



**POLITECNICO
DI TORINO**

Politecnico di Torino
Dipartimento di Architettura e Design
Corso di Laurea Magistrale in Design Sistemico
Tesi di Laurea a.a. 2018/19

UMANIZZAZIONE DELLO SPAZIO DI CURA

strategie di progettazione all'interno dei reparti pediatrici esistenti

Relatore **Cristian Campagnaro**
Candidata **Camilla Borghi**



**POLITECNICO
DI TORINO**

Politecnico di Torino
Dipartimento di Architettura e Design
Corso di Laurea Magistrale in Design Sistemico
Tesi di Laurea magistrale
a.a. 2018/19

UMANIZZAZIONE DELLO SPAZIO DI CURA

strategie di progettazione all'interno dei reparti pediatrici esistenti

Relatore **Cristian Campagnaro**
Candidata **Camilla Borghi**



O | ABSTRACT

Premessa

Il concetto di umanizzazione è molto ampio e può assumere diverse accezioni.

Per quanto riguarda l'umanizzazione dello spazio di cura, il termine può assumere diversi significati: accoglienza, ospitalità, comunicazione e facile informazione. Cercando di riassumere, il termine più generale che può indicare l'umanizzazione dello spazio di cura è benessere; per quanto questo concetto può risultare quasi banale all'interno del contesto sanitario, è difficilmente applicabile in azioni concrete all'interno del processo di progettazione dello spazio.

Obiettivi

La tesi si andrà ad inserire in quello che è il contesto dei reparti pediatrici ospedalieri. In particolare concentrerà l'attenzione sugli aspetti che inducono stress nel paziente e nella sua famiglia, e si pone come obiettivo quello di individuare soluzioni e strategie per attenuarli e rendere il percorso dell'ospedalizzazione pediatrica meno traumatico e più facile da affrontare.

Particolare interesse verrà posto al fatto che nella maggior parte dei casi è necessario lavorare in strutture esistenti, non potendole, quindi, riprogettare ex novo.

Ci si concentrerà, inoltre, su di una particolare categoria di utenza spesso trascurata nel contesto pediatrico: l'adolescente.

Piano delle attività

Dopo un'analisi su quale sia il significato di umanizzazione dello spazio di cura, l'attenzione si è spostata all'interno del contesto pediatrico. A una prima ricerca teorica su come l'ambiente possa essere di supporto all'utenza, è seguita una ricerca su tre livelli che è stata portata avanti contemporaneamente: una ricerca teorica con cui si sono andati a definire criteri e strumenti di progetto all'interno della pediatria; un'analisi di casi studio; l'esperienza diretta all'interno dell'ospedale.

Risultati attesi

Conseguentemente alle considerazioni nate dalle tre fasi della ricerca, si sono andati a definire alcuni punti per la riprogettazione di spazi pediatrici esistenti.

La figura dell'adolescente è stata centrale nella definizione di linee guida progettuali, utili per la progettazione dello spazio e di attività a esso dedicate.

Premise

The concept of humanization can be translated with different meanings. Regarding the humanization of the care space, the term can take on different meanings: acceptance, hospitality, communication and easy information. In general the most appropriate term to describe humanization is well-being; although this concept may be quite banal within the health context, it is difficult to translate into concrete actions.

Targets

The thesis fits into the context of pediatric hospital. In particular, the focus will be on the aspects that induce stress in the patient and in his family, and aims to identify solutions and strategies to mitigate them and make the path of pediatric hospitalization less traumatic and easier to deal with. Particular interest will be placed in the fact that in most cases it is necessary to work in existing structures, since they cannot be redesigned from scratch. Also, the focus will be on a particular category of users, often neglected in the pediatric context: the adolescent.

Activity plan

After an analysis about the meaning of the care space humanization, the attention has shifted within the pediatric context. A first theoretical research, on how the environment can be of support to users, was followed by a research on three levels that was carried out simultaneously:

a theoretical research to define project criteria and tools within of pediatrics; an analysis of case studies; direct experience within the hospital.

Expected results

Following the considerations arising from the three phases of the research, some points will be defined for the redefinition of existing pediatric spaces. The figure of the adolescent will be central in the definition of design guidelines, useful for the design of the space and activities dedicated to them.

INDICE DEI CONTENUTI



15 Metodologia



19 Il concetto di umanizzazione

21 Caratteristiche psicologiche
 per le diverse fasce di età



28 Catananti, Cambieri

31 Prodi, Stocchetti

33 Malkin

35 Spinelli, Bellini, Bocci, Fos-
 sati

38 Mello

40 Considerazioni



51 Ospedale pediatrico e le sue
 funzioni

52 Diritti del bambino ospeda-
 lizzato

57 Approcci alla concezione del
 care nell'ospedale pediatrico



66 La percezione dell'ambiente
 da parte del bambino

69 Ambiente come supporto

77 I fattori di stress: il bambino
 e il genitore

82 Personas

86 Costumer journey map

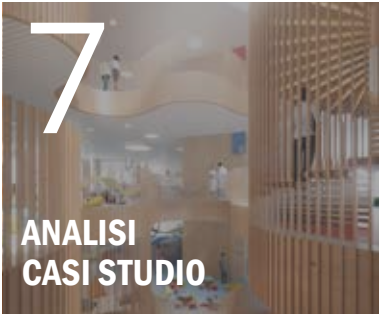
90 Considerazioni



96 I fattori percettivo sensoriali

106 Aspetti ergonomici

109 Orientamento e wayfinding



- 119 Ambiente e percezione
- 127 Arredo ed installazioni
- 135 Attività e laboratori



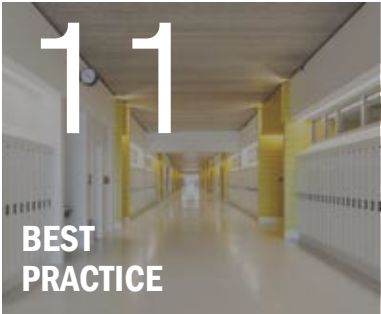
- 145 ABIO - Ospedale pediatrico Regina Margherita (Torino)
- 148 AGD - Bologna



