gli strumenti
per la rilevazione
del rapporto
uomo-ambiente**



L'INDAGINE SUL CAMPO PER LA RILEVAZIONE DEL RAPPORTO UOMO-AMBIENTE

Le azioni e le relazioni umane sono strettamente legate ai luoghi e al modo in cui le persone le esperiscono. Svolgere un'indagine sul tipo di percezione che le persone hanno dei luoghi è dunque un compito particolarmente difficile. È necessario infatti tenere in considerazione un gran numero di informazioni, che generano un insieme articolato e dinamico di stimoli.

Per la delicatezza e complessità che la connota l'esperienza dei luoghi di cura richiede, di essere studiata attraverso un approccio sistemico.

Tenere in considerazione la complessità consente infatti di incrementare, in maniera significativa, le probabilità di corrispondenza tra esigenze e aspettative degli utilizzatori e il livello qualitativo dell'opera progettuale. Per raggiungere questo scopo in maniera ottimale è necessario adottare una prospettiva multi-metodo che rispecchi, anche nella metodologia, la complessità delle dinamiche che si devono studiare.

È pertanto necessario adottare un approccio mirato alla conoscenza approfondita dell'insieme di informazioni e concetti che compongono la rappresentazione che i diversi fruitori hanno dei luoghi di cura.

Deve cioè essere analizzata la capacità degli ambienti di conformarsi alle esigenze degli utilizzatori, ma anche quanto gli ambienti condizionano l'esperienza e i comportamenti degli utilizzatori stessi.

I metodi qualitativi appaiono da questo punto di vista i più adatti, perché consentono di partire dalle esperienze individuali per mettere in luce la rappresentazione condivisa delle esigenze e le sue articolazioni al variare degli ambienti e dei gruppi di fruitori. Le necessità dei fruitori *interni* (personale medico e non medico) e di quelli *esterni* (pazienti e familiari) vanno quindi considerate in maniera da salvaguardare differenze e similarità.

Il volume di dati raccolto attraverso i metodi qualitativi può risultare ricco di informazioni e di significatività, ma sarà anche costituito da dati che, in virtù della loro stessa natura, saranno poco utilizzabili per fare dei confronti e delle inferenze su basi statistiche: possono far emergere quali siano le esigenze maggiormente condivise, ma non quale sia la gerarchia di importanza di ogni esigenza o tipologia di ambienti e fruitori.

I quadri esigenziali emersi in questa fase possono rappresentare però, allo stesso tempo, la base informativa ideale per la messa a punto di strumenti di indagine più strutturati (come questionari e scale di misura) che consentono di passare a una fase più avanzata di ricerca che sia in grado, questa sì, di condurre a discriminazioni sottili tra l'importanza delle diverse esigenze, per i diversi ambienti e per le differenti categorie di fruitori.

Alla fine di un simile percorso di ricerca, il quadro esigenziale ottenuto consente di procedere nel percorso progettuale con una consapevolezza adeguata riguardo l'ambiente sociale che dovrà svilupparsi all'interno della struttura. Un simile approccio al *Social Design* (e.g., Bonaiuto, Bilotta, Fornara, 2004) può consentire, al committente, di mettere il progettista nelle condizioni migliori per poter rispondere alle necessità di chi dovrà operare o vivere nell'ambiente di cura.

Queste considerazioni di base hanno confermato un lavoro che si è posto lo scopo di indagare, ai diversi livelli, il rapporto tra persone, esigenze e ambienti di cura, consentendo di costruire una gerarchia di importanza delle caratteristiche configurazionali dell'ambiente a partire da un'indagine sulle percezioni, rappresentazioni ed esigenze dei fruitori delle strutture sanitarie.

La scelta degli strumenti è stata operata in coerenza con gli obiettivi dello studio così da rispecchiare al meglio le esigenze di indagine.

Nello specifico, in questa sede sono stati impiegati alcuni degli strumenti che in letteratura vengono indicati come i più adatti per questo tipo di lavoro. Si è tenuto in generale presente come dall'analisi della letteratura stessa appaia comunque utile un'ibridazione tra metodologie differenti, che preveda l'adozione di metodi di tipo sia qualitativo che quantitativo.

Vengono espone le considerazioni che ne costituiscono le fondamenta teorico-metodologiche. Il testo del capitolo espone invece obiettivi, strumenti, risultati e conclusioni dell'indagine svolta.

L'IMPOSTAZIONE E GLI OBIETTIVI DELL'INDAGINE SUL CAMPO

Il presente lavoro ha assunto, come obiettivo generale, quello di esplorare le esigenze in relazione al progetto degli spazi di cura caratterizzato da un maggiore grado di umanizzazione, a partire da un'indagine sulle percezioni e sulle rappresentazioni dei fruitori delle strutture socio-sanitarie. Ulteriore obiettivo della ricerca è stato quello di definire il ruolo delle classi esigenziali individuate e integrarle con eventuali ulteriori esigenze emerse attraverso lo studio delle rappresentazioni nelle diverse tipologie di strutture e nelle diverse tipologie di utenti delle strutture stesse. In coerenza con gli obiettivi dello studio, si è optato per una scelta degli strumenti che rispecchiasse le esigenze di indagine. In particolare è stata adottata una metodologia ibrida comprendente metodi sia qualitativi che quantitativi. Per la fase di ricerca qualitativa (che nella trattazione del lavoro verrà definita come *Fase A*) è stata condotta una rilevazione che ha utilizzato le due diverse specifiche tecniche di indagine più diffusamente impiegate: le Interviste semi-strutturate e i Focus-group.

L'obiettivo dell'indagine qualitativa (*Fase A*) era quello di esplorare le aree esigenziali individuate attraverso l'analisi della letteratura e il quadro esigenziale ipotizzato,

LE TECNICHE E GLI STRUMENTI

L'indagine qualitativa

I metodi qualitativi sono da preferire quando l'obiettivo è quello di indagare le aree costitutive delle rappresentazioni socialmente condivise riguardo gli ambienti, come nel caso dell'argomento trattato in questa ricerca, le esigenze di umanizzazione degli utenti coinvolti nella vita e nelle dinamiche socio-ambientali delle strutture sanitarie. In questo tipo di indagine diventa fondamentale riuscire a prefigurare una base di rappresentazioni che possa costituire un *ponte* tra le rappresentazioni ed esigenze degli *esperti* (i progettisti che devono intervenire sulla configurazione ambientale) e dei *fruitori*. La mancanza di *expertise* di questi ultimi va intesa solo dal punto di vista meramente tecnico-progettuale (Bonnes, Secchiaroli, 1992): l'esperienza ambientale dei fruitori è infatti molto articolata e ricca di informazioni, esigenze, rappresenta-

zioni e schemi che possono essere messe a disposizione dei tecnici nel momento in cui si deve progettare una struttura che sia altamente *umanizzata* e che risponda il più possibile alle esigenze dell'ambiente sociale che si crea al proprio interno.

La letteratura evidenzia in genere una notevole discrepanza tra le valutazioni *esperte* e *non esperte* (Devlin, 1990; Hubbard, 1984; Bonnes, Bonaiuto, 1995). Esse possono, infatti, essere considerate come rappresentative di due differenti livelli di informazione. Per questo motivo è opportuno includerle nello stesso programma di ricerca, prevedendo un approccio teorico e metodologico che consenta di mettere in luce divergenze e sovrapposizioni, integrandole in un'unica valutazione che tenga conto delle rispettive specificità (Fornara, Bonaiuto e Bonnes, 2006). Per rispettare questi vincoli e sfruttare contemporaneamente al meglio le opportunità epistemiche che un approccio ap-

integrando con eventuali esigenze ulteriori che potessero emergere dall'indagine. Per questo motivo la fase A ha mirato a indagare i contenuti e le categorie che costituiscono la rappresentazione e le esigenze condivise delle diverse tipologie di persone che utilizzano, attraverso differenti modalità, le strutture sanitarie oggetto d'indagine: Pazienti, Familiari, Personale Medico e Personale Infermieristico. Il disegno di ricerca è stato semplificato attraverso la distinzione in due macro-categorie: Lavoratori Interni (personale medico e non medico) e Fruitore Esterni (pazienti e familiari). L'obiettivo di esplorare e integrare le percezioni e l'importanza attribuita da operatori e utenti alle aree essenziali, è stata raggiunta attraverso l'affiancamento dei Focus Group alle Interviste Semi-strutturate.

Come già evidenziato, infatti, tale metodologia consente di accedere ad un potenziale informativo differente rispetto a quello delle Interviste, mettendo in luce i contenuti che caratterizzano la rappresentazione e le esigenze condivise delle persone che lavorano all'interno delle strutture sanitarie oggetto dell'indagine.

Tale ricerca non può prescindere dal rapporto tra rappresentazioni *esperte* e *non-esperte*.

La fase quantitativa del lavoro (*Fase B*) si è svolta con l'utilizzo di uno strumento realizzato *ad hoc* sotto forma di un questionario strutturato *self report* (autocompilato) che indagasse le esigenze dei partecipanti e consentisse una valutazione quantitativa e comparativa delle diverse esigenze considerate.

L'obiettivo dell'indagine quantitativa era quello di verificare l'influenza e la ponderazione delle diverse esigenze considerate, e quanto e in che maniera esse possano influenzare la percezione dei fruitori delle strutture sanitarie. In particolare, obiettivo

profondito e qualitativo offre, si può ricorrere a un vasto *range* di strumenti. Nella ricerca sociale non esiste un metodo di studio che sia, in sé, superiore rispetto ad un altro (Cipolla, 1997), ma esistono senz'altro metodi che più di altri risultano adatti a seconda degli obiettivi e del disegno dell'indagine. Tra gli strumenti più adatti a questa tipologia di lavoro emergono le *Interviste semi-strutturate* e i Focus-Group.

Gli strumenti: le interviste semi-strutturate

L'intervista qualitativa è una conversazione che conduce l'intervistato a esprimere le proprie opinioni, pensieri, atteggiamenti o credenze attraverso un'interazione basata su uno schema di interrogazione (Corbetta, 1999). Essa è condotta, guidata e provocata da un intervistatore. L'intervista semi-strutturata, in particolare, è caratterizzata da uno schema standardizzato, ma dotato di un elevato grado di flessibilità. Questa caratteristica la rende particolarmente adatta

per approcciare le rappresentazioni connesse alle esperienze ambientali. Esse, infatti, tendono a essere altamente articolate e a elicitar un insieme complesso di elementi connessi alla sfera cognitiva, emotiva e identitaria degli intervistati. Talvolta questa fase di studio ha anche l'obiettivo di controllare la validità, per lo specifico campione coinvolto dall'indagine e per lo specifico contesto di riferimento, di categorie e strumenti già validati in altre situazioni. Un questionario o un'intervista che siano stati utilizzati in altri contesti geografici, ad esempio, possono aver necessità di qualche messa a punto dovuta alle peculiarità di un contesto sociale e territoriale differente. Per quel che riguarda le strutture sanitarie, ad esempio, le differenze potrebbero essere dovute all'esperienza ambientale dei rispondenti (livello di servizi, qualità ambientali, soddisfacimento delle esigenze di base) che è in grado di influenzare anche le esigenze e le necessità. L'intervista semi-strutturata sarebbe

specifico dell'indagine è stato quello di indagare l'importanza delle singole esigenze nella percezione dei partecipanti, organizzando una gerarchia di importanza percepita in funzione degli specifici ambienti considerati. Si è inoltre mirato a indagare l'esistenza di differenze tra le diverse tipologie di strutture target e tra le diverse tipologie di fruitori coinvolti; il fine è stato quello di esaminare l'importanza relativa delle esigenze e indagare quale gerarchia di importanza gli utenti attribuiscono ai differenti requisiti di umanizzazione e di qualità degli ambienti. Tale tassonomia permetterà di incrociare le rappresentazioni frutto dell'esperienza di luogo degli utenti con le esigenze fin qui individuate dalla letteratura di riferimento e negli studi progettuali.

IL CAMPIONE

Per quanto la letteratura di riferimento non suggerisca possibili differenze dovute alla zona geografica di provenienza dei partecipanti e delle strutture, trattandosi di un'indagine che mirava a indagare le esigenze e le rappresentazioni condivise, il piano di rilevazione ha incluso nel campionamento differenti zone d'Italia, data la nota varietà in merito che caratterizza la realtà nazionale. In particolare, d'accordo con il team di ricercatori e progettisti, si è optato per il coinvolgimento di diverse macro-aree geografiche del paese: una regione del Nord (Piemonte), una del Centro (Toscana) e una dell'area sud-insulare (Sardegna). Il campione è stato selezionato sulla base di un piano di rilevazione stratificato che oltre alla differenziazione territoriale (Piemonte; Sardegna; Toscana) includeva:

in questo caso utile in quanto indicata, in letteratura, come un opportuno strumento per una prima verifica della messa a punto del progetto di rilevazione e per integrare eventuali dati quantitativi (Mucciarelli, Chattat, Celani, 2002).

Una struttura controllata, ma flessibile, come quella delle interviste semi-strutturate, consente all'intervistatore di svolgere al meglio il proprio compito, che è quello di raccogliere tutte le informazioni richieste sulla lista di temi individuata in fase di pianificazione dell'indagine, avendo però la possibilità di cambiare l'ordine delle domande e/o adattare la terminologia, la struttura e la forma delle domande per renderla più compatibile con l'intervistato e con il contesto e, quindi, incrementare la comprensione e stimolare la quantità maggiore di informazione possibile (Palumbo, Garbarino, 2006).

Come sottolineato, approntare lo schema d'intervista risulta uno dei momenti più delicati di un'indagine. Esso dovrà includere le diverse ca-

tegorie articolate in una serie di argomenti principali e sotto-argomenti relativi ai diversi aspetti che caratterizzano l'umanizzazione e la fruizione degli spazi, così come le esigenze generali e specifiche. A partire dagli studi esistenti, dalla letteratura o, se possibile, da uno studio introduttivo, si potranno ricavare le categorie di riferimento più importanti per il contesto ambientale di riferimento (strutture sanitarie) e il campione target dello studio (*utenti e lavoratori*). A quel punto la flessibilità dell'intervista semi-strutturata consentirà di raccogliere informazioni utili su tutta la nuvola di concetti, rappresentazioni ed esigenze. Gli intervistati saranno, infatti, persone con differenti esigenze, caratteristiche socio-demografiche e disponibilità di risorse attentive e temporali. L'uso di tale tecnica di indagine presuppone il coinvolgimento di intervistatori esperti che possano garantire una raccolta dati non influenzata da domande o comportamenti suggestivi, da una tendenza a ridurre eccessi-

Fase A

Per le *Interviste*: una doppia stratificazione che consentisse di aumentare la potenzialità conoscitiva dello studio. La prima stratificazione era relativa al tipo di reparto ospedaliero (Medicina Generale N= 10; Oncologia N= 15; Casa della Salute N = 10), la seconda, alla tipologia di utente (Personale interno N = 19; Utenti esterni N = 16).

Per i *Focus-group*: in questa fase la ricerca ha coinvolto i lavoratori (personale medico e infermieristico) delle strutture di riferimento. In particolare, sono stati svolti un totale di 8 Focus Group equamente suddivisi tra i reparti di Medicina Generale (N= 4) e Oncologia (N= 4). I campioni sono stati selezionati includendo partecipanti con un grado di conoscenza ed *expertise* omogeneo, ma che includesse persone che potessero garantire una pluralità di punti di vista (medici e infermieri) al fine di aumentare la possibilità di una differenziazione interna (Krueger, 1994). I membri sono stati individuati all'interno dell'organizzazione e hanno partecipato su base volontaria. I Focus-group hanno incluso sia uomini che donne a diversi livelli della gerarchia organizzativa.

Fase B

I partecipanti alla fase B dello studio sono stati in totale 418 di cui 141 uomini e 232 donne (45 di loro non hanno voluto indicare il proprio genere). L'età era compresa tra i 19 e gli 87 anni, con un'età media di 49 anni (deviazione standard=14). Il campione è stato contattato seguendo una stratificazione elaborata sulla base delle variabili precedentemente descritte: struttura (Medicina Generale N=160; Oncologia N=138; Casa della Salute N =120) e tipologia di utente (Personale interno N = 187; Utenti esterni N =162; Non indicato N = 61).

vamente gli spazi e i tempi di comunicazione (verbale e non verbale) degli intervistati, e che siano in grado di guidare i partecipanti a rispondere in maniera esaustiva e saturare tutte le categorie e gli argomenti che caratterizzano lo schema d'intervista.

Gli strumenti: i Focus-group

Un altro metodo fondamentale per mettere in luce le aree esigenziali condivise dai fruitori degli ambienti sanitari e allo stesso tempo integrarle con eventuali informazioni che possano essere sfuggite allo sguardo del committente, degli esperti e dei rilevatori, è la tecnica del Focus-group. Tale metodologia consente di accedere a un potenziale informativo differente rispetto a quello delle Interviste, mettendo in luce i contenuti che caratterizzano la rappresentazione e le esigenze condivise delle persone che lavorano all'interno delle strutture sanitarie oggetto di studio. È una tecnica particolarmente adatta

quando l'obiettivo è quello di indagare il contenuto delle rappresentazioni socialmente condivise dei fruitori e le aree esigenziali condivise. Così come quando l'obiettivo è quello di negare, confermare o integrare tali aree con eventuali ulteriori esigenze ottenute attraverso lo studio dell'articolazione delle rappresentazioni nelle diverse tipologie di strutture target o tra le diverse categorie di fruitori.

Il Focus-group si basa su una discussione che dura mediamente intorno all'ora, ora e mezza, che coinvolge un gruppo di partecipanti invitati a discutere in maniera quanto più libera riguardo un argomento target proposto dal moderatore (Zammuner, 2003). Un Focus-group ottimale coinvolge solitamente un numero di persone tra sei e dieci, in quanto numeri maggiori potrebbero portare a una discussione squilibrata che potrebbe non coinvolgere tutti i partecipanti, e un numero minore penalizzerebbe invece l'interazione tra i partecipanti.

Le strutture interessate dall'indagine sono state quelle di seguito elencate:

REGIONE PIEMONTE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S. G. BATTISTA DI TORINO

Ospedale Molinette Direttore Sanitario di Presidio: dott. Roberto Arione

Struttura Complessa di Medicina Interna Direttore: prof. Franco Veglio

Centro Oncologico Ematologico Subalpino – COES Direttore: dott. Libero Ciuffreda

Ospedale S. Giovanni Antica Sede Direttore Sanitario di Presidio: dott.ssa Rossana Becarelli

Centro Unificato Dipartimentale Diabetologia, Ambulatori di diabetologia

S.C.U.O. Endocrinologia, diabetologia e malattie del metabolismo prof. Ezio Ghigo

S.C.U.O. Medicina Interna 3 prof. P. Cavallo Perin

S.C.U.O. Medicina Interna 1 prof. Massimo Porta

S.S.C.V.D Gestione complicanze diabete dott. Alberto Brun

AZIENDA OSPEDALIERA ORDINE MAURIZIANO DI TORINO

Direttore Sanitario dell'A.O.: dott. Mario Borsotti

S. C. di Medicina Interna

S. C. di Medicina Interna e Postacuzie

Day Hospital Oncologico

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA

Direttore Sanitario: dott. Gianenrico Guida

Struttura Complessa di Oncologia - Reparto di Oncologia Medica Direttore: prof. Oscar Alabiso

Struttura Complessa di Medicina - Reparto ad indirizzo epatologico Direttore: prof. Mario Pirisi

GRUPPO DI CURE PRIMARIE-CASA DELLA SALUTE: AMBULATORIO MEDICI DI BASE

"GRUPPO DIOGENE" E POLIAMBULATORIO A.S.L. TO3 DI CUMIANA (TO)

Coordinatore: dott. Corrado Di Stefano

GRUPPO DI CURE PRIMARIE-CASA DELLA SALUTE: CENTRO POLIFUNZIONALE DI LA LOGGIA (TO)

Coordinatore: dott. Angelo Migliozzi

REGIONE TOSCANA

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI (FI)

Dipartimento di Oncologia Direttore: prof. Luigi Cataliotti

Responsabile Servizi Sanitari: dott. Andrea Mercatelli

Responsabile Servizi Tecnico Amministrativi: Elisabetta Torrigiani

Reparto Oncologia medica Primario: prof. Francesco Di Costanzo

Reparto Chirurgia generale Primario: prof. Renato Moretti

CENTRO ONCOLOGICO FIORENTINO CFO

Direttore Sanitario: dott. Andrea Vannucci

Reparto Oncologia medica dott.ssa Marcella Gostinelli

OSPEDALE DI CARRARA

Reparto Oncologia medica Primario: dott. Maurizio Cantore

CASA DELLA SALUTE DI LAMPORECCHIO

Responsabile servizio emergenza croce verde: Daniela Tronci

REGIONE SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU DI CAGLIARI

Direttore sanitario: dott. Remigio Carlo Puddu

S.C. Medicina prima Direttore: dott. Roberto Ganga

S.C. Medicina Seconda Direttore: dott. Vinicio Atzeni

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI SANLURI (VS)

Direttore Generale: dott. Salvatore Piu

OSPEDALE NOSTRA SIGNORA DI BONARIA DI SAN GAVINO (VS)

Responsabile Sanitario: dott. Giuseppe Sechi

Day hospital oncologico Medico Oncologo: dott.ssa Giulia Gramignano

Dipartimento di Medicina Direttore: dott. Pietro Tardiola

CASA DELLA SALUTE DI VILLACIDRO (VS)

Direttore: dott. Salvatore Chia

LA PROCEDURA E GLI STRUMENTI ADOTTATI

Fase A – Interviste

I partecipanti sono stati tutti contattati all'interno delle strutture target individuate. Le interviste si sono svolte direttamente nel reparto (per i pazienti, in maggioranza nelle camere di degenza, per medici e infermieri nelle sale di lavoro o negli ambulatori). Il rapporto intervistatore-intervistato è stato caratterizzato da un'interazione faccia a faccia.

Gli argomenti target delle interviste semi-strutturate sono stati: bisogni, necessità, percezioni, atteggiamenti e opinioni connesse al concetto di umanizzazione delle tipologie di strutture nelle quali i partecipanti sono stati contattati.

Il concetto di Umanizzazione è stato affrontato riguardo l'intera struttura e poi declinato attraverso i differenti spazi che la costituiscono: Camera degenza; Soggiorno; Ambulatorio; Spazio colloquio; Accettazione; Attesa; Spazi esterni; Corridoio-connettivo; Postazione lavoro medici e infermieri (solo personale interno); Spazio riunioni; Consultorio (solo Casa della salute); Atrio (solo Casa della salute).