- 152 Prime considerazioni



- 157 L'adolescente
- 158 L'adolescente ospedalizzato
- 160 Persona e costumer journey map
- 164 Differenze



- 170 Residenze terapeutiche
- 173 Scuole medie e superiori
- 175 La scuola montessori



- 181 Cambiamenti all'interno der reparto pediatrico
- 188 Proposte



193 Conclusioni



195 Riferimenti bibliografici



1 | INTRODUZIONE

INTRODUZIONE

METODOLOGIA

METODOLOGIA

La ricerca si è aperta partendo dall'analisi del concetto di umanizzazione dello spazio di cura nella sua concezione più generale. Sono stati presi in esame diversi autori ed esperti di progettazione ospedaliera. Per ognuno di si è evidenziato cosa questi intenda per umanizzazione, chi è coinvolto in questo processo e quali siano gli interventi applicabili all'ambiente ospedaliero per raggiungere tale scopo. Successivamente si è definito il contesto più specifico dell'ospedale pediatrico.

Partendo dall'analisi della pediatria, dalle sue caratteristiche tecniche e formali, è stata analizzata l'utenza di riferimento concentrandosi sulla figura del bambino e del familiare.

A questo punto si sono individuati i fattori di stress, i bisogni e le necessità dell'utenza coinvolta.

Ponendo questi in primo piano, sono state svolte ulteriori analisi su come l'ambiente possa essere di supporto alla figura del bambino ospedalizzato.

Sono state sviluppare tre modalità di ricerca parallelamente:

- l'analisi dei casi studio relativi agli ospedali pediatrici e alle attività dedicate al bambino;

- una ricerca teorica su quelli che sono i criteri e gli strumenti progettuali all'interno dello spazio pediatrico;

- una ricerca sul campo svolta tramite associazioni di volontariato, in particolare nel reparto di Chirurgia Generale dell'Ospedale pediatrico Regina Margherita di Torino e attraverso l'esperienza con l'Associazione Giovani Diabetici (AGD) di Bologna.

Partendo dalla sintesi del lavoro svolto si sono avanzate alcune considerazioni: il tema della riprogettazione degli spazi esistenti; la figura dell'adolescente all'interno del reparto pediatrico.



2 | **OBIETTIVO DELLA RICERCA**



OBIETTIVO DELLA RICERCA

IL CONCETTO DI UMANIZZAZIONE

CARATTERISTICHE PSICOLOGICHE PER LE DIVERSE FASCE DI ETÀ

obiettivo ricerca

IL CONCETTO DI UMANIZZAZIONE

Il concetto di umanizzazione è molto ampio e può assumere diverse accezioni.

Per quanto riguarda l'umanizzazione dello spazio di cura, il termine può assumere diversi significati: accoglienza, ospitalità, comunicazione e facile informazione. Cercando di riassumere, il termine più generale che può indicare l'umanizzazione dello spazio di cura è benessere; per quanto questo concetto può risultare quasi banale all'interno del contesto sanitario, è difficilmente applicabile in azioni concrete all'interno del processo di progettazione dello spazio.

L'obiettivo dell'umanizzazione non può, quindi, limitarsi esclusivamente ad alcuni ambiti; è necessario che l'intero servizio sanitario adotti comportamenti consoni in diversi ambiti. Si deve garantire un servizio attento alle esigenze dell'utenza, siano queste riguardanti le relazioni interpersonali, gli aspetti organizzativi o burocratici, o riguardanti gli aspetti fisici della struttura.

Gli interventi che possono essere apportati per migliorare la permanenza dei pazienti in ospedale, tenendo conto dei concetti sopra descritti,

possono rientrare in diversi ambiti di competenza:

amministrativi: cioè nel supporto e nell'affiancamento all'utente in tutti quegli aspetti burocratici con cui esso si ritrova ad interfacciarsi in ogni fase dell'ospedalizzazione;

strutturali: la necessità, cioè, che la struttura ospedaliera garantisca comfort e sicurezza, che sia priva di barriere architettoniche, che disponga di attrezzature e servizi adeguati alle esigenze di chi la vive;

relazionali: gli aspetti relazionali riguardano quegli aspetti, non propriamente sanitari, costituite da attività dirette o indirette che hanno come obiettivo rendere meno traumatica l'ospedalizzazione e il più efficace possibile.

Nonostante nelle strutture sanitarie vi sia una sempre maggiore attenzione agli aspetti sopra citati, questi vengono messi in secondo piano per privilegiare una maggiore efficienza ed efficacia

clinica. Infatti, assumono maggiore importanza tutti quegli aspetti più pratici e funzionali all'attività medica - che di conseguenza influenzano le configurazioni spaziali, gli aspetti funzionali e i modelli organizzativi - che rendono gli aspetti legati a problematiche socio-psicologiche più trascurabili. L'ospedale dovrebbe essere considerato meno una "macchina per guarire"¹, ma sempre più un luogo di cura e accoglienza al cui centro venga posto l'uomo e non solo la malattia da debellare. Come è stato affermato, non è possibile relegare l'umanizzazione dello spazio di cura ad un'unica disciplina. Questo processo deve essere costituito, infatti, da un programma articolato e complesso.

Mettendo quindi al centro del progetto ospedale quelli che sono utenti e stakeholders con i loro bisogni ed esigenze, è possibile sviluppare il concetto di benessere.

Con riferimento alle esigenze del paziente e del personale di seguito sono riportati gli ambiti principali da comprendere all'interno della progettazione dell'ambiente:

- informazioni e comunicazioni con il personale
- accoglienza ed orientamento
- continuità dei rapporti con i familiari
- rispetto della privacy
- ambiente a misura d'uomo familiare e confortevole

Nei capitoli successivi si andranno a descrivere quelli che possono essere interventi progettuali che hanno come obiettivo quello di garantire ai pazienti, visitatori, medici e operatori una interazione corretta e "amichevole" sia con le apparecchiature mediche che con lo spazio architettonico.



1_ F.R. Prodi, A. Stocchetti, L'architettura dell'ospedale, 1990
Foto_Lurie Children's Hospital, Chicago



CARATTERISTICHE PSICOLOGICHE PER LE DIVERSE FASCE DI ETÀ

L'umanizzazione in ospedale non può prescindere dalla personalizzazione degli interventi, per adeguarli alle diverse esigenze dei malati. In questo senso si deve avere rispetto della particolare organizzazione psico-affettiva del bambino, ma anche della personalità già strutturata dell'adulto e dell'anziano. Accanto ai rischi di somatizzazione dei bambini, possono, infatti, verificarsi manifestazioni di ansia, aggressività, rifiuto o addirittura stati depressivi in giovani o adulti che si trovano improvvisamente in una situazione di malattia e impotenza. E' importante capire lo stato d'animo in cui il paziente si trova, per intervenire in modo più efficace e tranquillizzarlo sulle sue paure e difficoltà.

In conclusione, per raggiungere l'obiettivo dell'umanizzazione all'interno dello spazio di cura e arrivare a garantire il benessere dell'utenza che lo vive, è necessario toccare tre ambiti fondamentali:

- Il benessere psico-emotivo
- Il benessere ambientale
- Il benessere lavorativo occupazionale

L'approccio alla cura del paziente deve essere basato su un principio olistico e multidisciplinare. La terapia non può limitarsi al semplice trattamento della patologia, ma deve anche includere quegli aspetti che riguardano più la sfera psico-emotiva

e sociale del paziente.

In quest'ottica, la progettazione dell'ambiente ospedaliero può assumere una grande potenzialità nel controllo dello stress che l'utente percepisce all'interno di esso.

L'ambiente diventa, quindi, risorsa, nel momento in cui:

- minimizza le condizioni che generano o acutizzano lo stress nelle persone;
- massimizza la presenza di quelle caratteristiche ambientali che possono essere di supporto ai processi di guarigione. Questo concetto può essere tradotto con il termine di restorativeness.



La restorativeness, cioè il recupero o la rigenerazione di forze ed energie, è un concetto fondamentale nella prospettiva del controllo dello stress attraverso il design dell'ambiente. Consiste, infatti, nella possibilità di rigenerarsi da uno stato di stress grazie all'azione positiva che possono avere determinati stimoli ambientali.

L'affinità fra ambiente e processo di guarigione può essere tradotta in una serie di considerazioni che mettono in relazione la progettazione dell'ambiente ospedaliero con:

- la riduzione dello stress e dell'affaticamento del personale e accrescimento dell'efficacia assistenziale;
- il miglioramento della sicurezza nei pazienti;
- la riduzione dello stress nei pazienti e miglioramento degli esiti clinici;
- il miglioramento complessivo della qualità delle prestazioni assistenziali.



3 | RIFLESSIONI TEORICHE

RIFLESSIONI TEORICHE

C. CATANANTI, A. CAMBIERI

F. R. PRODI, A. STOCCHETTI

J. MALKIN

F. SPINELLI, E. BELLINI, P. BOCCI, R. FOSSATI

P. MELLO

CONSIDERAZIONI

Lo scopo del capitolo che segue è quello di dare una definizione completa del concetto di umanizzazione. Attraverso varie interpretazioni date a questa tematica e al lavoro di analisi e confronto, è stato possibile definire il termine sotto diversi aspetti differenti: ciò che per un autore è di fondamentale importanza, per altri non è stato tema d'indagine.

Per arrivare a definire il concetto di umanizzazione dello spazio di cura in modo completo ed esaustivo, di seguito sono analizzati i criteri che ne hanno dato architetti e studiosi di progettazione ospedaliera.

Nonostante i testi analizzati siano abbastanza datati risultano ancora molto attuali. Complessivamente gli autori studiati hanno affrontato lo studio dell'umanizzazione esplorando tutte le dimensioni che le appartengono, dalla organizzativa alla progettuale, da quella etica a quella tecnica.

CESARE CATANANTI ANDREA CAMBIERI

L'analisi che segue si basa sullo studio del testo degli autori *Igiene e tecnica ospedaliera* pubblicato nel 2000. Come già detto, considerando la data di pubblicazione, alcuni dei temi trattati dagli autori sono ormai superati. Tuttavia gli argomenti trattati nel testo riguardanti i criteri di umanizzazione sono attuali e presentano molti punti in comune con autori più recenti trattati in seguito. Cesare Catananti e Andrea Cambieri si riferiscono all'umanizzazione dell'ospedale come ad una condizione indispensabile per il *"conferimento all'uomo malato della propria dignità e dei suoi diritti fondamentali"*.¹

Da questa affermazione si deduce che per gli autori il processo di umanizzazione dello spazio di cura sia rivolto esclusivamente ai pazienti, non considerando le altre categorie di utenti dell'ospedale ovvero operatori e visitatori. In base alle osservazioni degli autori, l'esigenza di umanizzare dell'ospedale nasce da quella che definiscono come *"un'attenzione unicamente concentrata sulla malattia, a detrimento della persona che ne è affetta"*.² L'istituzione sanitaria, infatti, mette al centro l'e-

voluzione tecnologica e scientifica della medicina lasciando indietro la persona.

Gli autori definiscono, a seguito di questa situazione in cui il paziente viene messo in secondo piano rispetto alla sua malattia, gli elementi di crisi:

- la rottura con l'ambiente familiare
- la spersonalizzazione dei rapporti umani
- l'isolamento psicologico
- le condizioni alberghiere

Dalle criticità vissute dal paziente è possibile dedurre quali siano i loro principali bisogni:

- la continuità dei rapporti sociali e la continuità della vita quotidiana
- rapporti umani e paritari con il personale
- supporto psicologico
- qualità delle condizioni di ricovero

Da queste affermazioni è possibile suddividere gli ambiti su cui andare a lavorare in tre aree.