L'ultima parte delle Interviste ha riguardato due ulteriori dimensioni incluse nella valutazione e nella percezione della qualità ambientale delle strutture sanitarie: il benessere lavorativo (e quanto/come l'ambiente fisico possa ostacolarlo o aiutarlo) e la percezione

In particolare, da questo punto di vista, appare utile la riflessione metodologica effettuata da Corrao (2005) che individua, tra i pregi caratteristici del Focus-group, proprio l'interazione tra i presenti vale infatti, sulla discussione e sull'interazione che i partecipanti sviluppano a partire da un tema di discussione proposto dal moderatore. Quando i partecipanti vengono lasciati liberi di esporre e confrontare le proprie opinioni, nel *setting* di discussione viene a formarsi un insieme di categorie concettuali tale per cui che i risultati che emergono non siano basati sulle risposte dei partecipanti a stimoli troppo invasivi o diretti del conduttore-moderatore ma siano, al contrario, generati dalla -e all'interno della- discussione stessa. La comunicazione resta infatti sempre un processo interattivo, attraverso il quale il Focus-group, se funziona in maniera ottimale e se i partecipanti sono tutti coinvolti in maniera simile nell'argomento di indagine (Morgan, 1998) porta i partecipanti

stessi a discutere in maniera autonoma degli argomenti target dello studio. Tale caratteristica appare particolarmente interessante e utile quando si affrontano tematiche di rilevanza psicologico-ambientale. La relazione delle persone con i propri ambienti di vita è, infatti, sviluppata attraverso una complessa e continua struttura di transazioni che includono sia le persone che il contesto ambientale (fisico e sociale) nel quale si muovono. Durante il Focus-group viene recuperata la dimensione sociale, transazionale e relazionale della formazione degli atteggiamenti, delle percezioni e delle opinioni. Altra caratteristica positiva del Focus-group, che risulta fondamentale nella scelta di questo metodo per lo studio del tema dell'umanizzazione e delle qualità degli ambienti sanitari, è il fatto che, nella discussione di gruppo, risulta ampliata la libertà per i partecipanti, che non dovessero sentirsi di esprimere un'opinione, di assistere in silenzio alla discussione o a parte di essa, ridu-

di sicurezza nell'ambiente di lavoro. Tutte le Interviste hanno avuto una durata compresa tra i 20' e i 40' circa, e sono state audioregistrate.

Fase A – Focus-group

I partecipanti sono stati riuniti in una sala, all'interno delle strutture coinvolte e durante l'orario di lavoro. Il *setting* è stato organizzato in maniera tale da poter essere quanto più adatto alle dinamiche di condivisione, ascolto e risposta (Krueger & Casey, 2000). I Focus sono stati condotti utilizzando la tecnica del doppio conduttore, e hanno avuto come argomento target le necessità, i bisogni, le percezioni, gli atteggiamenti e le opinioni connesse al concetto di umanizzazione delle tipologie di strutture nelle quali i partecipanti lavorano. Tale concetto è stato affrontato in riferimento all'intera struttura e quindi declinato attraverso i diversi spazi che le costituiscono. Ai partecipanti è stato comunicato un appuntamento nell'ambiente destinato a funzionare da *setting*, quindi il focus si è svolto secondo lo schema presentato. Tutti i Focus-group hanno richiesto un lasso di tempo compreso tra i 50' e i 90', e sono stati audioregistrati.

Fase B – Questionari

I partecipanti sono stati tutti contattati all'interno delle strutture target individuate. Il questionario è stato loro somministrato direttamente nel reparto (per i pazienti in maggioranza nelle camere di degenza, per medici e infermieri nelle sale di lavoro o negli ambulatori). A partire dalla lista delle raccomandazioni e delle specifiche essenziali sono state individuate le variabili da verificare attraverso l'impiego dei questionari. In coerenza con gli obiettivi dello studio, si è considerata come forma più adatta per

cendo il rischio di una "suggestione" da parte del conduttore o dello strumento. La quantità di informazioni che si possono ottenere dall'analisi di un Focus-group è ampliata da quello che sempre Corrao (2005, p. 77) definisce come "effetto a valanga". Un ricordo, una riflessione, un'opinione espressa da uno dei partecipanti può elicitarne una risposta in uno o più degli altri membri del gruppo, portando a una catena di nuovi concetti e opinioni che arricchiscono la discussione e le consentono di proseguire con il minimo intervento da parte del conduttore (Krueger, 1998).

I componenti dei Focus Group

I Focus Group devono essere strutturati coinvolgendo partecipanti scelti in maniera tale da rispondere agli obiettivi dello studio (Stagi, 2000). Il maggior numero di variabili in grado di influenzare il rapporto con le strutture sanitarie dovrà essere tenuto in considerazione. Quin-

di l'esperienza (nel caso dei fruitori interni), la tipologia di rapporto con la struttura (stabile, occasionale), il ruolo (personale medico/non medico; paziente/familiare) potranno essere variabili in grado di influenzare il coinvolgimento o meno nelle discussioni dei Focus-group. Risulta, infatti, fondamentale, per un proficuo svolgimento dei Gruppi, che i partecipanti siano in "grado di interagire in modo efficace" (ivi, p. 73). I campioni vanno selezionati garantendo la partecipazione di individui che abbiano un grado di conoscenza ed expertise omogeneo in maniera tale da poter ipotizzare un livello equilibrato di percezioni all'interno del gruppo. È altrettanto fondamentale, però, garantire una pluralità di punti di vista per aumentare la possibilità di una differenziazione interna (Krueger, 1994). Quindi vanno, preferibilmente, evitati gruppi caratterizzati, al proprio interno, da una omogeneità eccessiva riguardo la familiarità, la conoscenza e il rapporto con la struttura target.

il questionario quella rappresentata dalle Scale Autoancoranti. Il questionario è stato quindi strutturato *ad hoc*, con un formato di risposta su scala ancorante con 10 possibili modalità di risposta lungo l'asse "Importante – Non Importante" per ciascuna "specifica esigenziale". La somministrazione è stata preceduta da una fase di pre-verifica riguardo il *phrasing* e il *wording*, al fine di controllare la presenza di eventuali formulazioni ambigue o difficilmente comprensibili.

Gli item costruiti al fine di misurare l'importanza percepita dalle specifiche sono stati quelli di seguito elencati:

Esigenza 1: Privacy visiva e acustica
La possibilità di potersi riparare dalla vista altrui o di poter parlare con altri senza essere sentiti se non lo si desidera
Esigenza 2: Continuità con l'ambiente domestico
Ambienti che ricordino l'atmosfera domestica
Esigenza 3: Presenza family zone
Ambienti che permettano la permanenza di familiari e ospiti in maniera confortevole senza intralciare o disturbare gli altri
Esigenza 4: Vista verso l'esterno
Vista verso l'esterno gradevole e che permetta il rilassamento
Esigenza 5: Controllo visivo da parte del personale
La possibilità di vedere o essere visti dalla propria posizione
Esigenza 6: Custodia in sicurezza degli effetti personali
Arredi che permettano di custodire in sicurezza i propri effetti personali
Esigenza 7: Inibizione all'accesso
Possibilità di limitare l'accesso ad altre persone durante le operazioni che richiedono particolari livelli di privacy
Esigenza 8: Comunicazione con l'esterno
Dotato di computer e attrezzature multimediali per l'intrattenimento

I Gruppi devono includere sia uomini che donne e lavoratori posizionati a diversi livelli della gerarchia organizzativa, in modo tale da garantire ai ricercatori l'accesso a rappresentazioni quanto più arricchite da prospettive differenziate. Se si rispettano queste linee guida, il Focus-group si rivela una metodologia particolarmente adatta per elicitare risposte e contenuti riguardanti le rappresentazioni e le esigenze condivise.

L'analisi dei dati qualitativi

Quando si progetta un'indagine che coinvolga metodologie qualitative è necessario riservare una grande attenzione e un alto livello di expertise all'analisi dei dati. La letteratura riporta, infatti, diverse tecniche di analisi dei dati, ma è altamente opportuno indirizzarsi verso quelle caratterizzate da un livello di controllo e di standardizzazione delle procedure molto alto in virtù dell'alta possibilità di errore dovuta alla natura stessa dell'indagine (informazione qualitativa,

elevata dipendenza dalle categorie individuate al momento della progettazione dello studio, elevata sensibilità a eventuali influenze di analisti non esperti).

La procedura più adatta prevede di audioregistrare (o videoregistrare) le interviste su supporto digitale, riportarle su un supporto informatico affidabile e quindi provvedere alla loro trascrizione integrale. Il passo successivo è rappresentato dalla codifica del contenuto delle interviste e dalla sua categorizzazione per aree semantiche, in maniera coerente con le dimensioni di analisi. L'analisi qualitativa dei dati andrà quindi condotta con l'utilizzo di uno o più software di analisi. Gli output più adatti per un'analisi delle rappresentazioni riguardanti gli ambienti sanitari sono rappresentati dai contenuti che riguardano le dimensioni valutative e le reti di significati semantici condivise riguardo il quadro esigenziale e le esperienze ambientali. Queste analisi devono fornire ai ricercatori le informazioni sufficienti per

Esigenza 9: Possibilità di conservare alimenti al fresco

Presenza di attrezzature per conservare o riscaldare alimenti e bevande al fresco, tutelando l'igiene

Esigenza 10: Potenzialità ristorative

Capacità dell'ambiente permettere il riposo, il rilassamento e il recupero di energie psicofisiche

Esigenza 11: Colore delle finiture e degli arredi

Colori di ambienti e arredi piacevoli

Esigenza 12: Presenza di staff zone

Presenza di piani di lavoro per scrivere e sistemi informatici di gestione dei dati

Esigenza 13: Controllo delle condizioni microclimatiche e illuminazione

Dispositivi per la regolazione in autonomia della luce e della temperatura

Esigenza 14: Controllo della ventilazione naturale

Aperture verso l'esterno per il ricambio dell'aria

Esigenza 15: Illuminazione artificiale

Illuminazione adeguata alle necessità di utilizzo dell'ambiente

Esigenza 16: Fruizione del servizio igienico

Servizi igienici facili da raggiungere e facilmente identificabili

Esigenza 17: Illuminazione naturale

Spazio e ambienti illuminati da luce naturale

Esigenza 18: Fruibilità in sicurezza durante la deambulazione

Spazio completamente fruibile in autonomia e presenza di attrezzature che lo agevolino

Esigenza 19: Possibilità di effettuare igiene delle mani

Presenza di dispositivi per l'igiene delle mani e sistemi informativi sulle modalità di pulizia

Esigenza 20: Movimentazione paziente

Possibilità di spostare il paziente agevolmente e in sicurezza anche in situazioni di emergenza

Esigenza 21: Raccolta rifiuti speciali (medici infermieri - oncologico)

Dotazione di attrezzature per la preparazione e la somministrazione delle terapie chemioterapiche e per la raccolta in sicurezza dei rifiuti speciali

approntare, integrare o modificare gli strumenti quantitativi e, allo stesso tempo, rappresentare una fonte essenziale riguardo l'articolazione qualitativa delle rappresentazioni condivise degli utenti, per ogni struttura e sotto-struttura ambientale considerata e per tutte le tipologie di fruitori coinvolti.

L'indagine quantitativa: il questionario strutturato

Le tecniche di indagine quantitativa sono le più adatte a fornire informazioni sulle gerarchie che i singoli elementi costitutivi del quadro esigenziale presentano. La base dati fornita dalle fasi qualitative e dalla letteratura rende, infatti, possibile una strutturazione delle diverse dimensioni in uno strumento che permette una somministrazione quanto più capillare possibile e, allo stesso tempo, un'analisi dei dati in termini numerici, quantitativi e, nel nostro caso, ordinali. Una metodologia quantitativa consente

di indagare l'ordine di importanza che i fruitori delle strutture sanitarie attribuiscono ai requisiti di umanizzazione e qualità degli ambienti sanitari. Tale tassonomia permetterà di incrociare le rappresentazioni frutto dell'esperienza di luogo di tali utenti, con le esigenze costruttive che rappresentano il motore primo dell'indagine.

Se, infatti, l'obiettivo dell'indagine è quello di ricostruire una gerarchia di importanza delle caratteristiche configurazionali dell'ambiente per verificare come, e con quale ponderazione, le raccomandazioni progettuali corrispondano alle esigenze e percezioni dei partecipanti, lo strumento quantitativo appare senz'altro il più adatto. Nella progettazione dello strumento è importante optare per la formulazione e la tecnica di somministrazione che più metteranno a proprio agio i rispondenti, salvaguardando in questo modo la validità dello strumento. Tra le modalità di somministrazione, il questionario strutturato *self-report* (autocompilato) appare la

Esigenza 22: Multidimensionalità spaziale
Garantire la possibilità di socializzare o isolarsi in base alle attività da svolgere
Esigenza 23: Identificabilità
Spazi e arredi facilmente riconoscibili
Esigenza 24: Informatizzata dati clinici pazienti
Attrezzature informatiche per l'informazione e il coinvolgimento di pazienti e familiari
Esigenza 25: Mimetizzazione attrezzature
Attrezzature sanitarie non visibili ai pazienti ma facilmente raggiungibili dal personale sanitario
Esigenza 26: Custodia in sicurezza effetti personali
Spazio e arredi per riporre indumenti e effetti personali durante la visita
Esigenza 27: Adeguatezza dello spazio al supporto psicologico e allo scambio comunicativo
Area apposita dove svolgere attività di supporto psicologico e la discussione tra colleghi
Esigenza 28: Arredi e attrezzature per attività pediatriche (casa della salute)
Spazio adatto all'attesa e alle visite dei bambini
Esigenza 29: Distrazione e accoglienza dei bambini
Dotazioni che consentano ai bambini di distrarsi
Esigenza 30: Isolamento acustico
Spazio lontano da fonti di rumore esterne e da attrezzature rumorose
Esigenza 31: Controllo visivo da parte del personale
Spazi che consentano il contatto visivo delle varie figure e che permettano di essere facilmente raggiungibili in caso di necessità
Esigenza 32: Fruibilità in condizioni di sicurezza ed ergonomiche
Postazione di lavoro sicura, adattabile e che agevoli le attività
Esigenza 33: Adeguatezza dello spazio allo svolgimento degli scambi comunicativi
Postazione di lavoro che consenta ai membri dello staff di interagire tra loro facilmente
Esigenza 34: Inibizione all'accesso
Distinzione tra spazi pubblici e privati chiara e accessibile

più affidabile e quella che meglio consente una valutazione quantitativa e comparativa delle diverse variabili coinvolte.

La scelta della forma e della struttura del questionario dovrà, ancora una volta, essere effettuata in coerenza e in dipendenza dagli obiettivi d'indagine. Per fornire le informazioni adeguate a committenti e progettisti, l'indagine sarà volta a verificare l'influenza e il peso che le diverse variabili progettuali considerate hanno nella percezione dei fruitori delle strutture sanitarie, e in che misura esse possano influenzare tale percezione. Lo strumento dovrà essere in grado di mettere a fuoco:

l'importanza delle singole variabili nella percezione dei fruitori;

la gerarchia di importanza percepita delle variabili considerate in funzione degli specifici ambienti ospedalieri e sanitari;

l'esistenza di differenze nelle diverse tipologie di strutture target;

l'esistenza di differenze tra le diverse tipologie di fruitori coinvolti. Per renderlo possibile, le singole categorie esigenziali dovranno essere integrate in uno strumento che possa discriminare tra i differenti pattern di risposta.

Sarà necessario individuare le esigenze potenzialmente in grado di influenzare la percezione individuale del livello di umanizzazione delle strutture sanitarie, e la sua articolazione nei differenti *spazi* costitutivi degli ambienti generali. A partire dalle raccomandazioni progettuali, occorrerà individuare quindi i parametri e le variabili ascritte che, interessando direttamente gli scopi dell'indagine, dovranno essere inserite nel questionario.

Le modalità di risposta attraverso le quali i partecipanti saranno chiamati a esprimersi possono influenzare in maniera notevole la qualità dei dati ottenuti. Per tale motivo questa modalità rappresenta un passo di importanza fondamentale nella progettazione dello studio.

Esigenza 35: Flessibilità
Spazi adattabili e flessibili in funzione delle varie esigenze
Esigenza 36: Agevolare permanenza prolungata
Spazi e arredi che agevolino e rendano confortevole l'attesa
Esigenza 37: Distribuzione bevande/vivande
Dotazione di un punto di distribuzione di bevande e vivande facilmente identificabile
Esigenza 38: Multifunzionalità e accogliibilità diverse tipologie di utenza
Spazi capaci di garantire privacy e relax in funzione del tipo di utente o di esigenza
Esigenza 39: Accessibilità agli spazi esterni
Accessibilità diretta dagli spazi interni agli spazi esterni
Esigenza 40: Illuminazione artificiale esterna
Spazi esterni sempre illuminati
Esigenza 41: Confort termoigrometrico
Spazi esterni fruibili anche in condizioni di pioggia o alte temperature
Esigenza 42: Fruibilità per attività motorie
Spazi esterni attrezzati per il recupero delle capacità motorie
Esigenza 43: Facilità orientamento
Spazi che facilitino l'orientamento e il raggiungimento delle mete prefissate
Esigenza 44: Presenza di Facilities
Servizi e strutture commerciali di supporto alle esigenze degli utenti
Esigenza 45: Presenza di zone filtro
Presenza nell'atrio di un area di passaggio tra ambiente esterno e ambiente interno
Esigenza 46: Separazione tra aree di passaggio e aree riservate
Corridoi liberi da ingombri e separati in base ai tipi di utenti e ai flussi di persone
Esigenza 47: Ottimizzazione dei percorsi
Corridoi che minimizzino le distanze tra le aree di interesse

Tra le differenti modalità di risposta, due appaiono le più adatte per studiare il livello di umanizzazione percepita, la gerarchia del quadro esigenziale e gli atteggiamenti riguardo le strutture sanitarie: la scala Likert (Likert, 1932) e le Scale Autoancoranti.

La scala Likert è formata da una batteria di affermazioni (*item*) rispetto alle quali i rispondenti devono esprimere il proprio grado di accordo e disaccordo su una scala numerica (che parta solitamente da 0 o da 1 per indicare il livello di massimo disaccordo fino a un punteggio massimo di accordo indicato con valori che vanno da 3 a 10 a seconda degli strumenti). È una tecnica ampiamente utilizzata soprattutto per la misurazione degli atteggiamenti, in virtù della propria duttilità e della coerenza con la quale i dati possono essere trattati con criteri numerici. Uno strumento particolarmente coerente rispetto all'obiettivo di individuare una gerarchia esigenziale è quello rappresentato dalle Scale

Autoancoranti o di Auto collocazione.

Le Scale Autoancoranti costituiscono una modalità di presentazione degli item che mette il rispondente in condizione di esprimere un parere riguardo un determinato aspetto, rispondendo agli stimoli posizionandosi lungo una scala che abbia ai due opposti due modalità estreme e contrarie tra loro (in questo caso: Importante vs Non Importante). Le etichette sono presenti solamente in corrispondenza dei valori estremi, mentre le risposte intermedie ne sono prive. In questo modo il rispondente può scegliere liberamente in che posizione della scala collocare la propria risposta.

Questa forma si presta a valutare atteggiamenti molto più variegati rispetto al semplice grado di accordo o disaccordo rispetto all'item (Caselli, 2005). Tale struttura consente anche di considerare le variabili come se fossero variabili cardinali o quasi cardinali. Per misurare atteggiamenti o valutare esigenze non esiste

Per evitare un carico cognitivo eccessivo per i partecipanti e poter così limitare l'effetto dell'ordine di presentazione (che avrebbe potuto influire sull'attenzione e, quindi, sulla qualità delle risposte) ogni questionario è stato diviso esattamente in due parti, creando una versione del questionario A (la prima metà del questionario) e una versione B (la seconda metà del questionario). Tale divisione non influenza i risultati in quanto il campionamento ha considerato gruppi omogenei di partecipanti per entrambe le versioni. Inoltre, essendo ogni spazio da considerarsi come una misurazione indipendente dalle altre, tale divisione non influenza i risultati finali. La compilazione del questionario ha richiesto mediamente tra i 15 e i 25 minuti circa.

RISULTATI DELLE ANALISI QUALITATIVE / FASE A

L'analisi testuale delle interviste ha permesso di esaminare le categorie semantiche maggiormente associate ai concetti individuati in fase di predisposizione della ricerca. In questo caso è stato possibile generare dei risultati che descrivono le rappresentazioni dei concetti e delle esigenze considerate sia attraverso insiemi di parole fortemente legate alla rappresentazione della categoria concettuale studiata, sia attraverso frasi e concetti più complessi che ne descrivono il contesto e i significati associati. Ognuno dei concetti specifici è stato quindi considerato come una macro-area di analisi che potesse essere declinata in funzione delle similarità o delle differenze per tipologia di utente o per tipo di area ospedaliera indagata.

infatti di per sé un'unità di misura, ma questa modalità consente di attribuire un punteggio e una relazione cardinale ai differenti valori. Tale caratteristica appare particolarmente importante quando gli obiettivi dello studio prevedono di indagare l'esistenza di una gerarchia tra le variabili considerate, come nei casi considerati in questa sede.

È opportuna una fase di pre-verifica e una particolare attenzione riguardo il *phrasing* e il *wording*, al fine di garantire la validità interna dello strumento, evitando e controllando la presenza di eventuali formulazioni ambigue o difficilmente comprensibili.

Gli item costruiti al fine di misurare i requisiti dovranno rappresentare tutti i fattori e le dimensioni che si vogliono indagare.

Non importante

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Importante

La base dell'indagine: il campionamento

Da un corretto campionamento dipende in gran parte la validità della ricerca. Risultando impossibile l'acquisizione delle informazioni su tutta la popolazione coinvolta, a ogni livello, nella vita di tutte le strutture sanitarie, la nostra informazione dovrà essere necessariamente acquisita attraverso il contatto con una parte della popolazione stessa (sottoinsieme), della quale rilevare percezioni, atteggiamenti ed esigenze.

Perché i risultati possano essere considerati

La Scala Autoancorante a dieci passi, tra l'altro una delle più utilizzate quando si adotta questo tipo di scale, rappresenta un buon compromesso tra l'esigenza di fornire alle persone un sufficiente numero di opzioni e la necessità di non appesantire troppo il compito dei partecipanti con un numero eccessivo di opzioni.

TAB. 1 ESEMPIO DI SCALA AUTOANCORANTE A 10 PASSI UTILIZZABILE PER INDAGARE L'IMPORTANZA DELLE VARIABILI COSTITUTIVE DEL QUADRO ESIGENZIALE

Attraverso l'analisi qualitativa è stato possibile reperire una serie valutazioni di verifica del quadro esigenziale ipotizzato.