Aspetti costruttivi e strutturali dell'ambiente di ricovero

Cioè gli elementi di architettura su cui intervenire quali aree verdi, percorsi esterni, materiali.

Di questi sono riportati dagli autori esclusivamente le finalità e non le caratteristiche che devono possedere:

- percorsi esterni di accesso all'ospedale devono essere comodi ed agevoli sia utilizzando mezzi pubblici che privati, con possibilità di parcheggio e dotati di segnaletica efficiente;
- progettazione attenta degli spazi verdi;
- i materiali di rivestimento sono fondamentali a determinare la serenità e l'umanità della struttura sotto il profilo psicologico;
- ritagliate all'interno dell'unità di ricovero degli spazi tali da garantire nel contesto dell'attività assistenziale momenti di privacy e di relazione.

Sottolineano, inoltre, la necessità di approfondire lo studio delle leggi che caratterizzano il rapporto tra uomo e ambiente di ricovero, nella progettazione dell'ospedale: parafrasando gli autori è possibile affermare che per contribuire alla realizzazione di un ospedale più incentrato sull'uomo e più umano, è possibile modificarne l'aspetto fisico agendo sulla configurazione spaziale e sugli arredi.

La difficoltà principale di tale processo è quella di comprendere correttamente che tipo di relazione intercorre fra paziente ed ambiente di ricovero. Per fare questo *"occorre una base scientifica, un*

*metodo progettuale in grado di associare all'uomo contemporaneo spazi fisici adeguati."*³

Aspetti relativi all'organizzazione e all'assistenza

Gli aspetti organizzativi riguardano in particolare due fattori: il tempo e l'informazione.

Con tempo vengono intese le tempistiche di ricovero e la loro adeguatezza alla situazione.

Con informazione si intende mettere a conoscenza il paziente di tutte le informazioni necessarie durante il periodo di degenza, dalla struttura alle sue condizioni di salute.

Aspetti relativi alla formazione del personale

Il rapporto fra paziente e personale sanitario costituisce un ulteriore punto di fondamentale importanza per perseguire l'obiettivo dell'umanizzazione. La formazione del personale, secondo gli autori, non dovrebbe limitarsi alle sole conoscenze in campo medico, ma si dovrebbe concentrare anche sulle dinamiche psicologiche e sociali per garantire un rapporto ottimale con il malato.

Non legato alla formazione del personale, viene citata l'importanza delle associazioni di volontariato. Il volontario, infatti, pur non facente parte del personale medico sanitario, si interfaccia con il paziente malato e la sua famiglia.

"il volontariato esprime il proprio specifico contributo in ordine alla centralità della persona sofferente e malata, con un'opera ricca di valenze umane e umanizzanti" (...) "dall'aiuto nel

camminare o nel mangiare a chi ne è fisicamente impedito, all'orientamento nella complessa organizzazione dell'ospedale, dalla semplice vicinanza nei momenti difficili, alla collaborazione nel mantenere i contatti con la famiglie lontane".⁴



1_ C. Catananti, A. Cambieri, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il pensiero scientifico, 2000

2_ C. Catananti, A. Cambieri, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il pensiero scientifico, 2000

3_ C. Catananti, A. Cambieri, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il pensiero scientifico, 2000

4_ C. Catananti, A. Cambieri, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il pensiero scientifico, 2000

FABRIZIO R. PRODI ALFONSO STOCCHETTI

La definizione data da questi autori è tratta dal testo *L'architettura dell'ospedale*, pubblicato nel 1990.

In questo testo si concentra l'attenzione su quelle che devono essere le caratteristiche più consone del progetto ospedaliero.

Gli autori offrono un'interpretazione di quegli elementi e aspetti progettuali che dovrebbero andare ad influire sulla progettazione e realizzazione di uno spazio di cura che incentri l'attenzione sull'uomo e i suoi bisogni.

Citando gli autori "L'umanizzazione dell'ospedale, passa attraverso una struttura più funzionale tale da non costringere il personale a svolgere funzioni inutili, da allungare i tempi delle attività, da passare la maggior parte del tempo proprio tempo a camminare da un punto all'altro dell'ospedale - e la creazione di ambienti e di articolazioni spaziali che facilitino i rapporti dei pazienti fra di loro, con il personale e con i visitatori, ma esige anche un occhio di riguardo per le caratteristiche psicologiche dell'ambiente." ¹

I punti fondamentali su cui è possibile lavorare sono quindi:

- un efficace rapporto fra il personale e il paziente
- continuità dei rapporti con amici e familiari
- condizioni di lavoro idonee

Inoltre, gli autori, fanno riferimento ad un ulteriore fattore, ovvero alle "caratteristiche psicologiche dell'ambiente", estendendo quindi il concetto di umanizzazione anche alla qualità del rapporto che l'uomo instaura con il proprio ambiente.

Le problematiche rilevate rispetto all'ambiente sono: materiali impersonali, arredo sciatto o di fortuna, difficoltà ad orientarsi, la scarsità di illuminazione, di vedute gradevoli, l'impressione e di una struttura opprimente, poca privacy.

Secondo queste affermazioni i fattori su cui andare ad agire sono:

- la continuità dei rapporti con i familiari
- la possibilità di avere una vita sociale anche all'interno dell'ospedale
- un rapporto umano ed efficace con il personale
- la qualità delle condizioni di lavoro.

I cinque ambiti analizzati in seguito fanno riferimento alle soluzioni progettuali proposte dagli autori.

Integrazione con il contesto urbano e sociale

Questo ambito fa riferimento alle caratteristiche della struttura che dovrebbero caratterizzarne l'aspetto esterno, in modo tale da inserirsi all'interno del contesto cittadino, evitare l'isolamento dell'ospedale e guidare l'utente sin dal suo primo approccio con questa realtà.

Ambiente interno accogliente e distensivo

Gli aspetti che caratterizzano l'ambiente interno devono essere studiati in modo tale da rendere più piacevole e interessante il tempo trascorso in ospedale, sia ai pazienti e ai visitatori, che al personale.

Questi aspetti possono essere tradotti con:

- presenza di un'ampia area d'ingresso;
- presenza di aree verdi a contatto con gli spazi d'attesa, le aree ricreative, le zone pubbliche, destinate ai pazienti interni e esterni;
- presenza di ambienti per accogliere i familiari dei pazienti

Rispetto per la privacy

Privacy di tutte le categorie di utenza, dal paziente, al familiare al personale medico. Deve essere rispettata sia all'interno che all'esterno della camera di degenza.

Presenza di spazi “dinamici - socializzanti e aperti”

La socialità è considerata un fattore di solidarietà e di coinvolgimento del paziente durante il periodo di ospedalizzazione.

Leggibilità degli spazi interni

Uno dei punti più critici per il visitatore della struttura è l'orientamento. Per cercare di minimizzare il problema gli autori suggeriscono:

- struttura compatta con un sistema distributivo semplice e razionale;
- riferimenti sugli snodi principali e gerarchia dei percorsi;
- corrispondenza spazio-funzioni;
- impiego di elementi di dettaglio (il colore, l'illuminazione, la grana dei materiali, le piante, gli oggetti d'arte) per qualificare, marcare punti, percorsi o aree;
- un adeguato e chiaro sistema di segnaletica.

1 _ F. R. Prodi, A. Stocchetti, L'architettura dell'ospedale, Alinea Editrice, Firenze, 1990

JAIN MALKIN

Partendo dall'analisi del testo pubblicato nel 1992, *Hospital Interior Architecture*, vengono definiti quali sono i criteri per la creazione di un ambiente terapeutico adeguato. Secondo l'autrice lo spazio di cura adeguatamente progettato può assumere una valenza terapeutica essenziale come supporto al processo di guarigione del paziente malato.

Jain Malkin definisce le principali esigenze dei pazienti e del personale che devono trovare risposta nel progetto dello spazio terapeutico.

Queste, per quanto riguarda i pazienti, fanno riferimento a:

- possibilità di scelta;
- possibilità di controllo;
- accesso alle informazioni;
- autonomia fisica e psicologica;
- partecipazione alla vita e all'organizzazione dell'ospedale;
- continuità con la vita quotidiana;
- possibilità di sosta e di relax (dedicato al personale);
- rispetto della privacy (del paziente e del personale).

Assumendo il fatto che questi siano i bisogni dell'utenza, vengono stilate delle linee guida per una progettazione consona dello spazio terapeutico.

L'autrice pone l'attenzione al fatto che non esistano linee guida univoche per la progettazione dell'ospedale, ma è necessario adattarle al meglio per le diverse situazioni.

Gli ambiti su cui è possibile andare ad agire sono i seguenti.

Comfort ambientale

- controllo del rumore
- qualità dell'aria: presenza di aree verdi facilmente accessibili, adeguato numero di ricambi di aria, evitare detersivi con forti odori
- comfort termico
- comfort visivo

Rispetto della privacy

Aspetto riguardante sia le aree pubbliche che quelle private. Nel primo caso cercare di creare livelli di privacy separati, in modo tale da dare all'utente la possibilità di scelta. Nel secondo caso

si parla degli aspetti legati alla camera di degenza: possibilità di controllare l'ingresso in camera, riporre gli oggetti personali in un luogo sicuro.

Comunicazione

- contatto rapido ed efficace con il personale
- aree gioco per accogliere i bambini
- luoghi confortevoli dove poter incontrare i propri cari
- aree per il soggiorno temporaneo dei familiari
- presenza di punti ristoro e relax aperte al personale, ai degenti, ai visitatori

Stimoli sensoriali

- accurato uso del colore e di materiali, dell'illuminazione
- presenza di ampie visuali verso l'ambiente esterno
- elementi artistici

Orientamento

- presenza di punti di riferimento, visivamente accessibili
- conformazione spaziale differenziata e riconoscibile
- distribuzione spaziale semplice e lineare
- efficiente sistema segnaletico

Universal design

La struttura ospedaliera deve garantire l'accesso ad ogni categoria di utenza, è necessario garantire il massimo grado di fruibilità e assenza di

barriere fisiche. Gli ambienti, attrezzature, arredi, segnali devono essere idonei e rispondere alle esigenze e alle problematiche di tutte le categorie di utenza.

J. Malkin, Hospital Interior Architecture, 1992

**IORELLA SPINELLI
EVA BELLINI
PAOLA BOCCI
RAFFAELLA FOSSATI**

L'idea che l'umanizzazione dell'ospedale possa essere identificata con la creazione di un ambiente terapeutico adeguato, è un concetto ripreso da Fiorella Spinelli, Eva Bellini, Paola Bocci, Raffaella Fossati, nel libro *"Lo spazio terapeutico"*, 1994.

L'umanizzazione deve essere un processo che coinvolge a 360°. La sfera operativa, organizzativa, terapeutica e l'aspetto professionale e relazionale, devono cooperare per il raggiungimento dell'obiettivo dell'umanizzazione.

Il centro di questo processo deve essere l'uomo con le sue esigenze e i suoi bisogni.

Le autrici indicano quali siano i criteri su cui dovrà basarsi il processo di umanizzazione delle strutture sanitarie. Nei pazienti tali esigenze fanno riferimento alla sfera individuale

- assicurazione
- rispetto della privacy
- senso di appartenenza al luogo
- accoglienza
- orientamento spaziale e affettivo

e alle relazioni sociali:

- partecipazione attiva alla vita sociale dell'ospedale
- possibilità di comunicazione
- continuità con la vita quotidiana.

Per quanto riguarda il personale le esigenze fanno riferimento a:

- possibilità da parte del personale medico sanitario di lavorare in ambienti consoni alle attività e alle funzioni che devono svolgere;
- possibilità di recupero fisico e psicologico da una professione stressante, nei ritmi lavorativi e ad elevato contenuto ansiogeno.

Per rispondere a tali esigenze, le autrici hanno stilato una lista di requisiti che l'ambiente deve possedere.