Le esigenze di benessere fisico-ambientale

Dai risultati dello studio emerge in maniera diffusa e generale la necessità di poter gestire in autonomia l'apertura delle finestre, poter controllare le temperature, o semplicemente poter cambiare l'aria e eliminare gli odori che si creano negli ambienti. La climatizzazione è percepita come il bisogno maggiormente sentito, insieme all'illuminazione. Gli operatori sanitari sottolineano come il controllo da parte dei pazienti sia però di difficile gestione, perché tener conto delle esigenze di tutti e trovare una soluzione accettata talvolta è impraticabile, dato il numero di utenti e di esigenze specifiche che influenzano tali dinamiche. Allo stesso tempo, viene però espresso come, gestire le temperature con un sistema centralizzato per tutta la struttura sia negativo in relazione ad esigenze diverse che si possono avere in funzione delle diverse attività da svolgere. Tali differenze creano problemi di difficile gestione, incrementando il livello di stress lavorativo degli operatori sanitari e di stress ambientale dei degenti.

Anche l'illuminazione viene percepita come una possibile fonte di disagio, quando per esempio non vi è un sufficiente luce naturale (questa risulta una necessità espressa da tutte le tipologie di utenti), infatti le luci artificiali (il neon in particolare) vengono considerate fastidiose in quanto inducono una percezione di chiusura e costrizione, oltre al fatto che creano un ambiente "freddo".

Emerge, da parte degli operatori, un'attenzione alla qualità dell'illuminazione soprattutto quando si utilizzano attrezzature o si eseguono visite. Tale problema si verifica

validi anche per il resto della popolazione, la selezione del campione dovrà avvenire ponendo un'attenzione particolare alla cosiddetta *strategia di campionamento* e al piano di campionamento che dovranno essere elaborati a partire dal piano di rilevazione elaborato insieme agli esperti progettisti e/o al committente (Palumbo, Garbarino, 2006).

Sarà opportuno che uno studio sulle esigenze finalizzato alla progettazione delle strutture socio-sanitarie tenga conto della *stratificazione* del campione a seconda delle variabili progettuali individuate.

Al fine di ottenere un quadro che comprenda le diverse esperienze ambientali relative alle strutture target (anche in virtù dei diversi livelli di *expertise* e familiarità riguardo alle strutture stesse) il campionamento dovrà tener conto della stratificazione in relazione alla tipologia di fruizione dell'ambiente delle strutture sanitarie. Gli operatori interni (personale medico e non

medico) e gli utenti esterni (pazienti e familiari) avranno delle rappresentazioni differenziate, e sarà quindi opportuno stratificare il campione in considerazione di questo elemento. La presa in considerazione di questo elemento. La presa in considerazione di queste categorie parte infatti dall'esigenza di esaminare tutti livelli di interazione con l'ambiente per dimensioni differenti quali la familiarità con il contesto, il ruolo e i *pattern* di durata temporale (Schumacker, Pequegnat, 1989; Nenci et al., 2007; 2011). Allo stesso tempo, considerando i riscontri di letteratura (vedi Fornara et al., 2006) che sottolineano la presenza di differenze nella valutazione di aspetti spazio fisici da parte di personale interno ospedaliero rispetto a pazienti e visitatori, è opportuno considerare l'esigenza di poter analizzare tali tipologie di utenti secondo due macrocategorie (personale interno e utenti esterni). Tale unificazione permetterà di semplificare il disegno sperimentale senza comunque perdere la complessità e la qualità dei risultati.

anche negli ambulatori che, secondo il personale interno, devono avere una buona illuminazione, possibilmente naturale, essere adeguatamente climatizzati ed evocare una sensazione di tranquillità, necessaria per una loro fruizione in condizioni adeguate.

Un'esigenza espressa con particolare frequenza è quella di poter esercitare un controllo sul rumore. Il rumore costituisce un possibile elemento di disturbo, sia quando prodotto all'interno che all'esterno della struttura.

Un'ulteriore esigenza manifestata al fine di diminuire le condizioni di stress è la presenza di parcheggi al di fuori della struttura (espressa di frequente e spontaneamente, senza che nessun'area specifica dell'intervista la richiedesse) in modo da agevolare l'accesso alla struttura.

Le esigenze rigenerative

La possibilità di fruire della vista verso l'esterno permette ai pazienti di *uscire* con il pensiero, sentendosi *altrove* rispetto alla propria esperienza negli spazi della cura e dà loro la possibilità di godere, ove possibile, di scenari rilassanti, o di vedute sulla vita quotidiana della città che contribuiscono a distrarre e alleviare lo stress. La presenza di un'apertura verso l'esterno e la possibilità di godere di un panorama verso un paesaggio esterno può costituire, inoltre, anche l'opportunità, per il personale, per una pausa dalla *routine* lavorativa e di rilassarsi.

La presenza di spazi esterni fruibili è considerata positivamente soprattutto dal personale. In assenza di questi, una terrazza, per esempio, può rappresentare uno spazio di relax. Inoltre anche la presenza di quadri e stampe che raffigurino immagini di spazi aperti e panoramici è considerata distraente.

Un'ulteriore stratificazione che è opportuno mettere in atto riguarda la tipologia di struttura, per poter includere, nell'indagine, strutture aventi organizzazione, esigenze e processualità differenti.

Un'ulteriore, eventuale, stratificazione può avere luogo su base geografica.

Per quanto, infatti, la letteratura di riferimento non suggerisca in genere possibili differenze dovute alla zona geografica di provenienza dei partecipanti e delle strutture riguardo le esigenze e alle rappresentazioni condivise, il piano di rilevazione potrebbe opportunamente includere una stratificazione su base territoriale italiana (o sub-regionale) per tenere in considerazione una realtà notoriamente variegata riguardo le esperienze sul tema in questione, e per includere nell'analisi eventuali differenze riguardo l'esperienza ambientale dei partecipanti e il livello di soddisfazione delle esigenze di base.

L'analisi dei dati quantitativi

Per poter fornire un output in grado di rappresentare un utile strumento di orientamento e di informazione concreta per i progettisti, l'analisi dei dati, deve prendere necessariamente le mosse dal potenziale informativo della scala (particolarmente evidente la potenzialità "cardinale"¹ per le auto-ancoranti) per individuare, attraverso il calcolo delle medie e delle varianze per ogni fattore, la gerarchia di importanza delle dimensioni per ogni ambiente e categoria di fruitori. L'ausilio di software per l'analisi statistica dei dati è anche in questo caso importante per garantire un'analisi puntuale e affidabile. I risultati confluiranno quindi in una base informativa che includa le informazioni che, all'inizio dell'indagine, avranno orientato la progettazione dello studio.

1 I valori assegnati ai livelli della variabile assumono un significato numerico ed è possibile eseguire le operazioni come la numerazione e il conteggio

Le esigenze di privacy

L'esigenza di un adeguato livello di *privacy* viene molto importante, soprattutto nelle camere di degenza, spesso affollate da pazienti con esigenze diverse. Questo aspetto si rileva particolarmente importante in due momenti particolari: le visite dei familiari e le visite mediche. Nel caso delle visite di familiari, la camera di degenza spesso diventa un ambiente sovraffollato, non adatto a ospitare due o tre familiari per paziente. Questa esigenza fisico-ambientale si integra con un'esigenza psicologica legata alla possibilità di gestire le visite in maniera rispettosa della persona e con un certo grado di riservatezza rispetto agli altri degenti e ai loro parenti. Questo aspetto diventa ancor più evidente nei casi di persone che necessitano di assistenza continua, spesso prestata anche dai familiari. L'esigenza di *privacy* a volte è relazionata anche ad esigenze pratiche e igieniche. Si rileva infatti, per esempio, che l'ubicazione dei servizi igienici nelle camere di degenza viene richiesta fortemente anche dal personale interno che ha la possibilità di gestire le condizioni igieniche in maniera più idonea ed efficiente.

La *privacy* è richiesta però anche negli spazi esterni alla camera di degenza come, per esempio, nelle *sale colloquio* spesso non presenti, ma considerate necessarie per poter gestire rapporti sociali e colloqui medici in un ambiente che non sia la camera o il corridoio. Queste sale sono, quindi, immaginate come ambienti colorati, accoglienti, dove sia garantita una riservatezza adeguata per le comunicazioni importanti sulla salute dei pazienti, ma che, allo stesso tempo, permettano di poter dimenticare di trovarsi in un ambiente per la cura.

Aspetto interessante è che il personale interno, a propria volta, sottolinea la necessità di avere una sala colloqui nella quale anch'essi possano usufruire di un supporto psicologico, giudicato particolarmente importante in considerazione delle situazioni critiche che si trovano ad affrontare.

Le esigenze di fruibilità e di orientamento

Un'altra esigenza espressa in diversi contesti è quella della facilità di *orientamento* all'interno delle strutture. A partire dall'ingresso, l'atrio, inteso come punto di accoglienza e snodo per tutti gli altri spazi, diventa fondamentale per poter facilitare l'orientamento. Questo aspetto non è solo definito dagli intervistati in funzione del numero di informazioni, ma anche della loro semplicità e leggibilità, dalla loro chiarezza e dagli ausili informatici e non, a esso dedicati. A tal fine è molto importante la segnaletica, che deve aiutare e non mettere ulteriormente in difficoltà gli utenti.

Nelle Case della Salute, in particolare, in cui l'utente ha la possibilità di scegliere in maniera più personale i percorsi rispetto alle strutture ospedaliere, questa esigenza diventa, ancor più, prioritaria.

Facilitare l'orientamento anche di notte è utile ai pazienti, per permettere loro, per esempio, di raggiungere servizi igienici, ma diventa anche una necessità organizzativa per il personale che, nel gestire più velocemente i flussi degli utenti, può ottimizzare il tempo e la fruibilità degli ambienti. Il personale interno, in particolare infatti, richiede percorsi di spostamento più brevi e ottimizzati, evitando corridoi troppo lunghi tra le varie aree di lavoro, oppure separando il percorso pubblico da quello privato, non solo per rendere gli spostamenti più rapidi, ma anche come forma di tutela sanitaria e per garantire la riservatezza negli spostamenti, che non sempre devono essere effettuati a contatto con i pazienti.

Le esigenze fisico-spaziali

La presenza di una struttura (anche informale) di accoglienza, come emerso, per esempio, nella maggior parte dei reparti di Oncologia, può migliorare la condizione dei pazienti che sono già in una situazione critica dal punto di vista psicologico. In questi reparti, sia per i pazienti che per i familiari, emerge la necessità di una connessione tra utenti in attesa e medici, da garantire tramite la configurazione strutturale, o tramite figure di raccordo. Nei reparti di Medicina a volte viene indicato uno spazio eccessivo dedicato alla sala d'attesa a discapito di altri spazi e, dunque, emerge la richiesta/suggerimento di sale d'attesa ridotte; nelle Case della salute viene richiesta dagli operatori una sala d'attesa con ampi spazi a disposizione, magari divisa in più ambienti. È inoltre importante poter gestire fisicamente e visivamente la vicinanza ai diversi ambulatori, senza però che i rumori possano filtrare all'esterno costituendo un disturbo e una limitazione della privacy. Oltre al numero delle sale risulta essere importante anche la loro forma, in modo da favorire un collegamento più diretto con le destinazioni da raggiungere e, contemporaneamente, una visibilità adeguata. Questa esigenza si evidenzia per la relazione tra sale d'attesa e ambulatori, ma anche per quel che riguarda la relazione fisica tra la postazione di lavoro dei medici e infermieri e le camere di degenza. La sala dovrebbe consentire, secondo gli intervistati, un rapporto anche visivo tra operatori e pazienti ma, allo stesso tempo, garantire agli operatori la possibilità di confrontarsi tra loro con un adeguato livello di riservatezza. In questo senso la dotazione anche di un collegamento tecnologico con le camere di degenza è ritenuto utile.

Le esigenze psico-emotive

Le esigenze espresse dagli operatori includono anche la necessità di usufruire di spazi che possano essere utilizzati per soddisfare necessità altre: una sala da dedicare esclusivamente alle riunioni, ma anche aule formative, un ambiente cucina e spazi riservati che possano essere utilizzati per momenti di decompressione. Questi bisogni portano, nella pratica, all'adattamento o alla fruizione di spazi esistenti e destinati ad altre attività. Proprio il tema della decompressione sembra per gli operatori un'esigenza molto forte, ma attualmente non soddisfatta. Gli operatori sottolineano la necessità anche di potersi isolare, studiare un caso clinico, completare il lavoro in maniera autonoma o semplicemente di disporre di un luogo dove fare *debriefing* sulla giornata lavorativa in modo poter abbassare la tensione o il carico emotivo spesso molto forte in funzione delle situazioni lavorative vissute. Generalmente viene richiesto che l'ambiente di cura possa essere un luogo positivo anche nei confronti del lavoratore, oltre che del paziente. Questo processo può essere facilitato da ambienti dedicati, dotati di buona illuminazione naturale, che permettano di affrontare situazioni spesso anche pesanti e difficili, in situazione sia di privacy nei confronti dei pazienti, sia perché anche l'operatore durante un turno molto lungo sente l'esigenza di poter parlare con i colleghi o poter cambiare registro linguistico e comportamentale senza rischiare di compromettere la propria professionalità. L'esigenza di ricavare spazi appositi per il personale interno è, dunque, un'esigenza comune alle diverse tipologie, che però sembra essere sottolineata in maniera maggiore nei reparti di Medicina, non tanto per quel che riguarda le differenze di compiti lavorativi, ma perché tali reparti sono descritti dagli operatori come reparti in continua emergenza e quindi più critici, affollati, e con ritmi di lavoro meno organici o equilibrati nel tempo.

RISULTATI DELLE ANALISI QUANTITATIVE / FASE B

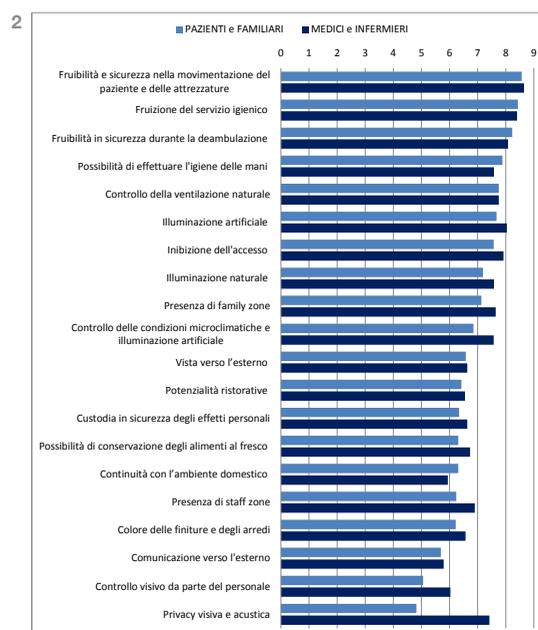
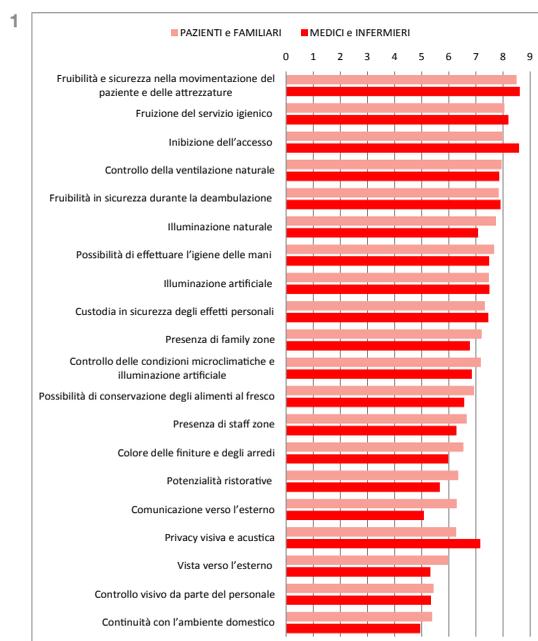
Attraverso l'analisi quantitativa è stato possibile costruire un'ipotesi di gerarchizzazione delle esigenze e quindi delle raccomandazioni progettuali, in relazione alle strutture, gli ambienti considerati e gli utenti. L'analisi quantitativa è stata svolta con l'utilizzo di uno strumento realizzato *ad hoc* sotto forma di questionario strutturato *self-report* (auto compilato). La metodologia adottata potrebbe essere impiegata per implementare ulteriormente l'affidabilità della struttura gerarchica delle raccomandazioni o per contestualizzarla rispetto alle specificità socio-geografiche dell'area di intervento.

Camera di degenza / Day hospital

Struttura complessa di medicina generale e Struttura complessa di oncologia

I pazienti e i familiari considerano come significativamente importante (> di 7/9) la facilità di movimentazione del paziente da parte del personale e la possibilità di muoversi agevolmente nella camera e raggiungere facilmente i servizi igienici. La condizione di privacy è percepita come importante in relazione all'inibizione all'accesso durante le visite e i trattamenti sanitari, mentre risulta meno rilevante, soprattutto per i pazienti della struttura di oncologia, la separazione visiva e acustica dagli altri utenti della camera. Altrettanto importanti vengono considerate le condizioni che favoriscono la permanenza di familiari, il benessere ambientale e la possibilità di attuarne il controllo dal posto letto come quella di disinfezione delle mani sia da parte del personale che dei familiari. Dall'indagine emergono alcune differenze di opinioni tra gli utenti delle due strutture: ad esempio, la vista verso l'esterno viene considerata più importante dai pazienti della struttura di oncologia, mentre i pazienti della struttura di medicina hanno espresso, come più importante, l'esigenza di custodire in sicurezza gli oggetti personali. Di minore rilevanza risultano la continuità con l'ambiente domestico, soprattutto per i pazienti di medicina, l'interazione visiva con la postazione del personale e la dotazione di attrezzature e dispositivi multimediali per lo svago e la comunicazione con l'esterno.

I medici e gli infermieri esprimono valutazioni che non si discostano in modo significativo da quelle dei pazienti e familiari, ad esclusione della privacy visiva e acustica.



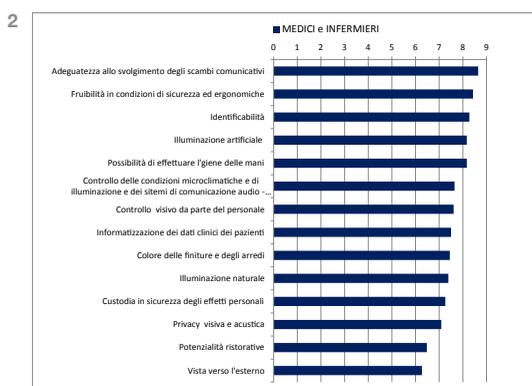
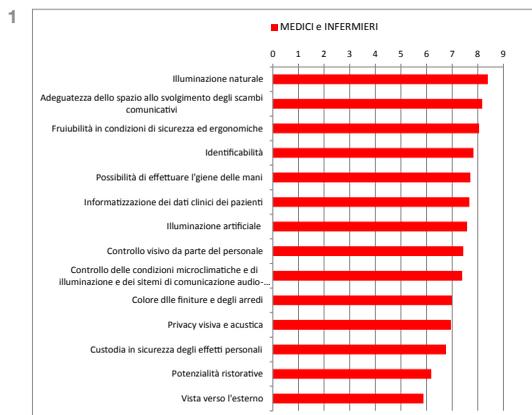
Postazione lavoro medici e infermieri

Struttura complessa di medicina generale e Struttura complessa di oncologia

I *medici e gli infermieri* della struttura di Oncologia attribuiscono importanza prioritaria alle condizioni ambientali che favoriscono le interazioni sociali, la funzionalità degli spazi e l'ergonomicità degli arredi, mentre il personale sanitario della struttura di Medicina attribuisce maggiore importanza alle condizioni di illuminazione naturale. In generale i giudizi sono abbastanza omogenei e di valore piuttosto elevato (quasi tutti > 7/9) con minime differenze fra le due strutture, e con frequente valore maggiore assegnato dal personale della struttura di Oncologia. Fanno eccezione l'illuminazione naturale, ritenuta decisamente più importante dal personale della struttura di Medicina, e, con lieve scarto, la disponibilità di attrezzature per la gestione informatizzata dei dati.

1 S.C. MEDICINA GENERALE:
POSTAZIONE LAVORO MEDICI
E INFERMIERI

2 S.C. ONCOLOGIA:
POSTAZIONE LAVORO MEDICI
E INFERMIERI



Soggiorno

Struttura complessa di medicina generale e Struttura complessa di oncologia

Per i *pazienti e familiari* emergono, come molto importanti, i requisiti di agevole deambulazione, l'illuminazione naturale, la possibilità di socializzare e l'aspetto non istituzionale dello spazio.

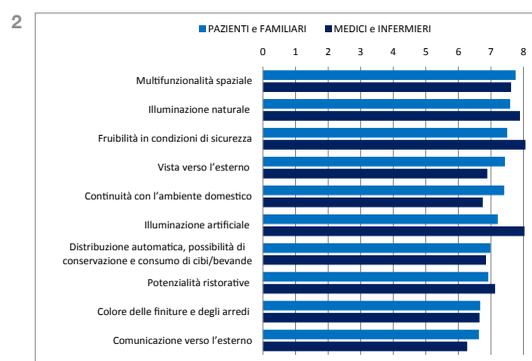
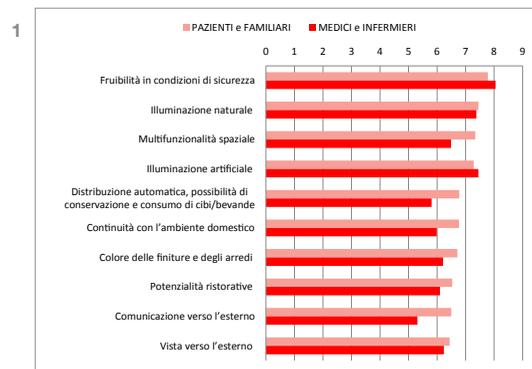
In particolare, nel reparto di oncologia è considerata importante anche la vista verso l'esterno, a differenza di quanto si riscontra nel reparto di medicina.

Anche per i *medici e gli infermieri* emergono, come molto importanti, i requisiti di agevole deambulazione, l'illuminazione naturale e artificiale. La presenza dei dispositivi multimediali viene ritenuta poco importante per entrambi i reparti.

Nel complesso i giudizi dei pazienti e familiari sono più uniformi tra loro e attestati su valori più alti (superiori a 6), mentre quelli dei medici e infermieri, soprattutto nella struttura di Medicina, sono più diversificati.

1 S.C. MEDICINA GENERALE:
SOGGIORNO

2 S.C. ONCOLOGIA:
SOGGIORNO



Accettazione / Informazioni / Consegna Referti

Sruttura complessa di medicina generale e Struttura complessa di oncologia

I *pazienti e i familiari* della struttura di Medicina attribuiscono maggiore peso alla fruibilità dello spazio in condizioni di sicurezza, alla facilità di una chiara identificazione, oltre che a una illuminazione adeguata, sia naturale che artificiale.

Attribuiscono invece minore importanza alla presenza di viste verso l'esterno, alla custodia in sicurezza degli effetti personali e alle potenzialità ristorative dell'ambiente.

I *medici e gli infermieri* esprimono pareri pressoché analoghi, ad esclusione dei maggiori pesi attribuiti alla presenza di dispositivi di controllo delle condizioni microclimatiche, audio-video e alla custodia in sicurezza degli effetti personali.

Nella struttura di Oncologia le differenze sono rilevabili, per quanto concerne il *parere dei pazienti e dei familiari*, nell'attribuzione di scarso peso alla privacy visiva e acustica e, per quello *dei medici e degli infermieri*, nel riconoscimento di un peso rilevante al colore delle finiture e degli arredi.

Casa della salute

Sia per i *pazienti e i familiari* che per i *medici e gli infermieri* assumono una rilevante importanza la facilità di orientamento, le condizioni di illuminazione e la possibilità, anche per gli utenti con ridotte capacità motorie, di muoversi in sicurezza con ausili alla deambulazione.

Soprattutto nel caso in cui nell'atrio siano svolte attività di accettazione e attesa, risulta importante la presenza di uno spazio filtro tra l'ambiente esterno e quello interno.

Requisiti meno importanti sono considerati da tutti gli utenti la vista verso l'esterno e la presenza di un area per il servizio di supporto agli utenti, ad esclusione di quelli strettamente legati alle attività sanitarie.

1 S.C. DI MEDICINA
GENERALE:
ACCETTAZIONE

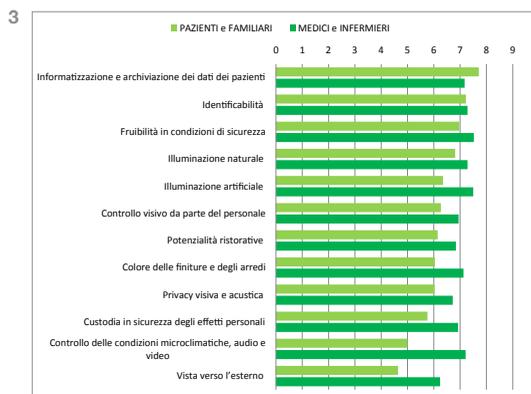
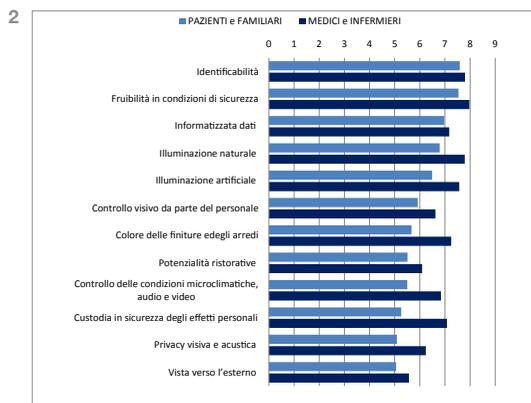
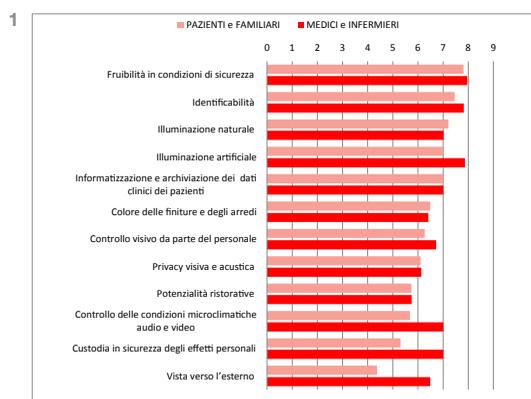
2 S.C. DI ONCOLOGIA:
ACCETTAZIONE

3 CASA DELLA SALUTE:
ACCETTAZIONE

NELLA PAGINA
SEGUENTE:
1 S.C. DI MEDICINA
GENERALE:
AMBULATORIO

2 S.C. DI ONCOLOGIA:
AMBULATORIO

3 CASA DELLA SALUTE:
AMBULATORIO



Ambulatorio / Consultorio / Colloqui

Sruttura complessa di medicina generale e Sruttura complessa di oncologia

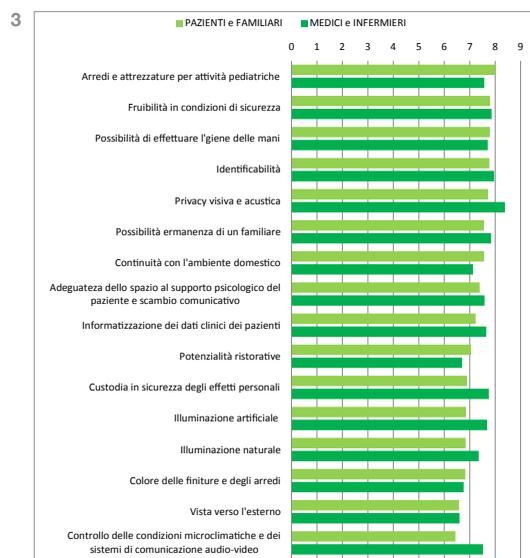
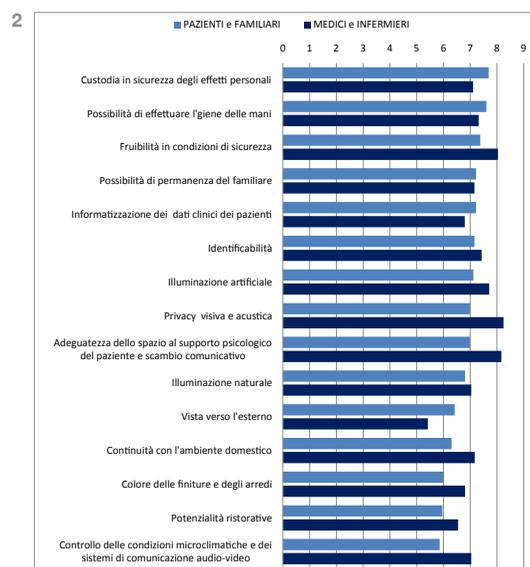
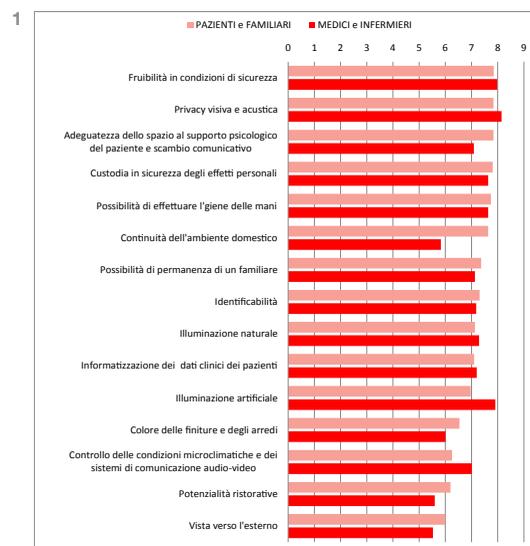
Per i *pazienti e familiari* risulta molto importante che gli spazi dell'ambulatorio siano completamente fruibili in autonomia e dotati di attrezzature che agevolino la deambulazione, e che esista la possibilità di disinfezione delle mani e di deposito in sicurezza degli indumenti. Altrettanto importante è ritenuto il requisito di privacy e l'agevolazione delle attività connesse al supporto psicologico professionale (che invece nella struttura medicina è percepita come meno importante dai medici e infermieri). Nel complesso è considerata di pari importanza la gran parte dei requisiti, in particolare risultano meno rilevanti la vista verso l'esterno, la presenza di dispositivi di controllo delle condizioni di benessere ambientale.

I medici e gli infermieri hanno attribuito molto peso alla privacy visiva e acustica e alla facilità di deambulazione. La possibilità di usufruire di uno spazio per attività di supporto psicologico è molto importante nella struttura di Oncologia, mentre per nella struttura di Medicina sono considerate rilevanti le condizioni di illuminazione artificiale che consentono un adeguato svolgimento delle attività all'interno degli ambulatori. La vista verso l'esterno appare meno rilevante per gli ambulatori, pur mantenendo un punteggio superiore al punto medio della scala.

Casa della salute

I giudizi dei *pazienti e familiari* sono per lo più omogenei e coincidenti con quelli dei medici e familiari. Nel complesso sono ritenuti molto importanti quasi tutti i requisiti: da quello di poter disporre di arredi per utenti in età pediatrica e agevoli condizioni di deambulazione a quello relativo all'informatizzazione dei dati clinici dei pazienti. Di poco inferiori risultano la vista verso l'esterno e il controllo delle condizioni micro climatiche e dei sistemi audio-video. In particolare per i pazienti e i familiari sono molto importanti gli arredi per i bambini e la fruibilità in condizioni di sicurezza oltre alla possibilità di permanenza di un familiare durante la visita e il colloquio.

Per i *medici e infermieri* il requisito più importante è la privacy visiva e acustica, a seguire la chiara identificabilità degli ambulatori e la possibilità di un'agevole deambulazione. Mentre i meno importanti sono la vista verso l'esterno e il colore delle finiture e degli arredi.



Riunioni

Sruttura complessa di medicina generale e Struttura complessa di oncologia

I giudizi dei *medici e degli infermieri* dei due tipi di strutture sono attestati su valori quasi equivalenti, con limitate variazioni.

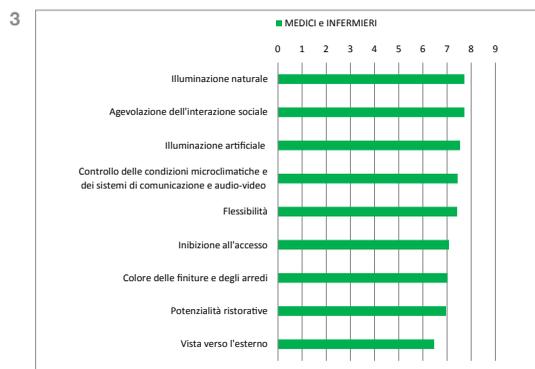
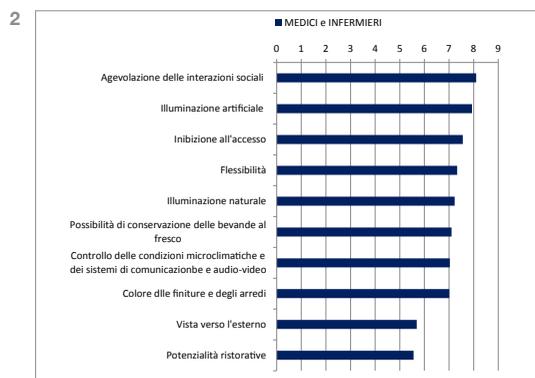
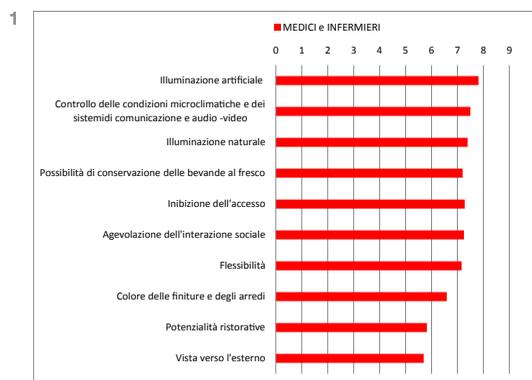
I requisiti ritenuti più importanti nella struttura di medicina sono l'illuminazione e la presenza di dispositivi per il controllo delle condizioni microclimatiche e dei dispositivi audio-video, mentre in quella di Oncologia l'agevolazione delle interazioni sociali e l'inibizione dell'accesso quando non desiderato.

Gli aspetti ritenuti meno rilevanti, seppur mediamente importanti, dal personale di entrambe le strutture riguardano la presenza di elementi con potenzialità ristorative, la vista verso l'esterno e la possibilità di custodia in sicurezza degli effetti personali. Per quest'ultimo aspetto si osserva una lieve differenza di giudizio, risultando più importante per il personale della struttura di Medicina.

Casa della salute

La possibilità di offrire il supporto psicologico professionale e l'illuminazione naturale sono gli aspetti considerati relativamente più importanti dal personale sanitario. Su valori poco inferiori si attestano quasi tutti gli altri aspetti oggetto di valutazione con limitate variazioni di giudizio. La vista verso l'esterno e la possibilità di custodia in sicurezza degli effetti personali sono ritenuti meno significativi, seppur importanti.

- 1 S.C. MEDICINA GENERALE:
RIUNIONI
- 2 S.C. ONCOLOGIA:
RIUNIONI
- 3 CASA DELLA SALUTE



Attesa

Struttura complessa di medicina generale e Struttura complessa di oncologia

Sia i *pazienti e familiari che i medici e gli infermieri* della struttura di Oncologia collocano tra le esigenze prioritarie, quella di potersi muovere con supporti alla deambulazione, la disponibilità di attrezzature per la distribuzione di bevande, la presenza di buone condizioni di illuminazione, di elementi e arredi con potenzialità ristorative e colori adeguati.

Non sono ritenuti di fondamentale importanza né la connotazione dello spazio come ambiente domestico né la presenza di attrezzature per la custodia in sicurezza degli effetti personali.

Anche nella struttura di Medicina sono espressi pareri pressoché uguali sia dai pazienti e familiari che dai *medici e infermieri*; la possibilità di deambulazione agevole e sicura è anche in questa struttura ritenuta prioritaria, a seguire, con importanza quasi equivalente, le condizioni di illuminazione naturale e artificiale, la presenza di un punto distribuzione delle bevande, e il colore delle finiture e arredi.

Quest'ultima condizione assume un peso maggiore nella struttura di Oncologia. Anche i giudizi dei diversi utenti riguardo agli aspetti meno importanti – la custodia in sicurezza degli effetti personali e la presenza di elementi con potenzialità ristorative – risultano i medesimi.

Casa della salute

I pazienti e i familiari ritengono molto importanti la possibilità di muoversi agevolmente e in sicurezza anche nel caso di difficoltà di deambulazione, la presenza di un punto di distribuzione bevande e di adeguate condizioni di illuminazione naturale e artificiale.

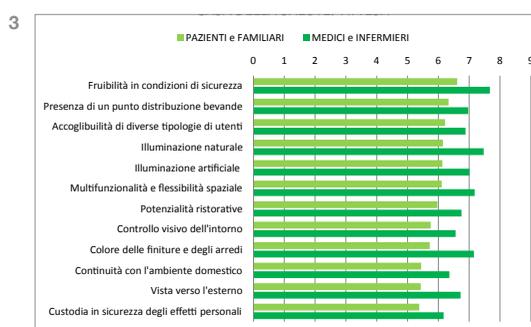
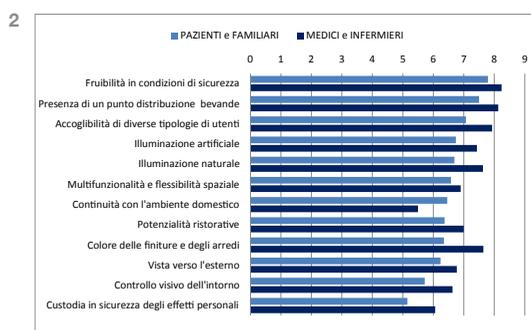
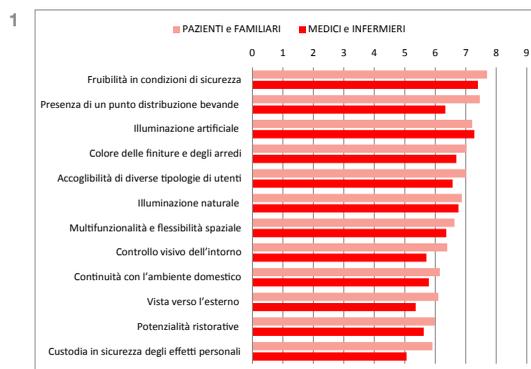
I medici e gli infermieri esprimono giudizi analoghi attribuendo però importanza inferiore al punto di distribuzione bevande e al colore delle finiture e degli arredi rispetto agli altri requisiti.

Per quanto concerne i requisiti ritenuti di minore importanza tutti gli utenti hanno indicato la possibilità di custodire in sicurezza gli effetti personali, la vista verso l'esterno e l'aspetto non istituzionale dell'ambiente.

1 S.C. MEDICINA GENERALE: ATTESA

2 S.C. ONCOLOGIA: ATTESA

3 CASA DELLA SALUTE: ATTESA



Connettivo di distribuzione / Atrio

Struttura complessa di medicina generale e Struttura complessa di oncologia

I *pazienti e familiari* della struttura di Medicina e quelli di Oncologia hanno espresso come esigenza prioritaria la possibilità, anche per le persone con ridotte capacità motorie, di orientarsi in modo semplice e di muoversi in sicurezza all'interno della struttura sanitaria. È risultata, altresì importante, una chiara separazione tra aree riservate al personale e aree pubbliche ed una organizzazione degli spazi tale da minimizzare i percorsi.

Anche per i *medici e gli infermieri* la facilità di orientamento risulta di rilevante importanza mentre la possibilità di muoversi in autonomia pur mantenendo una importanza elevata (> 7 su 9), passa in secondo piano rispetto ad una chiara separazione tra aree riservate al personale e aree pubbliche e alla ottimizzazione dei percorsi.

Sia dai *pazienti e familiari* che dai *medici e dagli infermieri* in entrambe le strutture una minore importanza viene attribuita al fatto che i corridoi abbiano una visuale verso l'esterno e siano dotati di dispositivi con potenzialità ristorative.

Casa della salute

Sia dai *pazienti e familiari* che dai *medici e dagli infermieri* una minore importanza viene attribuita al fatto che i corridoi abbiano una visuale verso l'esterno e siano dotati di elementi con potenzialità ristorative.

I *pazienti e i familiari* esprimono valutazioni mediamente più basse degli altri utenti su tutte le dimensioni indagate.

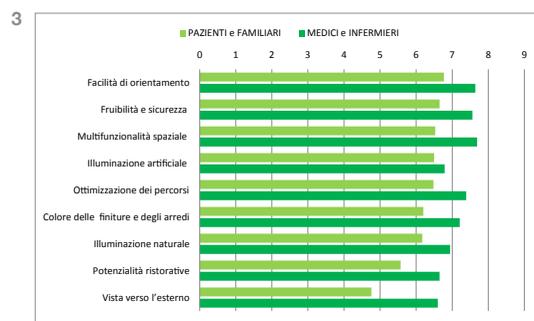
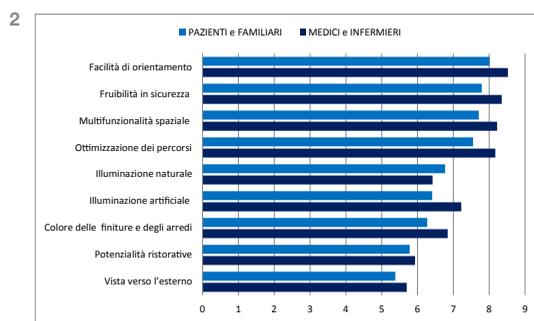
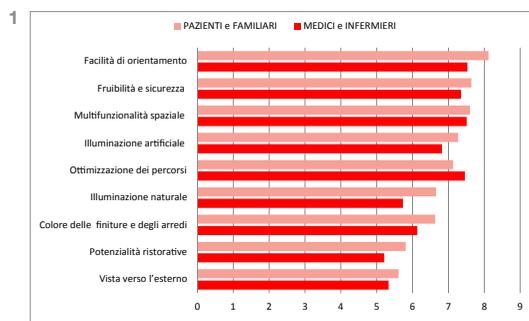
L'esigenza prioritaria è rappresentata dalla possibilità, anche per le persone con ridotte capacità motorie, di orientarsi in modo semplice e di muoversi in sicurezza all'interno della struttura sanitaria.

È risultata altresì importante la condizione di chiara separazione tra aree riservate al personale e aree pubbliche ed una adeguata illuminazione artificiale degli ambienti e una organizzazione degli spazi tale da minimizzare i percorsi.

1 S.C. DI MEDICINA GENERALE:
CONNETTIVO DI
DISTRIBUZIONE/ATRIO

2 S.C. DI ONCOLOGIA:
CONNETTIVO DI
DISTRIBUZIONE/ATRIO

3 CASA DELLA SALUTE:
CONNETTIVO DI
DISTRIBUZIONE/ATRIO



BIBLIOGRAFIA

- Bonaiuto, M., Bilotta, E., Fornara, F., (2004).** *Che cos'è la psicologia architettonica*. Carocci, Roma.
- Bonnes, M., Bonaiuto, M., (1995).** *Expert and layperson evaluation of urban environmental quality: the "natural" versus the "built" environment*. Guerrier, Y., Alexander, N., Chase, J., O'Brien, M., (Eds.), "Values and the Environment: A Social Science Perspective". Wiley, New York, pp.151-163.
- Bonnes, M., Secchiaroli, G., (1992).** *Psicologia ambientale. Introduzione alla psicologia sociale e ambientale*. Carocci, Roma.
- Caselli, M., (2005).** *Indagare col questionario. Introduzione alla ricerca sociale di tipo standard*. Vita e Pensiero, Milano.
- Cipolla, C., (1997).** *Epistemologia della tolleranza*, Franco Angeli, Milano.
- Corbetta, P., (1999).** *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Corrao, S., (2005).** *Il focus group*. Milano, Franco Angeli.
- Devlin, K., (1990).** *An examination of architectural interpretation: Architects versus non-architects*. "Journal of Architectural and Planning Research", 7, pp. 235-244.
- Fornara, F., Bonaiuto, M., Bonnes, M., (2006).** *Perceived Hospital Environment Quality Indicators: A study of orthopaedic units*. "Journal of Environmental Psychology", 26, pp. 321-334.
- Hubbard, P., (1984).** *Diverging evaluations of the built environment: Planners versus the public*. Neary, S., Symes, M., Brown, F., (Eds.), "The urban experience: A people-environment perspective", (pp. 125-133). London: E&FN Spon.
- Krueger, R.A., (1998).** *Moderating focus groups*. "Focus Group Kit", Morgan, D. L., Krueger, R. A., (Eds.), Sage Publications, Thousand Oaks.
- Lebart L., Morineau A., (1985).** *Système Portable pour l'Analyse des Données (SPAD)*. Cesia, Paris.
- Morgan, D.L., (1998).** *The focus group guidebook*. "Focus Group Kit", Morgan, D. L., Krueger, R. A., (Eds.), Sage Publications, Thousand Oaks.
- Mucciarelli, G., Chattat, R., Celani, G., (2002).** *Teoria e pratica dei test*. Piccin, Padova.
- Nenci, A.M., Romano, C., Santoro, P.E., Fornara, F., Caddeo, P., Bonacasa, V., (2007).** *Percezione del Benessere e della Sicurezza in Ambito Ospedaliero Correlata alla Qualità dell'ambiente di Lavoro*. "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e Ergonomia", 29 (3), pp. 755-7.
- Nenci, A.M., Caddeo, P., Fornara, F., & Bonacasa, V., (2011).** *Umanizzazione ospedaliera e percezione di sicurezza sul lavoro*, (pp. 249-264). Gundlach, H., Lafuente Niño, E., Sinatra, M., Sokal, M.M., Tanucci, G., (Eds.), "Psicotecnica: ieri! oggi? domani??" Atti del I Congresso internazionale (Bari, 14-16 marzo 2007). Il volume. Aracne Editrice, Roma.
- Palumbo, M., Garbarino M., (2006).** *Ricerca sociale: metodo e tecniche*, Franco Angeli, Milano.
- Shumaker, S.A., Pequegnat, W., (1989).** *Hospital design, health providers and the delivery of effective health care*. Zube, E.H., Moore, G.T., (Eds.), "Advances in environment, behavior and design", vol.2, (pp. 161-199), Plenum Press, New York.
- Stagi, L., (2000).** *Il focus group come tecnica di valutazione. Pregi, difetti, potenzialità*. "Rassegna Italiana di Valutazione", 20, pp. 67-88.
- Ulrich, R. S., (1984).** *View through a window may influence recovery from surgery*. "Science", 224(4647), pp. 420-421.
- Ulrich, R. S., Lunden, O., Eltinge, J. L., (1993).** *Effects of exposure to nature and abstract pictures on patients recovering from heart surgery*. Paper presented at the thirty-third meeting of the Society for Psychophysiological Research, Rottach-Egern, Germany. Abstract in "Psychophysiology", 30 (1), 7.
- Zammuner, V.L., (2003).** *I focus group*, Il Mulino, Bologna.