I requisiti individuati, sono rivolti indistintamente a tutte le categorie d'utenza, pazienti, operatori e visitatori.

Strettamente interrelati tra loro, rappresentano le *"diverse fasi attraverso cui è possibile instaurare un'esperienza positiva con lo spazio e con l'istituzione che essa rappresenta"*.¹

Riconoscibilità

Attraverso il riconoscimento immediato e spontaneo di spazi e funzioni, l'utente deve essere in grado di orientarsi autonomamente.

In questo senso è necessario porre attenzione, durante la progettazione, della distribuzione spaziale, dei punti di snodo, elementi di caratterizzazione (uso differenziato di colori, materiali, arredi).

Tale relazione con l'ambiente aiuterà gli utenti ad essere psicologicamente indipendenti, configurandosi, così, come un importante fattore di rassicurazione.

Comunicazione

Dare all'utenza un luogo in cui poter favorire l'incontro e l'instaurazione di rapporti sociali con visitatori e personale. Questi si esprimono in:

- comunicazione informativa (area informazioni e reception, postazione infermieri);
- comunicazione privata (accettazione, sale per il ricevimento dei pazienti o dei familiari);
- comunicazione sociale (soggiorni di reparto, aree break, salette relax per il personale, atrio);
- comunicazione tra gli spazi.

Integrazione

Con integrazione si intende:

- integrazione del paziente nella vita sociale dell'ospedale;
- la continuità dei rapporti con parenti e amici

integrazione con il contesto urbano;

- integrazione con l'ambiente naturale: un significativo contatto con la natura, aiuterà gli utenti *"a stabilire una effettiva continuità con il mondo esterno"*.

Sensorialità

L'ospedale viene caratterizzato come un luogo in cui la stimolazione sensoriale è povera o comunque assente. Per questo motivo è necessario si caratterizzi in senso positivo attraverso colori, materiali, viste e illuminazione in grado di conferire un carattere preciso agli spazi dell'ospedale, riproponendo una fruizione tipica della vita quotidiana.

Fruibilità

Come già citato da altri autori, l'ospedale deve necessariamente essere privo di qualsiasi barriera, sia essa fisica, sensoriale o culturale, che possa ostacolare l'uso dello spazio ad ogni tipologia di utenza coinvolta.

1_ F. Spinelli, E. Bellini, P. Bocci, R. Fossati, Lo spazio terapeutico, Alinea editrice, Firenze, 1994



PATRIZIA MELLO

Dal testo *L'ospedale ridefinito, soluzioni e ipotesi a confronto*, pubblicato nel 2010, è possibile trarre ulteriori spunti di riflessione, arricchendo il concetto di umanizzazione di nuovi elementi. Al centro delle ricerche e delle riflessioni di Patrizia Mello, vi è la consapevolezza che è necessario rendere meno difficoltoso possibile il rapporto fra uomo e spazio di cura.

In particolare, l'autrice insiste sulla necessità di ridefinire quei fattori "negativi", che fino ad oggi hanno caratterizzato, nell'immaginario comune, l'ospedale, e cui è legata l'identità stessa del luogo. In base alle osservazioni dell'autrice, questi fanno riferimento a:

- livellamento dell'identità personale
- chiusura ed esclusione dal mondo esterno
- regole ferree
- rigidità dello scambio relazionale
- promiscuità d'immagine
- privazione sensoriale
- basso livello di informazione

- continuo spaesamento.

I punti elencati fanno riferimento alle criticità del luogo di cura. Da questi è possibile dedurre quali siano gli aspetti su cui andare a lavorare per raggiungere l'obiettivo de umanizzazione dell'ospedale. Fondamentale è il fatto che ci si rivolga ad ogni utente, sia questo paziente, visitatore o parte del personale medico sanitario:

- indipendenza fisica e psicologica
- contatto con il mondo esterno e la sua vita
- possibilità di scelta
- partecipazione alla vita e all'organizzazione dell'ospedale
- unità e coerenza ambientale
- ricchezza e varietà di stimoli sensoriali
- accessibilità delle informazioni
- facilità di orientamento autonomo.

Leggendo tali considerazioni, si osserva che nonostante siano passati dieci anni dalle trattazioni pubblicate da Rossi Prodi, Stocchetti e Catananti,

Cambieri, le problematiche dell'ospedale sono rimaste invariate.

Patrizia Mello individua dei temi definiti come "*pratiche di umanizzazione costruita*",¹ volte al raggiungimento della maggior qualità possibile fra uomo e ospedale , e che contribuiscano a ridefinire e attualizzare l'identità dell'ospedale. Tali temi, si configurano come risposta ai fattori di umanizzazione precedentemente individuati. Questi fanno riferimento a:

- integrazione con il contesto urbano e sociale
- immagine trasmessa all'esterno
- apertura di vista privilegiate
- comfort dei sistemi di accoglienza per il pubblico (aree d'ingresso, spazi d'attesa e soggiorno)
- studio appropriato della camera di degenza
- cura dei particolari costruttivi
- qualità del progetto degli arredi
- studio dei materiali e dei colori
- studio dei sistemi di lettura e d'orientamento nello spazio ospedaliero.

L'arte

L'inserimento di opere d'arte all'interno del luogo rappresenta una modalità con cui è possibile dare identità all'ambiente ospedaliero. L'arte apre la possibilità di ripensare l'intera struttura e valorizzare il carattere espressivo dei suoi spazi interni. Grazie all'inserimento di elementi artistici è possibile creare nuovi stimoli percettivo sensoriali:

"Si tratterebbe di attivare, tramite l'introduzione di forme artistiche, spunti di riflessione sulla vita, sulla sua circostanzialità, tutti aspetti che possono aiutare l'ammalato a prendere coscienza dello stato di sofferenza, a trovare la forza per reagire alla malattia e tornare alle cose della vita".²

1_ P.Mello, *L'ospedale ridefinito - soluzioni e ipotesi a confronto*, Alinea Editrice, Firenze 2010
2_ P.Mello, *L'ospedale ridefinito - soluzioni e ipotesi a confronto*, Alinea Editrice, Firenze 2010

CONSIDERAZIONI

Dall'analisi delle opere degli autori raccolte in questo capitolo, si evince che l'umanizzazione dello spazio di cura è un obiettivo che, per essere raggiunto, deve necessariamente coinvolgere non un solo settore della progettazione.