INVESTIGATION OF THE PHYSICAL ENVIRONMENT OF HEALTHCARE FACILITIES

Introduzione

È ampiamente noto e riconosciuto che l'ambiente fisico, direttamente e indirettamente, influenza il benessere delle persone (Evans, 2003). La percezione della possibilità di controllo dell'ambiente fisico da parte degli utenti e il sostegno sociale sono riconosciuti da tutta la letteratura come fattori ambientali di particolare importanza sul benessere degli utenti nelle strutture sanitarie (Ulrich, 1991). I fattori di influenza ambientale indiretta influiscono sui processi psicosociali che legano l'ambiente fisico e il benessere psico-emotivo (Evans, 2003).

Di conseguenza, la progettazione delle caratteristiche ambientali può ostacolare o favorire la presenza di elementi che influenzano la salute e il benessere degli utenti.

La progettazione basata sulle evidenze (*evidence-based design*) è un approccio di ricerca che opera in questa direzione per migliorare le conoscenze sugli effetti della progettazione ambientale e sulla salute dei pazienti (Verderber, Kimbrell, 2005).

In questo approccio la ricerca scientifica e il design sono attività complementari che hanno l'obiettivo comune di indagare e creare ambienti che meglio soddisfano le esigenze e i loro utenti.

L'interazione tra l'ambiente fisico e gli utenti in relazione al benessere è un ambito ampiamente studiato dalle discipline della Psicologia Ambientale e dell'Architettura. Il Gruppo Psicologia Ambientale dell'Università di Lund dal 1980 ha condotto numerose ricerche nel campo della progettazione di ambienti ospedalieri (per esempio, Küller, 1991b), ambienti residenziali (Tucker Croce, 2004) e strutture abitative (Küller, 1991; Johansson e Brunt, in stampa; Marcheschi, et al., in corso).

Le nostre considerazioni sullo strumento utilizzato nello studio italiano

Nello studio italiano sugli ambienti ospedalieri è stato adottato un approccio multidimensionale applicato su più spazi, nel quale sono state considerati punti di vista di pazienti, personale sanitario, familiari, visitatori ed interlocutori esperti. L'approccio è orientato verso una progettazione centrata sull'utente, che prende in considerazione il fatto che i progettisti e gli utenti che usufruiscono degli ambienti spesso non condividono la stessa opinione per quanto riguarda la valutazione della qualità degli edifici e la loro funzionalità (Brown, Gifford, 2001).

Lo strumento utilizzato nello studio italiano fornisce informazioni sulle esigenze rilevate dagli utenti o sul livello di significatività che questi attribuiscono allo spazio relativamente a specifiche qualità ambientali raggruppate in indici, o prerequisiti ambientali. Lo strumento considera come fattori di influenza ambientale indiretta: la percezione di controllo dell'ambiente, il sostegno sociale e gli aspetti ristorativi.

In generale si ritiene l'approccio italiano molto appropriato rispetto allo scopo prefissato. Tuttavia questo approccio si basa sul fatto che gli intervistati siano consapevoli, o sufficientemente informati sull'obiettivo dello studio, in modo da poter focalizzare l'attenzione sulle condizioni ambientali che potrebbero meglio soddisfare le loro esigenze. Inoltre gli utenti si adattano in modo relativamente veloce alle specifiche condizioni ambientali nelle quali si trovano, condizioni che potrebbero influenzare molto il giudizio complessivo sull'ambiente e, di conseguenza, le loro risposte (Bell, Greene, Fisher, Baum, 2001). Pertanto, al fine di ottenere informazioni circa le implicazioni dei fattori di qualità ambientale sul benessere degli utenti, si ritiene possa non essere sufficiente indagare queste relazioni soltanto attraverso le esigenze percepite dagli utenti e il loro comportamento.

Suggerimenti per ulteriori indagini

Di seguito sono riportate alcune riflessioni sulla scelta e sul campionamento degli ambienti da indagare, alcuni suggerimenti per una leggera revisione del questionario italiano e alcune strategie supplementari per studi futuri.

1. La selezione degli ambienti degli ospedali da indagare costituisce un primo passo importante: è fondamentale garantire una ampia selezione e variabilità nel campione di ambienti ospedalieri, per ottenere un chiaro e realistico

modello di relazioni tra qualità ambientale percepita e benessere degli utenti. Si propone l'effettuazione di una selezione a partire dai requisiti ambientali, ritenuti come rilevanti per il benessere degli utenti.

Sarebbe preferibile includere diversi tipi di impostazioni, con la presenza di indicatori di qualità ambientale.

2. Si propone l'integrazione del questionario italiano con alcuni elementi per la rilevazione del livello di soddisfacimento degli utenti, nell'ambiente, dell'indicatore di qualità ambientale indagato.

Si ritiene sufficiente inserire la richiesta del livello di soddisfacimento di ogni indice di qualità ambientale (prerequisito), senza influenzare significativamente la lunghezza del questionario. Inoltre, potrebbe essere utile aggiungere una descrizione generale della percezione visiva dell'ambiente. Questo permetterebbe di acquisire una percezione complessiva dell'ambiente, a ricomporre la valutazione effettuata sulle singole caratteristiche ambientali. Le tecniche di Semantic Environmental Description (strumento sviluppato e utilizzato con successo per questo scopo da Küller, 1972, 1991) articolano la percezione visiva dell'ambiente costruito in otto dimensioni.

3. L'Human Environment Interaction model (HEI model) è stato sviluppato dal professor Rikard Küller (1991) a Lund per analizzare la relazione tra uomo e ambiente e potrebbe essere utilizzato per una più profonda comprensione delle risposte fornite dagli utenti. Il modello afferma che il benessere delle persone è influenzato sia dall'interazione con l'ambiente fisico e sociale che da caratteristiche individuali della persona e dalle attività che questa svolge. Queste variano nel tempo e si trasformano in relazione a risorse personali e ad esperienze precedenti. Le relazioni uomo-ambiente si sviluppano attraverso quattro fasi: l'attivazione, l'orientamento, la valutazione e il controllo (che costituisce il processo emotivo base).

Di conseguenza, il processo emotivo base potrebbe essere adottato come misura di valutazione della relazione tra l'ambiente dell'ospedale e dei suoi utenti. A tal fine potrebbe essere utilizzata la scala di valutazione dei processi emozionali base (Küller, 1991).

Un'alternativa potrebbe essere quella di concentrarsi sugli effetti principali di eccitazione e di valenza considerati come componenti base nella esperienza emozionale delle persone (Russell, 2003). Inoltre potrebbe essere implementata la scala di valutazione post-occupazionale, basandosi sugli effetti indiretti forniti da Evans (Evans, 2003; Johansson, Brunt, in stampa).

Attraverso l'integrazione degli accorgimenti suggeriti, potrebbero essere rilevate informazioni relative agli atteggiamenti degli utenti verso gli indicatori di qualità ambientale (il loro bisogno percepito, già inserito nello strumento italiano) e la loro ricaduta spaziale nell'ambiente (il livello di soddisfazione, come nuova voce). Inoltre l'esito dello studio potrebbe spiegare le implicazioni, per il benessere degli utenti, dell'interazione tra le opinioni e il livello di soddisfazione.

Tabella 1.1. Descrizione dell'ambiente fisico secondo le otto dimensioni della SED (Küller, 1991)

Fattore	Definizione
Piacevolezza	La piacevolezza, la bellezza e la sicurezza che le esperienze individuali per l'ambiente
Complessità	L'ambiente della vivacità e della complessità
Unità	Quanto bene i vari componenti in misura ambiente, e la funzione insieme
Enclosedness	La chiusura e il grado di demarcazione
Potenza	L'intrinseca, la forza potenziale per l'ambiente
Status sociale	La valutazione dell'ambiente in termini economici e sociali
Affetto	Un aspetto età dell'ambiente, nonché un senso di riconoscimento per i vecchi e genuini
Originalità	L'insolito e sorprendente per l'ambiente

Modifica delle domande di ricerca e ipotesi relative

Le modifiche proposte valuteranno la presenza percepita dagli utenti degli indicatori di qualità ambientale di cui sopra (prerequisiti ambientali) nell'ambito

ospedaliero reale (soddisfaccimento ambientale) e la loro influenza sul benessere degli utenti. In questi termini le opinioni degli utenti, relative a specifici aspetti della qualità ambientale, sono considerati come possibili elementi di mediazione tra l'ambiente fisico e il benessere degli utenti.

Le domande di ricerca saranno le seguenti:

1. In che misura le opinioni degli utenti, verso gli indicatori di qualità ambientale, corrispondono al loro soddisfacimento in termini ambientali (nuovi elementi e/o dimensioni SED), nei in diversi spazi (unità di analisi ambientali quali: aree di attesa, camere di degenza, etc.) e in più assetti sanitari?
2. Il grado di congruenza tra opinione (strumento italiano) e il soddisfacimento (nuovi oggetti e/o SED) nelle diverse unità di analisi ambientale è correlato con il benessere degli utenti (in base ai processi emozionali, POE)?
3. Qual è dunque la relativa importanza delle opinioni degli utenti rispetto al livello di soddisfacimento all'interno di diverse unità di analisi ambientali per le misure di outcome?

Si prevede un elevato grado di congruenza tra l'opinione e il livello di soddisfacimento correlata positivamente al benessere degli utenti. La congruenza, ad esempio, tra una elevata rilevanza della privacy percepita e il suo soddisfacimento ambientale sarebbe confermata dal punteggio più alto sui risultati misurati. Inoltre, si prevede che l'importanza della congruenza tra opinione e soddisfacimento possa variare in diverse unità di analisi ambientale. Per esempio, la congruenza tra opinione e soddisfacimento, in materia di privacy, è più rilevante nelle camere di degenza che nelle aree di attesa.

L'approccio proposto permette di ottenere informazioni su quali siano gli indicatori di qualità ambientale percepiti come più importanti dal punto di vista dell'utente. Inoltre, consente una migliore comprensione dell'impatto degli indicatori di qualità ambientale sul benessere degli utenti, valutando l'interazione tra esigenze percepita e livello di soddisfacimento, e il relativo stato emotivo degli utenti.

Un ulteriore risultato potrebbe essere quello di sottolineare la discrepanza tra quello che gli utenti ritengono essere rilevante in termini di qualità ambientale e quello che ha un reale impatto sulla loro risposta emotiva.

Riferimenti bibliografici

Bell, A.P., Greene, T. C., Fisher J. D., Baum A., *Environmental Psychology*, Forth Worth: Harcourt Brace College Publishers, 2001.

Brown, G., Gifford, R., *Architects predict lay evaluations of large contemporary buildings: whose conceptual properties?*. "Journal of Environmental Psychology", 21 (1), pp. 93-99, 2001.

Evans, G. W., *The built environment and mental health*. "Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine". 80 (4), pp. 536-541, 2003.

Johansson, M., Brunt, D. (in press). *Physical environment in supported housing for people with severe mental illness Issues in Mental Health Nursing*.

Küller, R., *A semantic model for describing perceived environment*. National Swedish Institute for Building Research, document D12, Stockholm, 1972.

Küller, R., *Environmental assessment from a neuropsychological perspective*, T. Gärling, G. W. Evans, (Eds.). "Environment, Cognition, and Action" (pp. 78-95). New York: Oxford University Press, 1991a.

Küller, R., *Familial Design Helps Dementia Patients Cope*, W.F.E. Preiser, J. C. Vischer, E.T. White (Eds.). "Design Intervention. Toward More Humane Architecture", pp. 255-267, New York: Van Nostrand Reinholds, 1991b.

Russell, J.A., *Core affects and the psychological construction of emotion*. "Psychological Review", 110, pp.145-172, 2003.

Tucker Cross, L., Küller, R., *Environmental atmosphere of outdoor residential areas in Sweden: a comparison of experts and residents*. "Journal of Architectural and Planning Research", 21, pp. 74-90, 2004.

Ulrich, R., *Effects of health facility interior design on wellness: theory and recent scientific research*. "Journal of Healthcare Design", 3: 97-109, 1991.

Verderber, S., Kimbrell, J., *The role of architectural environment in community health: an evidence-based initiative*. "Journal of Public Health Management and Practice", 11 (1), pp. 79-89, 2005.

5

**Le linee guida per
la progettazione
di ambienti
ospedalieri
umanizzati**



5

Le linee guida per
la progettazione
di ambienti
ospedalieri
umanizzati

STRUTTURA DELLE LINEE GUIDA

128
LINEE GUIDA

Le linee guida per la progettazione sono strutturate per tipologie di spazio ed in ciascuna di esse sono trattati argomenti omogenei articolati in 3 sezioni: i riferimenti scientifico-culturali, le raccomandazioni progettuali (all'interno delle quali sono presenti i relativi indicatori del livello di soddisfacimento), le caratteristiche funzionali. Di seguito sono specificati i contenuti di ciascuna sezione.

I riferimenti scientifico-culturali

La prima sezione riporta i *riferimenti scientifico-culturali* che supportano i contenuti delle successive raccomandazioni progettuali e che ne motivano la significatività attraverso considerazioni ed esiti basati sulle evidenze.

I riferimenti scientifici e culturali sono tratti da indagini analitiche della letteratura internazionale e da rilevazioni dirette svolte sul campo riferite a diversi ambiti disciplinari: l'architettura, la psicologia ambientale, l'ergonomia, la sociologia, la medicina, il management sanitario.

Per agevolarne la lettura, sono stati strutturati secondo una suddivisione in sei classi esigenziali: benessere ambientale, benessere lavorativo, benessere occupazionale, benessere psico-emotivo, fruibilità, sicurezza. Per alcuni aspetti esigenziali ritenuti particolarmente significativi per il requisito di umanizzazione, sono state riportate alcune immagini di tipo fotografico finalizzate a riprodurre l'esemplificazione di soluzioni spaziali conformi alle modalità di soddisfacimento.

Le raccomandazioni progettuali

All'interno di ciascuna raccomandazione vengono trattati i livelli di definizione progettuale cui si riferisce e gli ambiti relativi. Le informazioni in esse contenute riguardano: le caratteristiche morfologiche dello spazio, le caratteristiche dell'involucro spaziale, le dotazioni e gli arredi.

Per agevolarne la comprensione, ogni raccomandazione è accompagnata da uno schizzo ideogrammatico che non vuole suggerire una soluzione, ma piuttosto costituire uno strumento di ausilio per la lettura e la comprensione delle raccomandazioni progettuali.

Per ragioni di coerenza, l'ordine delle raccomandazioni progettuali segue quello dello strumento informatizzato messo a punto per la valutazione/autovalutazione, in modo tale da rendere immediata l'interfaccia tra lo strumento informatizzato e la linea guida cartacea.

All'interno della stessa sezione sono riportati *gli indicatori del livello di soddisfacimento* da assumere come riferimento per valutare il grado di umanizzazione delle strutture sanitarie in oggetto.

Gli indicatori, associati a ciascun livello di prestazione, possono essere utilizzati sia dal progettista nelle fasi di progettazione, come strumento di autovalutazione, che dal valutatore, come strumento di valutazione di progetti per nuove strutture e/o come strumento di rilevazione e valutazione del grado di umanizzazione di strutture esistenti.

Nello specifico sono differenziati secondo tre distinti livelli (sufficiente, buono, ottimo) cui il modello di valutazione associa specifici punteggi.

Il modello di valutazione fa riferimento a quelli cosiddetti "a punteggio" che permettono cioè di attribuire un punteggio sintetico ad un oggetto, che rappresenta il valore raggiunto nei confronti del parametro da valutare ed è basato sull'approccio esigenziale-prestazionale alla progettazione.

La messa a punto del modello è articolata nelle seguenti operazioni:

- a) definizione dei requisiti (raccomandazioni) relativi agli spazi (camera di degenza, soggiorno...) che costituiscono la struttura (SC di Medicina generale, di Oncologia...) da valutare;
- b) definizione di indicatori di soddisfacimento della raccomandazione, a cui viene attribuito un valore positivo (1,2,3...) (corrispondente a sufficiente, buono, ottimo), che esprime il livello raggiunto dall'indicatore in termini di umanizzazione, rispetto ad un valore di riferimento (benchmark), rappresentativo, per ogni raccomandazione, della prassi corrente o di quanto richiesto da norme in vigore, se presenti;
- c) applicazione, a tale valore, di un sistema di pesatura multiplo e gerarchizzato delle raccomandazioni e degli spazi che permette di attribuire il punteggio finale secondo la seguente formula:

$$\text{grado di umanizzazione della struttura} = \sum_{j=1}^m PS_j \times \sum_{i=1}^{n_j} (G_{ij} \times PR_{ij})$$

dove:

m = numero degli spazi che compongono la struttura da valutare

n_j = numero delle raccomandazioni del j esimo spazio

PS_j = peso attribuito allo spazio

PR_{ij} = peso attribuito alla i esima raccomandazione del j esimo spazio

G_{ij} = giudizio attribuito alla i esima raccomandazione del j esimo spazio

La definizione del peso di ciascuna raccomandazione all'interno di ogni spazio o di ciascun spazio nella struttura è effettuata secondo l'importanza che si attribuisce alla raccomandazione stessa o allo spazio – per comparazione con tutte le altre raccomandazioni del medesimo spazio o degli spazi nei confronti degli altri spazi della struttura – in termini di umanizzazione, sulla base di criteri quali:

- l'expertise dei ricercatori o del valutatore;
- il contesto territoriale e/o la destinazione d'uso specifica della struttura da valutare;
- indagini statistiche;
- la strategia politica di chi utilizza la procedura di valutazione;
- il tipo di utente degli spazi;
- l'importanza delle attività che si svolgono nello spazio;
- la percentuale di spazi in una struttura.

Inoltre, per ogni raccomandazione, ai fini della sua completa e chiara comprensione, sono state riportate alcune immagini che richiamano delle *suggerzioni esemplificative* di possibili soluzioni conformi.

Le caratteristiche funzionali

Per ciascuna tipologia di struttura oggetto di indagine (S. C. Oncologia, S. C. Medicina Generale, Casa della Salute) e per le corrispondenti tipologie di spazi funzionali più significativi, a prescindere dalle specifiche di "umanizzazione", si è ritenuto opportuno riportare una scheda sintetica delle principali indicazioni fornite dalle norme nazionali e regionali inerenti l'autorizzazione e l'accreditamento, una descrizione delle caratteristiche salienti sotto il profilo funzionale, delle attività che in esse si svolgono, dei criteri generali di dimensionamento, delle interrelazioni spaziali, dei potenziali modelli organizzativi, delle prestazioni sanitarie erogate, così come rilevabili dalla manualistica di settore e da una lettura comparata dei trends evolutivi e dei criteri di buona pratica per la progettazione degli spazi oggetto di indagine.

LE TIPOLOGIE DI SPAZI OGGETTO DELLE RACCOMANDAZIONI



**CAMERA DI DEGENZA /
DAY HOSPITAL**



**AMBULATORIO /
CONSULTORIO /
COLLOQUIO**



**POSTAZIONE LAVORO
MEDICI E INFERMIERI**



**ACCETTAZIONE /
INFORMAZIONI /
CONSEGNA REFERTI**



ATTESA



SOGGIORNO



RIUNIONI



**CONNETTIVO DI
DISTRIBUZIONE /
ATRIO**



SPAZI ESTERNI

RIFERIMENTI SCIENTIFICO-CULTURALI SUI TEMI DELL'UMANIZZAZIONE **CAMERA DI DEGENZA / DAY HOSPITAL**

BENESSERE PSICO-EMOTIVO

Privacy. La letteratura internazionale tratta diffusamente il tema della privacy, sottolineando l'importanza, per il paziente, di poter usufruire di uno spazio almeno parzialmente privato durante le sue interazioni con i familiari, con altri pazienti e con il personale sanitario (Ubel, Zell, Miller, 1995).

Anche la presenza di persone nel corridoio o in altri ambienti adiacenti alla camera può disturbare la tranquillità e la riservatezza dei pazienti. Tuttavia si osserva che l'interazione visiva con spazi adiacenti alla camera può fornire al paziente distrazioni positive che risultano essere importanti tanto quanto la vista verso l'esterno (Douglas et al., 2002).

Il soddisfacimento delle richieste di privacy può avere ricadute sulla sicurezza, come dimostrano alcune ricerche che attribuiscono alla mancanza di privacy la motivazione del rifiuto di sottoporsi ad esami fisici o specifici trattamenti da parte del paziente o la minor efficacia della comunicazione tra medico e paziente (Barlas et al., 2001; Mlinek, Pierce, 1997).

Accudimento. Alcuni studi mostrano che le camere a più letti, in particolare a pianta aperta, scoraggiano



la presenza dei familiari e di conseguenza riducono la possibilità di supporto sociale (Sallstrom, Sandman, e Norberg, 1987), sia a causa di ridotti livelli di privacy (rispetto a stanze singole) sia a causa della minore disponibilità di spazio per ospitare arredi atti a rendere confortevole la permanenza, anche prolungata, di familiari e accompagnatori (Chaudhury et al., 2003). Inoltre, l'interazione visiva tra posto letto/poltrona e postazione del personale sanitario trasmette al paziente un senso di sicurezza, determinato dal sentirsi accudito e, quindi, sicuro di un immediato intervento da parte del personale, in particolar modo durante trattamenti pesanti, come quelli chemioterapici o, in generale, in condizioni di particolare gravità.

Disimpegno mentale. Il potenziale ristorativo di alcuni fattori ambientali può avere effetti positivi tanto sui pazienti, in termini di miglioramento degli esiti clinici della malattia, quanto sul personale, in termini di miglioramento dell'efficienza lavorativa e di riduzione dello stress e della fatica psico-fisica.

Alcuni studi mostrano come pazienti ricoverati in stanze con vista su scenari naturali abbiano un periodo di permanenza ospedaliera più breve, abbiano necessità di dosi di analgesici più moderate e manifestino minori complicazioni post chirurgiche (Ulrich, 1984), siano





meno soggetti a stati depressivi (Wilson, 1972), soffrono di minori disturbi del sonno, di problemi alla vista e di allucinazioni (Keep, James e Inman, 1980). Anche la vista su scenari urbani (scorci su monumenti, su piazze, su porticati, etc.) sembra avere un effetto ristorativo.

Analogamente per i familiari, in particolare per quelli che prestano la propria assistenza al paziente per periodi prolungati di tempo, il tipo di vista verso l'esterno è un importante fattore ristorativo.

La presenza di fotografie, quadri, dipinti murali, sculture, posizionati nello spettro del cono visivo prevalente del paziente, aiuta a ridurre i livelli di stress, offrendo un ambiente visivo stimolante e distraente (Ulrich, 2000); la diffusione di suoni ha effetti di tipo analgesico e antidolorifico (Campbell, 1997; Taylor, 1997); l'utilizzo di aromi e fragranze contribuisce al benessere del paziente, favorendo la respirazione, abbassando la pressione sanguigna, regolarizzando il battito cardiaco (Molter, 2007). Alcuni studi dimostrano che la musica abbrevia la durata del recupero post-operatorio e diminuisce l'insorgenza delle complicanze (Pölkki, Vehviläinen-Julkunen e Pietilä, 2001), ha ricadute positive sia sulla qualità e aspettativa di vita in pazienti affetti da tumore in fase terminale (Hilliard, 2003), sia sulla diminuzione degli stati di ansia e depressione e dei disturbi dell'umore in pa-



zienti sottoposti a trapianti di cellule staminali (Cassileth, Vickers, Magill, 2003).

Il colore è un connotato percettivo di primaria importanza nella percezione della camera di degenza/day hospital. Può infatti supportare il benessere sensoriale di pazienti e familiari, creando ambienti percettivamente confortevoli ed emotivamente positivi, sostenendo i processi cognitivo-fruitivi, aiutando a comprendere la funzione, le modalità di fruizione e la struttura delle diverse aree funzionali.

La componente cromatica, inoltre, può supportare l'operatività del personale, non interferendo con i compiti visivi che richiedono il riconoscimento dei colori, quali ad esempio, la valutazione dell'incarnato del paziente (Del Nord, 2006).

L'attività di svago ed il mantenimento dei contatti sociali e delle comunicazioni con l'esterno (utilizzo di interfacce multimediali) permettono di contrastare il senso di isolamento e concorrono a contenere la condizione di stress, in particolare, per i pazienti medio – lungo degenti e per quelli sottoposti a terapie debilitanti dal punto di vista psico-fisico (come la chemioterapia).

Continuità con l'ambiente domestico. La permanenza in ambienti dall'aspetto istituzionale, altamente tecnologizzati e fortemente connotati dalla presenza





di attrezzature tipicamente ospedaliere ed estranee al contesto abituale è fonte di notevole stress (Ulrich, 2004); tra queste in particolare si segnalano le dotazioni impiantistiche presenti nelle travi testa letto (prese elettriche, prese trasmissione dati, prese telefoniche, uscite dei gas medicali).

Esiste, inoltre, evidenza scientifica che ambienti più confortevoli, personalizzabili ed esteticamente gradevoli diminuiscano la condizione di stress ed aumentino il livello di soddisfazione del paziente nei confronti della struttura (Swan, Richardson, Hutton, 2003).

BENESSERE AMBIENTALE

Benessere termo igrometrico. La mancanza di controllo delle condizioni termoigrometriche del proprio intorno ambientale da parte del paziente può stimolare o incrementare i suoi livelli di stress, contribuendo ad aggravarne le condizioni di salute (Birdsong, Leibrock, 1990; Malkin, 1991; Ulrich, 1992; Arneill, Devlin, 2003); in particolare, la temperatura interna troppo elevata contribuisce a generare manifestazioni di aggressività (Evans, Cohen, 2000).

Ai fini del benessere termoigrometrico assume particolare importanza l'integrazione del sistema di climatizzazione meccanico con la ventilazione naturale, tenendo

conto che correnti d'aria e sbalzi di temperatura possono determinare sensazioni di disagio fisico e compromettere le condizioni di salute degli utenti, in particolare in pazienti anziani o già debilitati.

La ventilazione naturale consente, inoltre, di eliminare eventuali odori sgradevoli che possono disturbare i pazienti con una percezione olfattiva più acuta, per esempio i pazienti oncologici, procurando effetti quali perdita di appetito, nausea e vomito.

Un errato senso di apertura degli infissi può generare correnti d'aria orientate verso il paziente.

Benessere visivo. Le condizioni di illuminazione artificiale nella camera di degenza/day hospital influiscono sulle condizioni di comfort, attraverso la distribuzione della luce in relazione alle attività svolte dai vari utenti al suo interno (Arneill, Devlin, 2003; Benya, 1989; Del Nord, 2006, p. 126).

La luce naturale, che è una delle caratteristiche ambientali più indagate in letteratura per le ricadute positive sul benessere e sulla salute degli utenti (riduzione dei fattori di stress, accelerazione del processo di guarigione, riduzione dei tempi di ospedalizzazione, etc.), è preferibile rispetto a quella artificiale proprio in relazione all'aspetto più caldo e accogliente che conferisce agli ambienti, con ricadute positive sull'umore (Hobday, 1999).





Esiste evidenza scientifica che a pazienti ricoverati in stanze intensamente illuminate da luce naturale viene somministrata una percentuale significativamente inferiore di analgesici, rispetto a pazienti ricoverati in stanze meno illuminate (Walch et al., 2005), per effetto della minore percezione del dolore provato.

La ricerca scientifica, inoltre, mostra che pazienti affetti da infarto miocardico hanno una permanenza più breve in ospedale ed un minore tasso di mortalità se degenti in ambienti ben illuminati naturalmente, rispetto a pazienti ricoverati in ambienti scarsamente illuminati (Beauchemin, Hays, 1996).

La percezione della variazione giornaliera di intensità della luce naturale può aiutare i pazienti, in particolare quelli che sono ospedalizzati da lungo tempo, a non alterare i loro cicli circadiani (body clock). La luce naturale, inoltre, favorisce la corretta percezione dei colori facilitando anche alcune attività cliniche che gli operatori svolgono all'interno dell'ambiente (Henderson, 1970).

BENESSERE LAVORATIVO

La presenza di una zona dedicata al lavoro del personale per ogni posto letto/poltrona facilita le operazioni sanitarie, riducendo la possibilità di commettere errori. Il personale deve poter accedere, in condizioni di



comfort ergonomico, al sistema di gestione informatizzata dei dati relativi al paziente, in tutti gli spazi di lavoro e, in particolare, al posto letto/poltrona, in modo da ridurre il rischio di errori clinici.

SICUREZZA E FRUIBILITÀ

La possibilità di esercitare un controllo visivo del posto letto/poltrona dalla postazione di lavoro permette al personale medico e infermieristico di intervenire con tempestività in situazioni di emergenza. La possibilità, da parte del personale sanitario, di impedire l'accesso alla camera di degenza e di day hospital nei momenti che richiedono particolari condizioni di sicurezza ha ricadute positive oltre che sulla privacy del paziente, sui livelli di attenzione durante le operazioni di predisposizione e somministrazione delle terapie, con evidenti implicazioni sulla sicurezza (Westbrook et al., 2010). La maggior parte degli errori è, infatti, da attribuire ad inadeguati livelli di privacy negli spazi di lavoro (Anjaly, 2006).

Le operazioni connesse alla chemioterapia (preparazione, somministrazione dei farmaci e smaltimento del materiale) richiedono particolare attenzione, in quanto, come dimostrato da studi scientifici, esiste anche un rischio a lungo termine per la salute degli operatori sa-

nitari a stretto contatto con il paziente oncologico.

Alcuni studi hanno messo in evidenza l'annullamento o la riduzione degli effetti negativi nei casi in cui vengano adottate adeguate misure di sicurezza anche nella configurazione delle strutture (Thiringer G. et al., 1991; Fuchs J. et al., 1995).

Risulta fondamentale anche il ruolo giocato dal personale sanitario nella trasmissione delle infezioni da paziente a paziente (Ulrich et al., 2008). Al fine di impedire tale tipo di infezioni ospedaliere e tutelare la salute dei pazienti, dei familiari e del personale sanitario è, infatti, importante che tutti gli utenti siano facilitati nell'igiene delle mani. Alcuni studi dimostrano, inoltre, che la disponibilità di informazioni circa le modalità di pulizia e di trasmissione delle infezioni influenzano in modo radicale il rischio di diffusione di infezioni nosocomiali (Pittet et al., 2000).

La possibilità di riporre e custodire in condizioni di sicurezza gli effetti personali (oggetti, documenti, denaro), in appositi contenitori, all'interno della camera di degenza è un aspetto importante per i pazienti, in particolare per quelli impossibilitati a muoversi dal posto letto/poltrona. La possibilità di muoversi in modo autonomo e di recuperare le proprie capacità motorie può avere importanti ripercussioni sugli aspetti legati al benessere psico-emotivo dei pazienti, in particolare di pazienti anziani



e di quelli oncologici, le cui condizioni fisiche possono limitare fortemente le possibilità di movimento, con conseguente perdita di autonomia non solo fisica, ma anche psicologica.

Numerosi studi scientifici dimostrano che la maggior parte delle cadute nella camera di degenza/day hospital avviene quando il paziente sale o scende dal letto, nel percorso tra il posto letto e il servizio igienico e all'interno del servizio igienico (Bellandi, 2007), specialmente nelle ore notturne (Taylor, 2004).

Alcune analisi indicano che il 20% degli infortuni lavorativi che colpiscono il personale sanitario avviene a livello del rachide lombare a causa del sollevamento di carichi pesanti. Il NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) negli U.S.A. pone tale patologia al secondo posto nella lista dei dieci problemi di salute più rilevanti nei luoghi di lavoro (Cacitti et al., 2004).

La movimentazione di attrezzature su ruote (carrelli, barelle, letti, attrezzature diagnostiche portatili, etc.) o di pazienti non autosufficienti, non collaboranti od obesi può provocare affezioni muscolo-scheletriche negli operatori sanitari, sia in relazione allo svolgimento delle attività clinico-assistenziali al posto letto, sia allo svolgimento di attività di igiene personale.



BIBLIOGRAFIA

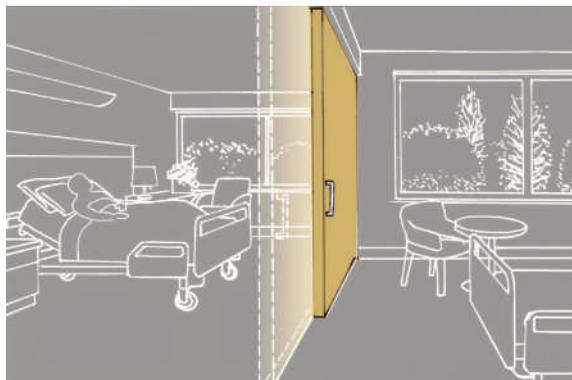
- Anjaly, J., (2006).** *The role of the physical and social environment in promoting health, safety and effectiveness in the healthcare workplace*, The Center for Health Design, Issue paper n. 3.
- Arneill, A.B., Devlin, A.S., (2003).** *Health care Environments and Patient outcomes: A Review of the literature*. "Environment and Behavior", vol. 35, n. 5, pp. 665-694.
- Barlas, D., Sama, A. E., Ward, M. F., Lesser, M. L., (2001).** *Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls*. "Annals of Emergency Medicine", 38(2), pp. 135-139.
- Beauchemin, K.M., Hays, P., (1996).** *Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions*. "Journal of Affective Disorder", n. 40, pp. 49-51.
- Benya, J. (1989).** *Lighting for healing*. "Journal of Health Care Interior Design", 1, pp. 55-58.
- Birdsong, C., Leibrock, C. (June 1990).** *Patient Centered Design*. "The Healthcare Forum Journal", 33(3), pp. 40-45.
- Cassileth, B., Vickers, A., Magill, L., (2003).** *Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: A randomized controlled trial*. "Cancer", 98(12), pp. 2723-2729.
- Chaudhury, H., Mahmood, A., Valente, M., (2003).** *Pilot study on comparative assessment of patient care issues in single and multiple occupancy rooms (Unpublished report): The Coalition for Health Environments Research*.
- Del Nord, R., (a cura di), (2006).** *Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico*, Motta, Milano, pp. 122-125-126.
- Douglas et al., (2002).** *Primary Care Trusts. A room with a view*. "Health Services Journal", 112 (5827), pp. 28-29.
- Hobday, R., (1999).** *The healing sun*, Forres, Scotland, Findhorn Press.
- Keep, P., James, J., Inman, M., (1980).** *Windows in the Intensive Therapy Unit*. "Anaesthesia", n. 3, vol. 35,
- Malkin, J. (1991).** *Creating excellence in healthcare design*. "J Health Care Inter Des", n. 3, pp. 27-41.
- Mlinek, E.J., & Pierce, J., (1997).** *Confidentiality and privacy breaches in a university hospital emergency department*. "Academy of Emergency Medicine", 4(12), pp. 1142-1146.
- Molter, N.C., (ed.), 2007.** *Creating healing environment*.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., et al., (2000).** *Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene*. "Lancet", 356(9238), pp. 1307-1312.
- Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M. (2001).** *Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: A survey on hospital nurses in Finland*. "Journal of Advanced Nursing", 34(4), pp. 483-492.
- Sallstrom, C., Sandman, P. O., Norberg, A., (1987).** *Relatives' experience of the terminal care of longterm geriatric patients in open-plan rooms*. "Scandinavian Journal of Caring Science", 1(4), pp. 133-140.
- Swan, J.E., Richardson, L.D., Hutton, J.D., (2003).** *Do appealing hospital rooms increase patient evaluations of physicians, nurses, and hospital services?*. "Health Care Management Review", 28(3), p. 254.
- Taylor, D.B.,** *Biomedical foundations of music as therapy*, "MMB Music Inc.", St. Louis 1997.
- Ubel, P.A., Zell, M. M., Miller, D.J., (1995).** *Elevator talk: Observational study of inappropriate comments in a public space*. "American Journal of Medicine", 99(2), pp. 190-194.
- Ulrich, R.S., (1984).** *View through a window may influence recovery from surgery*. "Science", 224(4647), pp. 420-421.
- Ulrich, R., (1992).** *How design impacts wellness*. "Healthcare Forum Journal", n. 35, pp. 20-25.
- Ulrich, R., (2000).** *The Effects of Viewing Art on Medical Outcomes*. "Culture, Health and the Arts. An Anthology", Manchester Metropolitan University, Manchester.
- Ulrich, R., et al., (2004).** *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity*. Report to the Center for Health Design for the "Designing the 21st century hospital project".
- Walch, J.M., et al., (2005).** *The effect of sunlight on postoperative analgesic medication use. A prospective study of patients undergoing spinal surgery*. "Psychosomatic Medicine" n. 67, pp. 156-163.
- Westbrok J., Woods A., Rob M., Dunsmuir W., Day R., (2010),** *Association of interruptions with increased risk and severity of medication administration errors*. "Archives Internal Medicine", 170(8), pp. 683-690.
- Wilson, L.M, (1972).** *Intensive care delirium. The effect of outside deprivation in a windowless unit*. "Archives of Internal Medicine", n. 130, pp. 225-226.

RACCOMANDAZIONI PROGETTUALI
**CAMERA DI DEGENZA /
DAY HOSPITAL**





Privacy visiva e acustica



Per garantire la privacy dei pazienti, le soluzioni da adottare devono essere relazionate al grado di riservatezza (totale o parziale), al livello di flessibilità nella gestione dell'intimità (permanente o temporanea), all'intensità di cura della struttura specifica (e quindi alla gravità delle specifiche condizioni di salute dei pazienti) e alle esigenze operative (di controllo) da parte del personale sanitario.

In riferimento alla privacy visiva, occorre garantire la possibilità di separazione:

– tra i posti letto/poltrona, in relazione al reciproco cono visivo dei pazienti nella loro posizione sdraiata/seduta, nel caso di camere multiple;

– tra i posti letto/poltrona e l'ingresso della camera di degenza/day hospital attraverso un'area filtro;

– tra l'ingresso del servizio igienico interno alla camera di degenza/day hospital e l'ingresso della camera stessa, in modo tale che sia impedita la vista diretta dell'accesso al bagno dal corridoio.

In riferimento alla privacy uditiva, le soluzioni da adottare devono essere mirate prevalentemente a impedire la percezione – da parte di terzi – dei colloqui che avvengono al posto letto/poltrona tra paziente e personale sanitario, o tra paziente e familiare.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Possibilità di:

- separazione visiva parziale tra i posti letto/poltrona

buono

Possibilità di:

- separazione visiva totale tra i posti letto/poltrona e/o l'ingresso della camera

ottimo

Possibilità di:

- separazione visiva totale tra i posti letto/poltrona, l'ingresso della camera e il servizio igienico
- separazione acustica tra i posti letto/poltrona e l'esterno della camera

Suggerimenti esemplificative





Presenza di “family zone”

CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



Le dimensioni e le soluzioni morfologiche adottate devono permettere una suddivisione funzionale delle aree interne alla camera di degenza tale da definire una “family zone” e una “staff zone”, eventualmente schermabili per garantire la necessaria privacy visiva e uditiva, senza la sovrapposizione tra le due.

La tipologia delle dotazioni di arredi e attrezzature a supporto dei familiari che assistono i pazienti dipende sostanzialmente dal tipo di ricovero e dalla durata della permanenza del paziente all'interno della struttura ospedaliera: da un minimo di dotazione necessaria alla permanenza del familiare nel caso di regimi di ricovero diurno a dotazioni più avanzate che

permettano la permanenza continuativa sia di giorno che di notte (attrezzature che permettono anche il riposo notturno).

Nella collocazione degli arredi previsti per i familiari, oltre a tenere conto della distanza più adeguata per garantire un'agevole interazione verbale con il paziente allettato, è necessario rispettare l'esigenza del personale di accedere costantemente al letto del paziente, di giorno come di notte, anche in condizioni di emergenza.

Occorre inoltre prevedere la presenza di sorgenti luminose artificiali e dotazioni per il deposito degli effetti personali dedicati al familiare.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di:

- poltroncina per il familiare/ accompagnatore per posto letto

buono

Presenza di:

- una poltrona letto ergonomicamente confortevole per posto letto, posizionata in modo tale da agevolare l'interazione sociale tra paziente (al posto letto) e familiare senza interferire con i flussi di operatività del personale

ottimo

Presenza di:

- una “family zone” per posto letto, dotata di attrezzature per il contenimento degli effetti personali del familiare/accompagnatore e illuminazione artificiale dedicata, posizionata in modo tale da agevolare l'interazione sociale tra paziente (al posto letto) e familiare, senza interferire con i flussi di operatività del personale

144

LINEE GUIDA

Suggerimenti esemplificativi



TIPO DI STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI ESIGENZIALI



Benessere
psico-emotivo

Custodia in sicurezza degli effetti personali



CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



Per ciascun posto letto devono essere presenti dispositivi o arredi dotati di chiusure a chiave, per la custodia in sicurezza degli effetti personali del paziente. Nella scelta di detti dispositivi e della loro disposizione devono essere tenute in considerazione le caratteristiche dimensionali, l'efficacia della posizione e il livello di sicurezza e l'accessibilità diretta e facilitata dal posto letto/poltrona.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di:

- attrezzature e arredi per consentire la custodia in sicurezza degli effetti personali all'interno della camera

buono

Presenza di:

- attrezzature e arredi per consentire la custodia in sicurezza degli effetti personali all'interno della camera e visibili dal posto letto

ottimo

Presenza di:

- attrezzature e arredi per consentire la custodia in sicurezza degli effetti personali agevolmente fruibili dalla postazione letto

Suggerimenti esemplificativi





Vista verso l'esterno

CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



Il layout morfologico-spaziale dell'unità di degenza e la posizione del servizio igienico all'interno della camera, influiscono sulla vista verso l'esterno: la collocazione delle finestre deve tenere conto della qualità delle vedute, privilegiando viste su panorami naturali ove esistenti. Inoltre, risulta importante garantire la relazione visiva con l'esterno al paziente dal posto letto/poltrona e al familiare eventualmente presente nella "family zone".

Anche la morfologia del serramento (dimensioni, filo del davanzale) e le sue caratteristiche (tipo di vetro, sistemi di schermatura) influiscono sulla possibilità del paziente allettato, quindi con un

cono visivo limitato, di instaurare una relazione visiva con l'esterno.