Deve riguardare, infatti, sia gli ambiti organizzativi e gestionali dell'ospedale, sia quelli relativi all'ambito spaziale e infine quello relativi all'utenza che lo vive.

Obiettivo ultimo di questo processo deve essere il benessere: il benessere fisico, psicologico e relazionale; il benessere di pazienti, familiari, visitatori e personale sanitario.

Negli schemi che seguono sono raccolte e messe a confronto le definizioni date dagli autori. Per ognuno si è sottolineato la definizione, i bisogni dell'utenza, i criteri progettuali, le attività, siano queste di carattere organizzativo o gestionale.



Cesare Catananti
Andrea Cambieri

**COMPONENTI
DELL'UMANIZZAZIONE**

Centralità del paziente: rispetto dei diritti e della dignità del paziente.

**ASPETTI RELATIVI
ALL'UTENZA**

- continuità dei rapporti sociali e continuità della vita quotidiana
- rapporti umani e paritari con il personale
- supporto psicologico
- qualità delle condizioni di ricovero

**ASPETTI
PROGETTUALI**

- percorsi esterni di accesso all'ospedale, comodi ed agevoli
- presenze di aree verdi
- progetto dell'immagine trasmessa all'esterno
- presenza di aree di relazione all'interno dell'area di degenza

**ASPETTI ORGANIZZATIVI
E GESTIONALI**

- accesso all'informazione
- riduzione della durata di degenza
- formazione del personale curante, comprensiva di approfondite conoscenze sulle dinamiche psicologiche e sociali
- associazioni di volontariato

Patrizia Mello

**COMPONENTI
DELL'UMANIZZAZIONE**

Ridefinizione e attuazione dell'immagine dell'ospedale e del rapporto uomo-spazio di cura

**ASPETTI RELATIVI
ALL'UTENZA**

- indipendenza fisica e psicologica
- contatto con il mondo esterno e la sua vita
- possibilità di scelta
- partecipazione alla vita e all'organizzazione dell'ospedale
- unità e coerenza ambientale
- ricchezza e varietà di stimoli sensoriali
- accessibilità delle informazioni
- facilità di orientamento autonomo

**ASPETTI
PROGETTUALI**

- escogitare nuove pratiche di umanizzazione costruita: integrazione con il contesto urbano e sociale
- immagine trasmessa all'esterno; comfort nei sistemi di accoglienza
- studio appropriato della camera di degenza
- studio dei materiali e dei colori
- studio dei sistemi di lettura e orientamento dello spazio ospedaliero
- inserimento di elementi artistici e opere d'arte

Jain Malkin

**COMPONENTI
DELL'UMANIZZAZIONE**

Ambiente terapeutico: ambiente a totale supporto fisico e psicologica della persona

**ASPETTI RELATIVI
ALL'UTENZA**

- con riferimento al paziente:
- possibilità di scelta
 - possibilità di controllo
 - accesso alle informazioni
 - autonomia fisica e psicologica
 - partecipazione alla vita e all'organizzazione dell'ospedale
 - rispetto della privacy
 - continuità con la vita quotidiana

**ASPETTI
PROGETTUALI**

- comfort ambientale
- controllo del rumore
- qualità dell'aria
- comfort termico e visivo
- rispetto della privacy
- comunicazione
- ricchezza e varietà di stimoli sensoriali
- orientamento
- accessibilità

**Fabrizio Rossi Prodi
Alfonso Stocchetti**

**COMPONENTI
DELL'UMANIZZAZIONE**

Qualità del rapporto fisico e psicologico uomo-ambiente: caratteristiche ambientali coerenti con i bisogni, i valori, le situazioni esistenziali dell'utenza, ovvero pazienti, visitatori e personale.

**ASPETTI RELATIVI
ALL'UTENZA**

- con riferimento al paziente:
- continuità dei rapporti con i familiari
 - possibilità di avere una vita sociale anche all'interno dell'ospedale
 - rapporto umano ed efficace con il personale

**ASPETTI
PROGETTUALI**

- integrazione con il contesto urbano e sociale
- ambiente interno accogliente e distensivo
- rispetto per la privacy
- presenza di spazi dinamici, socializzanti e aperti
- leggibilità degli spazi interni

**Fiorella Spinelli, Eva Bellini
Paola Bocci, Raffaella Fossati**

**COMPONENTI
DELL'UMANIZZAZIONE**

Cura della persona: benessere fisico e psicologico di degenti, visitatori e operatori

**ASPETTI RELATIVI
ALL'UTENZA**

- con riferimento al paziente:
- rassicurazione
 - rispetto della privacy
 - senso di appartenenza al luogo
 - accoglienza
 - orientamento spaziale e affettivo
 - partecipazione attiva alla vita sociale dell'ospedale
 - possibilità di comunicazione
 - continuità con la vita quotidiana

- con riferimento al personale:
- riconoscimento del proprio ruolo professionale
 - possibilità di recupero fisico e psicologico, da una - professione stressante, nei ritmi lavorativi e ad alto contenuto ansiogeno

**ASPETTI
PROGETTUALI**

- riconoscibilità: comprensione e riconoscimento immediato e spontaneo di spazi e funzioni
- comunicazione come socializzazione attraverso gli spazi: comunicazione informativa, privata e sociale
- comunicazione come continuità visiva fra spazi comuni
- integrazione: integrazione del paziente nella vita sociale dell'ospedale; con il contesto urbano; con l'ambiente naturale
- sensorialità: ricchezza sensoriale di stimoli e sensazioni
- fruibilità: uso diretto e spontaneo di spazi, arredi e servizi