La dimensione, la morfologia e la collocazione delle superfici trasparenti devono essere tali da garantire la visione della volta celeste anche dai punti di massima profondità della camera di degenza.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di vista verso l'esterno su scenari di tipo ristorativo/stimolanti qualora esistenti

buono

Presenza di vista verso l'esterno su scenari di tipo ristorativo/stimolanti qualora esistenti:

- da tutti i posti letto/poltrona

ottimo

Presenza di vista verso l'esterno su scenari di tipo ristorativo/stimolanti qualora esistenti:

- da tutti i posti letto/poltrona
- dalle principali postazioni occupate dagli utenti (pazienti e familiari)

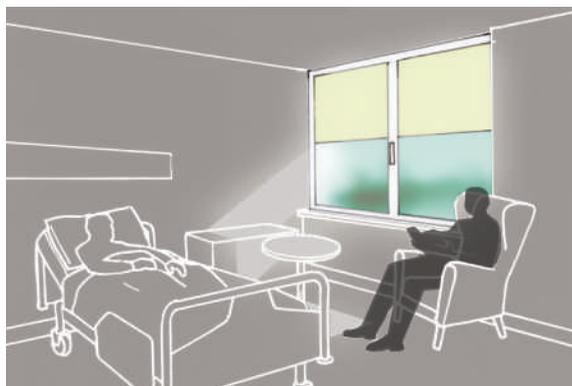
Suggerimenti esemplificative



Illuminazione naturale



CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



La geometria dell'ambiente deve essere rapportata alla forma e alla dimensione delle superfici vetrate per garantire un adeguato livello di illuminazione naturale con distribuzione il più possibile omogenea. Fondamentale è il rapporto tra la superficie totale dell'involucro trasparente finestrato e la superficie di pavimento dell'ambiente che deve essere possibilmente maggiore di 1/5. È opportuno tener conto della direzione di provenienza della luce: se le camere di degenza sono dotate di aperture solo da un lato, l'illuminazione naturale diminuisce progressivamente allontanandosi dalla finestra. È necessario, in questo caso, che la profondità delle

camere sia rapportata all'altezza della superficie trasparente stessa (è buona regola non superare di 2,5 volte l'altezza dal pavimento del punto più alto della superficie trasparente dell'infisso).

È comunque essenziale che le superfici trasparenti siano dotate di sistemi interni o esterni di controllo dell'illuminazione naturale e della radiazione solare diretta per evitare fenomeni di abbagliamento o surriscaldamento estivo e per regolare la disponibilità di vista verso l'esterno, quando non desiderata.

Nello studio delle soluzioni di involucro occorre tenere in considerazione che la massimizzazione della superficie finestrata, a seconda dell'esposizione, è conflittuale con le esigenze di risparmio energetico e con i costi delle tecnologie di involucro.

Altri aspetti da tener presente sono la tipologia del vetro (il parametro da considerare è il fattore di trasmissione luminosa ≥ 0.7) e la presenza di aggetti o ostruzioni esterne che limitano la visione della volta celeste.

Dal punto di vista della distribuzione della luce naturale, rivestono particolare rilevanza i colori delle superfici in quanto influenzano il livello di riflessione luminosa. Sono da privilegiare i colori chiari, evitando nel contempo superfici lucide che possono determinare fenomeni di disturbo visivo.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

- superficie totale dell'involucro trasparente maggiore di 1/5 della slp dell'ambiente
- superfici trasparenti dotate di sistemi interni o esterni di controllo dell'illuminazione naturale

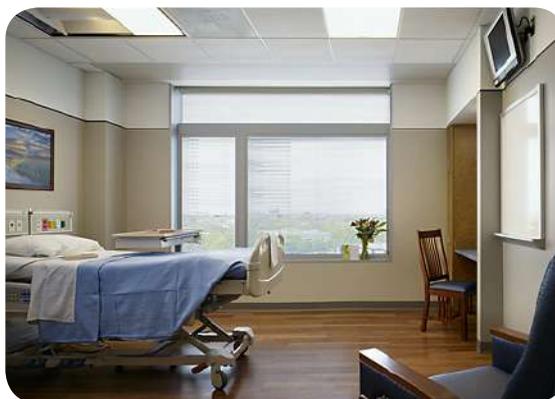
buono

- superficie totale dell'involucro trasparente maggiore di 1/5 della slp dell'ambiente
- superfici trasparenti dotate di sistemi interni o esterni di controllo dell'illuminazione naturale
- profondità della stanza inferiore a 2,5 volte l'altezza dal pavimento del punto più alto della superficie trasparente dell'infisso

ottimo

- superficie totale dell'involucro trasparente maggiore di 1/5 della slp dell'ambiente
- superfici trasparenti dotate di sistemi interni o esterni di controllo dell'illuminazione naturale
- profondità della stanza inferiore a 2,5 volte l'altezza dal pavimento del punto più alto della superficie trasparente dell'infisso
- superficie di involucro trasparente costituita da vetri chiari e trasparenti
- omogenea distribuzione dell'illuminazione naturale

Suggerimenti esemplificative



TIPO DI
STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI
ESIGENZIALI



Benessere
psico-emotivo



Benessere
ambientale



CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL

Controllo della ventilazione naturale



Nella camera di degenza/day hospital la collocazione e il senso di apertura del serramento dovranno tener conto della direzione del flusso di aria convogliata all'interno dell'ambiente e della posizione del posto letto/poltrona, privilegiando serramenti che consentono di orientare tale flusso senza compromettere le condizioni di salute degli utenti. Analogamente, eventuali bocchette di aerazione, integrate nell'involucro, devono essere opportunamente posizionate e dotate di griglie operabili, orientabili e chiudibili all'occorrenza.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di:

- serramenti la cui collocazione e modalità di ricambio d'aria non generano correnti d'aria dirette verso il paziente allettato

buono

Presenza di:

- serramenti e altri dispositivi operabili la cui collocazione e modalità di ricambio d'aria non generano correnti d'aria dirette verso il paziente allettato

ottimo

Presenza di:

- serramenti e altri dispositivi operabili la cui collocazione e modalità di ricambio d'aria non generano correnti d'aria dirette verso il paziente allettato ed hanno la possibilità di essere gestiti dallo stesso

148

LINEE GUIDA

Suggerimenti esemplificativi



TIPO DI STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI ESIGENZIALI



Benessere
psico-emotivo



Benessere
ambientale

Controllo delle condizioni microclimatiche e dell'illuminazione artificiale



CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



Il posto letto/poltrona deve essere dotato di dispositivi che consentano al paziente la completa autonomia nella regolazione delle condizioni microclimatiche e di illuminazione, come dispositivi per l'apertura/chiusura delle finestre o degli schermi, per l'accensione/spengimento della luce generale (oltre a quella di lettura e di illuminazione notturna), del climatizzatore e simili. Tali dispositivi devono essere "user friendly" e con livello di fruibilità adeguato alle condizioni del paziente.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di:

- dispositivi per il controllo delle condizioni microclimatiche e di illuminazione regolabili in modo centralizzato

buono

Presenza di:

- dispositivi per il controllo delle condizioni microclimatiche e di illuminazione regolabili in modo centralizzato
- dispositivi per il controllo dell'illuminazione regolabili dal posto letto

ottimo

Presenza di:

- dispositivi per il controllo delle condizioni microclimatiche e di illuminazione regolabili in modo centralizzato
- dispositivi per il controllo delle condizioni microclimatiche e di illuminazione regolabili dal posto letto

Suggerimenti esemplificative



TIPO DI STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI ESIGENZIALI



Benessere
psico-emotivo



Benessere
ambientale



CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL

Comunicazione con l'esterno



Devono essere previsti dispositivi multimediali per lo svago (come televisore, radio), per la comunicazione con l'esterno (come telefono, computer collegato a internet) e per l'eventuale prosecuzione delle attività lavorative. Nella scelta di tali dispositivi vanno privilegiati quelli di uso individuale, gestibili dal posto letto/poltrona. La disposizione all'interno della camera dei dispositivi deve essere tale da non interferire con le attività del personale.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di dispositivi multimediali per lo svago e la comunicazione:

- condivisi tra gli utenti della camera

buono

Presenza di dispositivi multimediali per lo svago e la comunicazione:

- ad uso individuale (cuffie, etc.)

ottimo

Presenza di dispositivi multimediali per lo svago e la comunicazione:

- ad uso individuale (cuffie, etc.)
- adeguatamente gestibili dal posto letto/poltrona

150

LINEE GUIDA

Suggerimenti esemplificativi



TIPO DI
STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI
ESIGENZIALI

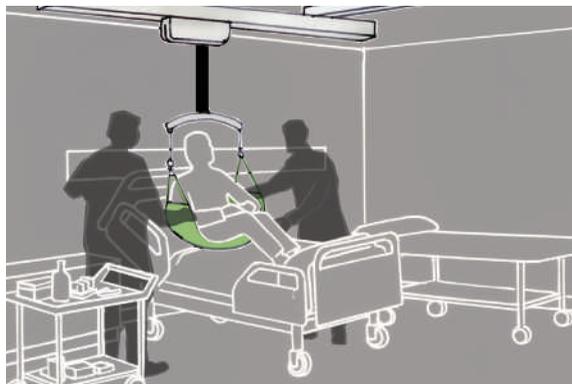


Benessere
psico-emotivo

Fruibilità e sicurezza nella movimentazione del paziente e delle attrezzature



CAMERA DI DEGENZA / DAY HOSPITAL



Per la sicurezza del paziente e per agevolare il lavoro degli operatori sanitari nel sollevamento e spostamento del paziente, al posto letto devono essere impiegate attrezzature adeguate per la movimentazione e la prevenzione delle cadute del paziente. In particolare, il posto letto deve essere dotato di adeguati dispositivi e arredi (di tipo fisso o manovrabile) per movimentare pazienti che richiedono un eccessivo impegno fisico. Devono essere installati ausili per l'equilibrio e la deambulazione all'interno del servizio igienico e lungo i percorsi tra il posto letto e il locale igienico. I percorsi verso il servizio igienico devono essere

brevi, lineari e facilmente identificabili, anche nelle ore notturne, con opportune forme di segnaletica. Nel dimensionamento della camera di degenza, nonché della porta di accesso a tale ambiente, si deve tener conto della eventuale necessità di movimentare il paziente direttamente con il letto. Le caratteristiche degli elementi di arredo e dei serramenti devono essere tali da permettere facili manovre in condizioni ergonomicamente agevoli anche per chi fa uso di ausili o presenta difficoltà motorie, privi di spigoli vivi e disposti in modo da non intralciare la mobilità dei pazienti.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

È consentita, per morfologia, dimensioni e/o dotazioni, la movimentazione agevole e sicura del paziente e delle attrezzature mediche su ruote senza spostamento di arredi mobili

buono

È consentita, per morfologia, dimensioni e/o dotazioni, la movimentazione agevole e sicura del paziente e delle attrezzature mediche su ruote senza spostamento di arredi mobili. È inoltre garantita la presenza di:

- servizio igienico interno alla camera, facilmente identificabile dal posto letto/poltrona e raggiungibile agevolmente anche da utenti con disabilità motorie e visive

ottimo

È consentita, per morfologia, dimensioni e/o dotazioni, la movimentazione agevole e sicura del paziente e delle attrezzature mediche su ruote senza spostamento di arredi mobili. Gli spazi (posto letto/poltrona, servizio igienico, percorso tra posto letto/poltrona e servizio igienico, percorso tra posto letto e ingresso della camera) sono liberi da ostacoli alla deambulazione, fissi e/o mobili, e sono attrezzati con elementi tecnici e arredi che riducono il rischio di caduta del paziente. È inoltre garantita la presenza di:

- servizio igienico interno alla camera, facilmente identificabile dal posto letto/poltrona e raggiungibile agevolmente anche da utenti con disabilità motorie e visive

Suggerimenti esemplificative





Inibizione dell'accesso

CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



Al fine di tutelare la riservatezza della persona e permettere al personale medico e infermieristico di operare in adeguate condizioni devono essere previsti dispositivi per comunicare all'esterno il temporaneo divieto di accesso alla camera. Nella scelta del dispositivo devono essere tenute in considerazione le sue caratteristiche in relazione alla riconoscibilità, alla capacità comunicativa e alla facilità di attivazione da parte del personale. Nella scelta localizzativa del dispositivo deve essere valutata l'efficacia della posizione rispetto all'ingresso della camera.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di:

- dispositivi mobili di temporanea inibizione di accesso alla camera

buono

Presenza di:

- dispositivi "fissi" di temporanea inibizione di accesso alla camera

ottimo

Presenza di:

- dispositivi fissi di temporanea inibizione di accesso alla camera identificabili in modo immediato e chiaramente comprensibili

152

LINEE GUIDA

Suggerimenti esemplificativi



TIPO DI STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI ESIGENZIALI



Sicurezza



Benessere lavorativo

Presenza di “staff zone” e ambito di gestione dei dati clinici



CAMERA DI DEGENZA / DAY HOSPITAL



Nella camera di degenza/day hospital, ciascun posto letto/poltrona deve essere dotato di una “staff zone” con piano di lavoro dove il personale possa svolgere le attività di scrittura e consultazione di documenti cartacei in condizioni ergonomicamente confortevoli. Di grande utilità sono i piani di lavoro spostabili su ruote che il personale può utilizzare per scrivere sia su documenti cartacei sia su computer portatili. Questi piani di lavoro possono essere utilizzati sia dal personale infermieristico, qualora non siano previste delle postazioni decentralizzate, sia dal personale medico, durante il giro visite dei pazienti al posto letto.

Deve essere prevista una postazione informatizzata per le attività di scrittura e consultazione di documenti elettronici, con eventuale possibilità di accesso ai dati anche da parte di pazienti e familiari.

Nella “staff zone” devono essere previsti anche arredi per lo stoccaggio dei presidi di maggiore utilizzo e spazio adeguato, senza interferire con le attività svolte dagli altri utenti (paziente e familiare).

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di:

- “staff zone” di dimensioni adeguate e attrezzata, condivisa tra più posti letto/poltrona

buono

Presenza di:

- “staff zone” di dimensioni adeguate e attrezzata per ogni posto letto/poltrona

ottimo

Presenza di:

- “staff zone” di dimensioni adeguate e attrezzata per ogni posto letto/poltrona, con possibilità di coinvolgimento diretto del paziente allettato per la gestione informatizzata dei dati clinici

Suggerimenti esemplificative



TIPO DI STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI ESIGENZIALI



Sicurezza



Benessere lavorativo



Igiene delle mani

CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



Devono essere previste attrezzature per l'igiene delle mani da parte del personale e dei visitatori. La loro posizione e i relativi sistemi informativi per comunicare le modalità di trasmissione delle infezioni deve essere sempre la medesima in tutte le camere, per consentirne la chiara identificazione, facilmente accessibile e immediatamente visibile, posta lungo il percorso abitualmente compiuto dal personale.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di:

- dispositivo per l'igiene delle mani (in aggiunta a quello presente nell'eventuale servizio igienico interno alla camera), localizzato in posizione facilmente accessibile e immediatamente visibile dal personale sanitario lungo il percorso di ingresso e uscita dalla camera di degenza/day hospital

buono

Presenza di:

- dispositivo per l'igiene delle mani (in aggiunta a quello presente nell'eventuale servizio igienico interno alla camera), localizzato in posizione facilmente accessibile e immediatamente visibile dal personale sanitario lungo il percorso di ingresso e uscita dalla camera di degenza/day hospital, collocato nella medesima posizione nelle diverse camere
- sistemi di comunicazione per una corretta igiene delle mani e delle modalità di trasmissione delle infezioni

ottimo

Presenza di:

- dispositivo per l'igiene delle mani (in aggiunta a quello presente nell'eventuale servizio igienico interno alla camera), localizzato in posizione facilmente accessibile e immediatamente visibile dal personale sanitario lungo il percorso di ingresso e uscita dalla camera di degenza/day hospital, collocato nella medesima posizione nelle diverse camere
- sistemi di comunicazione per una corretta igiene delle mani e delle modalità di trasmissione delle infezioni posti in posizione visibile anche dal paziente

154

LINEE GUIDA

Suggerimenti esemplificative



TIPO DI
STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI
ESIGENZIALI

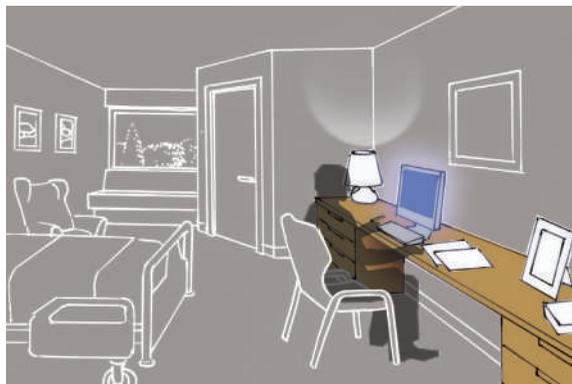


Sicurezza

Illuminazione artificiale



CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



L'illuminazione artificiale deve essere garantita da un sistema generale e da uno per l'esecuzione di compiti specifici, curando in particolare la localizzazione e la tipologia delle sorgenti luminose rispetto alle posizioni occupate dagli utenti (personale sanitario, paziente e familiare) nello svolgimento delle diverse attività. Per limitare l'uso della luce artificiale e garantire l'uniformità del livello luminoso nell'ambiente, si possono utilizzare dispositivi che consentono la regolazione dell'intensità del flusso luminoso in funzione della quantità di luce naturale presente (fotosensori) e accensioni differenziate per i corpi illuminanti collocati più lontano dalle finestre.

Per il controllo dell'abbagliamento, oltre a privilegiare sorgenti luminose di tipo indiretto e scegliere la collocazione delle luci in funzione del cono visivo degli utenti, in particolare del paziente allettato, si deve tenere conto delle caratteristiche di riflettanza delle superfici dell'ambiente e del colore dello sfondo su cui è posta la sorgente luminosa (su superfici dai colori scuri o con bassa riflettanza le sorgenti luminose sembrano più abbaglianti a causa della grande differenza di luminanza).

Nella scelta dei corpi illuminanti, per conferire un'atmosfera di domesticità all'ambiente, è importante considerare la qualità della luce emessa.

L'illuminazione artificiale al posto letto/poltrona deve tenere conto che lo spazio viene condiviso tra più utenti: devono pertanto essere presenti sorgenti luminose dedicate sia per la visita medica, possibilmente mobili, sia per la lettura e per l'eventuale illuminazione notturna.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di sistemi per l'illuminazione:

- a luce diffusa, uniforme e indiretta non abbagliante
- dedicati in tutte le zone funzionali ("staff zone", "patient zone", "family zone"), con caratteristiche e collocazioni tali da evitare fenomeni di disturbo

buono

Presenza di sistemi per l'illuminazione:

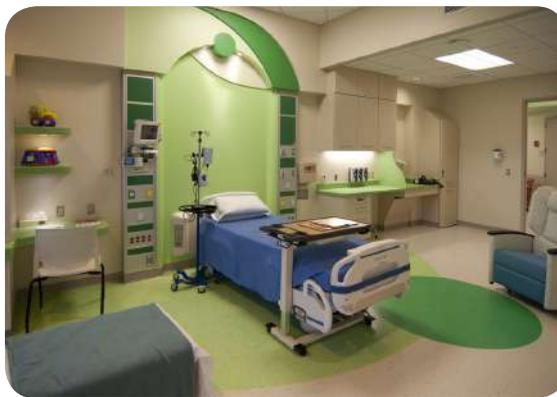
- a luce diffusa, uniforme e indiretta non abbagliante
- dedicati in tutte le zone funzionali ("staff zone", "patient zone", "family zone"), con caratteristiche e collocazioni tali da evitare fenomeni di disturbo
- tali da supportare lo svolgimento dei compiti visivi dei diversi utenti

ottimo

Presenza di sistemi per l'illuminazione:

- a luce diffusa, uniforme e indiretta non abbagliante
- dedicati in tutte le zone funzionali ("staff zone", "patient zone", "family zone"), con caratteristiche e collocazioni tali da evitare fenomeni di disturbo
- tali da supportare lo svolgimento dei compiti visivi dei diversi utenti
- con qualità della luce adeguata (calda $\geq 3000^{\circ}\text{K}$)

Suggerimenti esemplificative



TIPO DI STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI ESIGENZIALI



Benessere psico-emozionale



Benessere ambientale

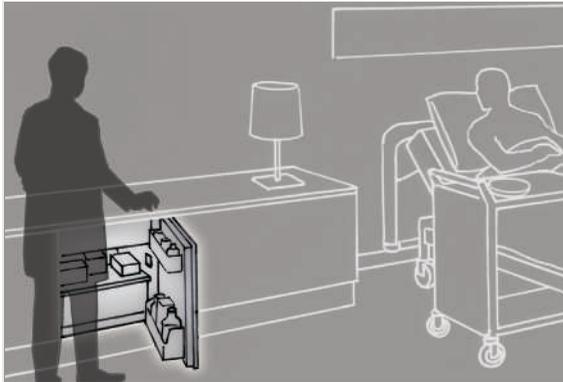


Sicurezza



Possibilità di conservazione alimenti al fresco

CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



La camera di degenza/day hospital deve essere dotata di un idoneo contenitore per consentire la conservazione degli alimenti al fresco, compatibilmente con le esigenze di sterilità del reparto.

In relazione alle preferenze individuali, tale attrezzatura deve essere dotata di un sistema di regolazione della temperatura.

Per l'autonomia di gestione tale attrezzatura deve, inoltre, essere posizionata in modo tale da essere facilmente fruibile anche in condizioni di ridotta mobilità.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza condivisa nel reparto di:

- attrezzature per la conservazione degli alimenti al fresco

buono

Presenza condivisa in gruppi di camere di:

- attrezzature per la conservazione degli alimenti al fresco

ottimo

Presenza nelle camere di:

- attrezzature per la conservazione degli alimenti al fresco

156

LINEE GUIDA

Suggerimenti esemplificativi



**TIPO DI
STRUTTURA**
Medicina Generale
Oncologia

**AMBITI
ESIGENZIALI**



Benessere
psico-emotivo



Colore delle finiture e degli arredi



Nella scelta delle soluzioni cromatiche per gli ambienti di degenza le variabili fondamentali sono costituite dall'età dei pazienti e dalla patologia da cui sono affetti. Per esempio, negli ambienti destinati ai pazienti malati di cancro dovrebbero essere evitati i colori dai toni molto accesi e caldi che provocano ansia, quelli dai toni troppo spenti e cupi che possono deprimere e i colori associati alla nausea e al vomito.

Nell'uso del colore di finiture e arredi devono essere evitati contrasti troppo violenti, generatori di tensioni, e privilegiati accostamenti armonici (colori diversi con stesso tono e intensità oppure

variazioni del tono e dell'intensità nelle composizioni monocromatiche). Nelle camere di degenza, la suddivisione del pavimento in diverse zone di colore può stimolare il recupero di attività motorie, mentre l'uso di un colore diverso della superficie di fronte al letto del paziente può contribuire a evitare la monotonia.

Analogamente un'ideale colorazione del soffitto è apprezzata da pazienti costretti per lunghi periodi in posizione supina.

L'uso del colore, inoltre, può migliorare la fruibilità e la comprensibilità dell'organizzazione visiva dell'ambiente: corrimano, cornici delle porte o maniglie evidenziate con colori che risaltino rispetto allo sfondo su cui sono inseriti sono più facili da individuare.

Nella progettazione cromatica della camera di degenza/day hospital, per non interferire con le attività del personale sanitario, con conseguenti possibili implicazioni sulla diagnosi, sono da evitare sulla superficie che funge da sfondo al paziente (testa letto) colori che influiscono sul tono dell'incarnato, privilegiando i colori che definiscono uno sfondo neutro.

Per prevenire incidenti legati allo scivolamento, per il pavimento vengono suggeriti colori che rendono evidente la eventuale presenza di fluidi.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Colori di finiture e arredi selezionati:

- in funzione del tipo di degenza e delle relative caratteristiche del paziente

buono

Colori di finiture e arredi selezionati:

- in funzione del tipo di degenza e delle relative caratteristiche del paziente
- differenziati per evidenziare alcuni elementi

ottimo

Colori di finiture e arredi selezionati:

- in funzione del tipo di degenza e delle relative caratteristiche del paziente
- differenziati per evidenziare alcuni elementi
- adeguati a supportare l'operatività del personale

Suggerimenti esemplificative





Potenzialità ristorative

CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL



Devono essere previsti elementi con potenzialità ristorative, selezionati in funzione del tipo di paziente (disturbi psico-fisici della malattia, età), collocati in base alla morfologia dello spazio e alla percezione sensoriale (visiva, uditiva, olfattiva) da parte degli utenti, considerando in particolare i pazienti allettati.

Per quanto riguarda l'arte (fotografie, quadri, dipinti murali, etc.) dovrebbero essere privilegiate raffigurazioni di elementi della natura. È importante oltre al contenuto delle immagini, localizzare le opere supina dei pazienti e del loro limitato angolo visivo, diretto principalmente verso il soffitto e la parete di fronte al letto. I suoni naturali e la musica possono essere introdotti nella camera di degenza attraverso dispositivi di diffusione sonora individuale come le cuffie che consentono eventualmente di mascherare un ambiente sonoro sgradevole.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di:

- elementi con potenzialità ristorative, selezionati in funzione del tipo di degenza e delle relative caratteristiche del paziente (disturbi psico-fisici della malattia, età)

buono

Presenza di:

- elementi con potenzialità ristorative, selezionati in funzione del tipo di degenza e delle relative caratteristiche del paziente (disturbi psico-fisici della malattia, età), collocati in modo tale da favorirne la percezione sensoriale da almeno un posto letto/poltrona

ottimo

Presenza di:

- elementi con potenzialità ristorative, selezionati in funzione del tipo di degenza e delle relative caratteristiche del paziente (disturbi psico-fisici della malattia, età), collocati in modo tale da favorirne la percezione sensoriale da ciascun posto letto/poltrona

158

LINEE GUIDA

Suggerimenti esemplificative



TIPO DI STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI ESIGENZIALI



Benessere
psico-emotivo

Controllo visivo del paziente acuto da parte del personale



CAMERA DI DEGENZA / DAY HOSPITAL



Per favorire l'interazione visiva tra la postazione del personale sanitario e il posto letto/poltrona, le soluzioni da adottare devono considerare la distanza tra il punto di controllo infermieristico e il posto letto/poltrona del paziente e il cono visivo dei rispettivi utenti.

Partizioni trasparenti tra camera e spazi adiacenti (come il corridoio) agevolano il controllo da parte del personale sanitario, forniscono una distrazione positiva al paziente e, se oscurabili, garantiscono la tutela della privacy. Analoghe considerazioni sulla possibilità di tutela della riservatezza della persona possono essere effettuate nella scelta di

elementi di monitoraggio multimediali flessibili, dotati cioè di interruttori on-off gestibili dal paziente.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Possibilità di:

- controllo visivo degli ingressi delle camere dalla postazione infermieristica

buono

Possibilità di:

- controllo visivo di tutti i posti letto/poltrona dalla postazione infermieristica

ottimo

Possibilità di:

- controllo visivo di tutti i posti letto/poltrona dalla postazione infermieristica
- gestione flessibile delle condizioni di privacy del paziente con controllo visivo strumentale dalla postazione infermieristica

Suggerimenti esemplificativi



TIPO DI STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI ESIGENZIALI



Benessere psico-emotivo



Benessere lavorativo



Sicurezza



CAMERA DI
DEGENZA /
DAY HOSPITAL

Continuità con l'ambiente domestico



Se differenziata in zone, l'articolazione spaziale della camera di degenza contribuisce ad accrescere il senso di territorialità di ogni paziente e a ridurre la percezione di ambiente istituzionale.

Per ridurre la percezione di ambiente istituzionale, inoltre, è importante curare la mimetizzazione di apparecchiature e terminali impiantistici, come quelli tipicamente presenti nei testa letto, o prevedere una collocazione visivamente meno impattante, compatibilmente con il lavoro e le esigenze operative del personale sanitario.

Nella scelta degli arredi e delle finiture, è opportuno privilegiare elementi con caratteristiche che

richiamino ambienti di tipo domestico-alberghiero, curando l'uso del colore, la loro disposizione in modo da ridurre il più possibile le zone d'ombra e da non costituire ostacolo al movimento, favorendo l'autonomia nell'uso dello spazio.

Per ridurre la percezione di ambiente istituzionale, oltre a curare la disposizione di elementi architettonici e arredi in modo da definire una partizione dello spazio, è essenziale, compatibilmente con le condizioni di igiene, di pulizia e di manutenibilità dello spazio interno, utilizzare componenti di arredo e di finiture interne con caratteristiche che ricordino quelle degli ambienti della quotidianità del paziente al di fuori dell'ospedale. È inoltre importante prevedere adeguati contenitori e mensole, che consentano al paziente di riporre i propri oggetti, oltre che arredi per la permanenza dei familiari.

160

LINEE GUIDA

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

- Collocazione mimetizzata/ schermata di attrezzature mediche

buono

- Collocazione mimetizzata/ schermata di attrezzature mediche
- Concezione delle caratteristiche di finiture e arredi e loro collocazione per una riduzione della percezione di un ambiente di tipo istituzionale/ ospedaliero

ottimo

- Collocazione mimetizzata/ schermata di attrezzature mediche
- Concezione delle caratteristiche di finiture e arredi e loro collocazione per un incremento della percezione di un ambiente di tipo domestico/ alberghiero

Suggerimenti esemplificativi



TIPO DI
STRUTTURA
Medicina Generale
Oncologia

AMBITI
ESIGENZIALI



Benessere
psico-emotivo

Presenza di dispositivi per la raccolta dei rifiuti speciali



CAMERA DI DEGENZA / DAY HOSPITAL



Nella camera di degenza/day hospital, in particolare nello spazio di trattamento dei pazienti, devono essere presenti dispositivi per la raccolta dei rifiuti speciali (come le sacche che contengono antiblastico per i trattamenti chemioterapici), posizionati in modo tale da permettere al personale un agevole smaltimento dei rifiuti in condizioni di sicurezza clinica e ergonomicamente adeguate. Tali dispositivi devono inoltre essere posizionati in modo tale da non essere visibili dal paziente (dal letto o dalla poltrona) durante i trattamenti, sfruttando la morfologia dello spazio e/o utilizzando

schermature fisse e/o operabili. La tipologia di apertura e chiusura del dispositivo deve ridurre al minimo la possibilità di contaminazione diretta o per via aerea.

Indicatori del livello di soddisfazione

sufficiente

Presenza di:

- dispositivi per la raccolta dei rifiuti speciali nelle immediate vicinanze della zona di somministrazione (letto o poltrona) della chemioterapia

buono

Presenza di:

- dispositivi per la raccolta dei rifiuti speciali nelle immediate vicinanze della zona di somministrazione (letto o poltrona) della chemioterapia, in uno spazio dedicato

ottimo

Presenza di:

- dispositivi per la raccolta dei rifiuti speciali nelle immediate vicinanze della zona di somministrazione (letto o poltrona) della chemioterapia, in uno spazio dedicato, non visibile al paziente

Suggerimenti esemplificative



TIPO DI STRUTTURA
Oncologia

AMBITI ESIGENZIALI



Sicurezza



Benessere psico-emotivo



Benessere lavorativo

CARATTERISTICHE FUNZIONALI

CAMERA DI DEGENZA / DAY HOSPITAL

GENERALITÀ

L'area di degenza ha una rilevante incidenza, in termini spaziali, rispetto alla superficie totale del servizio ospedaliero e il suo layout funzionale, definito già nella fase di meta-progettazione, ha importanti ricadute sulla configurazione complessiva dell'ospedale.

Rispetto alla tendenza internazionali che si orientano verso l'adozione completa di camere singole (soprattutto nel caso statunitense) o di camere multiple a quattro o sei posti letto (ricorrente nelle strutture anglosassoni), nel contesto italiano, i trends in via di consolidamento si orientano verso una strada intermedia: camere ad uno o due posti letto, con una spiccata prevalenza delle camere doppie sulle camere singole.

In ogni caso la normativa italiana specifica che almeno il 10% del numero complessivo delle camere deve essere ad un posto letto.

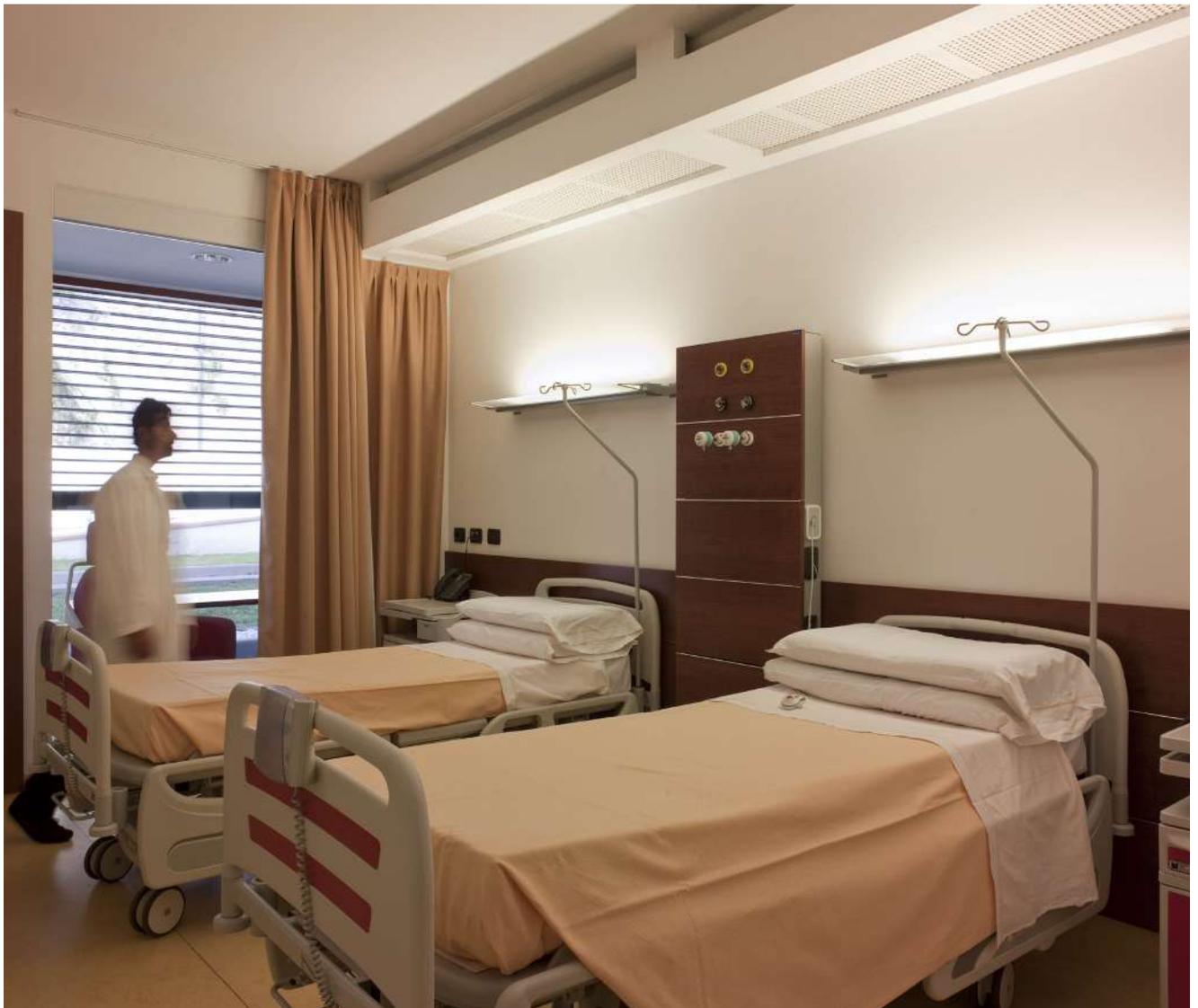
Le caratteristiche e le configurazioni delle camere di degenza possono essere ricondotte ad alcune soluzioni consolidate, che differiscono prevalentemente, oltre che per il numero di pazienti che accolgono, per la posizione del bagno rispetto al corridoio e per la relativa possibilità di controllo visivo del paziente da parte del personale infermieristico. Ulteriori variazioni legate alla morfologia e alle dotazioni sono connesse al tipo di patologia del paziente e allo stato di acuzie corrispondenti. A diversi gradi di criticità dello stato clinico corrispondono infatti diverse esigenze spaziali che permettano un costante e diretto controllo visivo da parte del personale, l'utilizzo all'interno della camera di apparecchi e dispositivi per il trattamento e la permanenza di utenti diversi in numero variabile (consulenti clinici, familiari, visitatori).

ASPETTI FUNZIONALI

La camera di degenza è l'ambiente che accoglie il paziente dal momento del ricovero al momento della sua dimissione. Pertanto è in questo ambiente che avvengono tutte le attività di tipo clinico medico che non necessitano di un trasferimento del paziente in altre aree funzionali (area diagnostica o area chirurgica) per l'utilizzo di apparecchiature o l'esecuzione di procedure particolari: i colloqui di tipo clinico-informativo, il monitoraggio dello stato di salute, la somministrazione delle cure, l'esecuzione di visite e, quando possibile, di esami diagnostici. Contemporaneamente, risulta l'ambiente nel quale il paziente conduce le attività legate alla vita personale e privata, in continuità con quanto avveniva prima dell'ospedalizzazione: la consumazione dei pasti, il riposo, l'igiene personale, la distrazione e lo svago, il colloquio con i familiari e i visitatori. Le esigenze e le relative attività dei pazienti e dello staff variano notevolmente in funzione del livello di acuzie e della patologia, in particolare rispetto alle condizioni di mobilità e allo stato di coscienza. Generalmente, a quadri clinici più complessi e livelli di acuzie maggiori corrisponde, oltre alla ovvia riduzione delle attività di tipo individuale svolte dal paziente, un'intensificazione, in termini di quantità e di frequenza, delle attività svolte soprattutto dal personale infermieristico. Queste comprendono, oltre alle funzioni di controllo e monitoraggio dello stato di salute, attività operative di somministrazione farmaci e terapie, attività di supporto quali l'ausilio all'igiene personale o alla consumazione dei pasti.

Dal punto di vista funzionale, il fulcro della camera di degenza è la zona nella quale si trova il paziente a letto, poiché attorno a questa si svolgono tutte le attività legate all'ambito clinico, a quello personale, a quello di svago e distrazione.

Lo spazio di permanenza del paziente è costituito generalmente da: un letto, un comodino per il deposito di alcuni piccoli effetti personali di frequente utilizzo (portamonete, documenti, cellulare, orologio, etc.), un carrello servitore per la





consumazione di cibo e bevande, un sistema di illuminazione dedicato e un sistema di chiamata d'emergenza. La custodia degli effetti personali di più grandi dimensioni, quali indumenti, calzature e altro, può avvenire in appositi contenitori, che possono essere: un armadio, una cassetiera, un comodino e un appendiabiti. Altre attività complementari, quali la consumazione dei pasti e la distrazione e lo svago richiedono la dotazione di specifici arredi e attrezzature.

Nonostante la zona del paziente rimanga al centro della concezione e configurazione della camera di degenza, il sempre maggiore coinvolgimento, nel percorso di cura, di utenti quali i familiari e i caregiver, porta a prevedere la presenza nella camera di spazi idonei, con opportune dotazioni di arredi e attrezzature, in grado di permettere la permanenza del parente all'interno della stessa.

In assetti sanitari e layout molto evoluti, diffusi soprattutto nel contesto statunitense, si registra la tendenza ad inglobare nella camera di degenza alcune attività di tipo sanitario, quali ad esempio la preparazione di alcune terapie. A questo corrispondono apposite zone di lavoro e di stoccaggio materiale collocate direttamente all'interno, o nelle immediate vicinanze dell'ingresso alla camera. Nella maggior parte di queste configurazioni si tende a collocare la zona dello staff in prossimità dell'ingresso alla camera, per ottimizzare i flussi del personale in ingresso e in uscita. Il trasferimento di alcune attività di tipo infermieristico all'interno della camera richiede la predisposizione di un adeguato spazio di lavoro intorno al letto, per la movimentazione di attrezzature elettromedicali e per lo svolgimento delle attività infermieristiche di supporto e di tipo amministrativo.

Alcune attività infermieristiche richiedono la presenza di spazi di lavoro umido, per effettuare l'igiene delle mani e per altri utilizzi clinici, dotati di lavabo, dispenser sapone e/o disinfettante, dispenser salviette di carta e porta rifiuti.

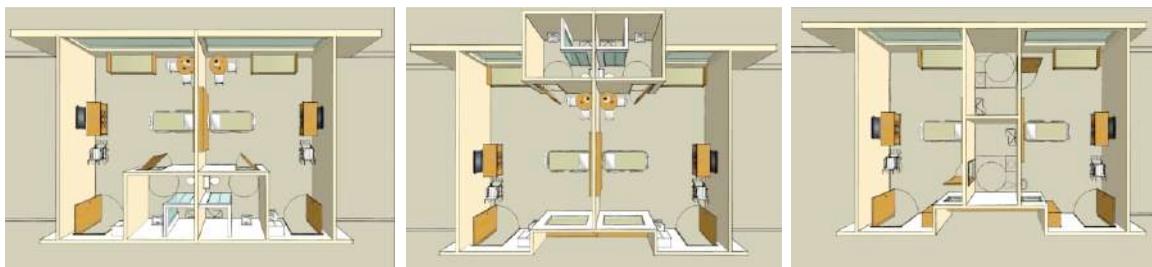
DIMENSIONAMENTO

Rispetto alle linee di tendenza esplicitate, che prevedono l'inserimento di nuovi utenti, spazi, attività all'interno della camera, i minimi dimensionali (9 mq per posto letto) forniti dalla normativa cogente di livello nazionale (D.P.R. 19 Gennaio 1997) risulterebbero insufficienti. La modifica di alcuni parametri sia di tipo assistenziale che progettuale avrebbe, di conseguenza, rilevanti ricadute sulla configurazione morfologica e sulla dimensione della camera nonché dell'area di degenza.

PRINCIPALI RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE

Una importante relazione interna è quella che si stabilisce tra la camera di degenza e il servizio igienico relativo. La posizione del servizio igienico rispetto a quella della camera influenza notevolmente non solo la configurazione della camera, ma anche il layout generale dell'unità di degenza, condizionando sia numerosi aspetti progettuali che la modalità di svolgimento dell'attività clinico assistenziale. La normativa cogente indica come standard minimo la dotazione di un servizio igienico ogni 4 posti letto e, in relazione alla posizione di questo spazio, quasi tutte le configurazioni possono essere ricondotte a tre modelli di riferimento:

- layout con servizio igienico sul corridoio;
- layout con servizio igienico in facciata;
- layout con servizio igienico interposto tra le camere.



La prima configurazione, lasciando libera tutta la parete dell'involucro esterno, permette di collocare sulla stessa grandi aperture, ma riduce la dimensione libera della parete interna, a svantaggio della visibilità della camera da parte del personale infermieristico.

La configurazione con il servizio igienico in facciata, all'opposto, riduce la dimensione della parete verso l'esterno e libera invece la parete interna sul corridoio.

La configurazione con il servizio igienico interposto, lascia libere entrambe le pareti (interna ed esterna), ma, a parità di numero di camere, produce un consistente allungamento del corpo di fabbrica rispetto alle configurazioni precedenti.

Altra importante relazione interna è quella che si genera tra più posti letto, nel caso in cui la camera non sia singola. Nel caso di camere a due o più letti, infatti, le configurazioni spaziali possibili legate alla posizione reciproca dei letti all'interno dello spazio possono essere:

- a letti affiancati;
- a letti contrapposti frontali;
- a letti contrapposti sfalsati.

La prima configurazione, con letti affiancati, è la più tradizionale. Questa genera un corpo di fabbrica più largo per effetto della maggiore profondità delle camere; produce inoltre uno sbilanciamento delle relazioni di ogni postazione paziente con gli altri spazi interni (bagno, accesso, involucro esterno, zona dello staff).

La seconda configurazione, con letti contrapposti frontali genera invece un corpo fabbrica più lungo legato alla maggiore larghezza della camera; tale assetto permette spesso una più agevole divisione interna tra le due aree di pertinenza del paziente e le eventuali relative zone per i familiari.

La terza configurazione, a letti sfalsati, deriva da una ottimizzazione delle due configurazioni precedenti ed è possibile solo se supportata dallo sfalsamento morfologico della camera stessa.

Per quanto riguarda le relazioni esterne, la principale è quella che si stabilisce tra la camera e le postazioni infermieristiche ed, eventualmente, gli spazi di supporto direttamente connessi con le attività assistenziali (deposito materiali, farmaci, attrezzature e area preparazione terapie).

Per le attività svolte da familiari e pazienti, invece, le relazioni esterne prevalenti sono quelle che si stabiliscono con il soggiorno e con eventuali spazi esterni di pertinenza dell'area di degenza.

RIFERIMENTI SCIENTIFICO-CULTURALI SUI TEMI DELL'UMANIZZAZIONE

AMBULATORIO / CONSULTORIO / COLLOQUIO

BENESSERE PSICO-EMOTIVO

Privacy/Interazione sociale. Durante i colloqui tra personale sanitario e pazienti vengono trasmesse, generalmente, informazioni sensibili che richiedono particolare riservatezza.

La mancanza di privacy può generare stati di ansia che diminuiscono la qualità delle comunicazioni (Ulrich et al., 2004) e rendono più difficili le operazioni di visita o di preparazione del paziente.

I diversi livelli di privacy devono essere garantiti sia rispetto agli utenti (sanitari e non) presenti all'esterno dello spazio, sia rispetto agli operatori sanitari che eventualmente debbano accedere allo spazio per motivazioni diverse da quelle della visita e del trattamento del paziente (ritiro o consegna di materiale, comunicazioni con personale presente all'interno dell'ambulatorio, etc.).

Continuità con l'ambiente domestico. Numerose ricerche dimostrano che l'ambiente di cura e le sue caratteristiche (colori, finiture, tipologia di arredi, illuminazione, relazione con l'esterno) influenzano le condizioni di benessere e di salute degli utenti che fruiscono delle strutture sanitarie (Dijkstra et al., 2006).

È dimostrato che sia fonte di notevole stress la perma-