**ASPETTI ORGANIZZATIVI
E GESTIONALI**

- accessibilità alle informazioni presenti sulla cartella clinica
- partecipazione attiva all'iter terapeutico
- razionalizzazione delle condizioni di lavoro



4 | IL CONTESTO: L'OSPEDALE PEDIATRICO

IL CONTESTO: L'OSPEDALE PEDIATRICO

OSPEDALE PEDIATRICO E LE SUE FUNZIONI

I DIRITTI DEL BAMBINO OSPEDALIZZATO

**APPROCCI ALLA CONCEZIONE DEL CARE
NELL'OSPEDALE PEDIATRICO**

L'OSPEDALE PEDIATRICO E LE SUE FUNZIONI

La pediatria è una branca della medicina relativamente recente. Si sviluppa all'incirca nella seconda metà del XIX secolo. Il padre di questa branca viene considerato Abraham Jacobi (1830 - 1919), medico tedesco e fondatore della prima clinica per bambini negli Stati Uniti.

Le strutture pediatriche devono essere in grado di fornire l'assistenza medica ai bambini e ragazzi malati, e svolgere attività di prevenzione. Particolarmente importante è la figura del pediatra: il pediatra deve fornire il benessere fisico e psicologico al bambino in ogni fase della malattia e della cura.

La pediatria è differente da medicina adulta, il bambino ospedalizzato, infatti, non può essere considerato un piccolo adulto. L'organismo di un neonato o un bambino è fisiologicamente sostanzialmente differente da quello di un adulto. Le caratteristiche delle malattie infantili sono molto diverse da quelle di un adulto.

Per quel che riguarda la realtà italiana, l'assisten-

za sanitaria garantita a bambini e adolescenti è fornita dal Servizio Sanitario Nazionale. Il SSN garantisce assistenza a livello ospedaliero, che può essere costituito da reparti all'interno di strutture più estese, sia in veri e propri ospedali pediatrici.

In pediatria hanno accesso bambini e ragazzi.

L'età è compresa da 0 a 16 anni.

Dalla nascita fino ai 6 anni di vita esiste l'obbligo del ricovero all'interno del reparto pediatrico. Dai 6 ai 14 anni non vi è più l'obbligo della pediatria, anche se caldamente raccomandata. Fino ai 16 anni è possibile ancora operare una scelta, soprattutto se è necessario monitorare patologie croniche o disabilità.

I DIRITTI DEL BAMBINO OSPEDALIZZATO

Considerando il fatto che il bambino non ha la possibilità di essere autonomo, ha diritto ad un’assistenza e ad un aiuto adeguati a favorire il suo completo sviluppo fisico, intellettuale, morale e sociale in piena sicurezza.

La malattia e l’ospedalizzazione possono rappresentare per il bambino e il ragazzo un momento critico di dipendenza, sia fisica che psicologica, alla figura genitoriale o adulta. Questo può andare ad influire negativamente durante la fase di sviluppo. Nella dichiarazione universale dei diritti dell’uomo e delle Nazioni Unite si afferma che: *“l’infanzia ha diritto ad un aiuto particolare e si riconosce il ruolo centrale e peculiare della famiglia per lo sviluppo e il benessere del minore.”*

Sono tre i documenti fondamentali per la tutela dei diritti del bambino e dell’adolescente malato:

Carta di EACH, inizialmente conosciuta come carta di Leida, che venne nominata in questo modo nel 1993 quando fu fondata EACH, che raccoglie e coordina le associazioni non profit impegnate per il benessere del bambino in ospedale;

Carta Europea per la tutela educativa di bambini ed adolescenti malati curati in ospedale o in assistenza domiciliare, promulgata dall’Assemblea Generale di H.O.P.E. Barcellona, 20 Maggio 2000;

Carta dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale, UNESCO, 2001



Carta di EACH

- 1_ Un bambino o una bambina saranno ricoverati in ospedale solo se le cure di cui hanno bisogno non possono essere assicurate, con la stessa efficacia, a casa o in regime di day hospital.
- 2_ Un bambino o una bambina ricoverati in ospedale avranno diritto alla vicinanza dei propri genitori o di altre persone amiche in ogni momento della giornata.
- 3_ I genitori verranno accolti all’interno del reparto e saranno aiutati e incoraggiati a rimanere. Essi saranno messi in condizione di non dover affrontare spese aggiuntive o subire perdite economiche. Per partecipare alla cura del proprio figlio, i genitori saranno informati riguardo ai tempi e ai ritmi della vita del reparto e la loro attiva collaborazione sarà incoraggiata.
- 4_ Bambini e genitori hanno diritto a ricevere informazioni in modo adeguato alle proprie conoscenze e capacità di comprensione. Il personale cercherà di minimizzare lo stress fisico ed emotivo conseguente al ricovero ed alla lunga ospedalizzazione.
- 5_ Bambini e genitori hanno il diritto a partecipare consapevolmente alle decisioni sanitarie che li riguardano. Ad ogni bambino o bambina saranno evitate cure mediche ed esami superflui.

- 6_ Un bambino o una bambina ricoverati saranno curati assieme ad altri bambini che hanno le stesse esigenze di crescita e sviluppo e non saranno inseriti in reparti per adulti. Non viene posto nessun limite all’età dei visitatori dei bambini ricoverati.
- 7_ Un bambino o una bambina ricoverati avranno la possibilità di giocare, divertirsi e lavorare in maniera adeguata alla loro età e condizione medica. Avranno la possibilità di vivere in un ambiente pensato e attrezzato per le loro esigenze in questo senso.
- 8_ Bambini o bambine saranno seguiti da uno staff adeguatamente preparato in grado di affrontare i bisogni fisici, emotivi, e di crescita dell’intero nucleo familiare.
- 9_ Continuità e costanza nelle cure sarà assicurata dall’equipe del reparto.
- 10_ Bambini e bambine ricoverati saranno trattati con tatto e comprensione; la loro privacy sarà rispettata in ogni momento.

Carta Europea per la tutela educativa di bambini ed adolescenti malati curati in ospedale o in assistenza domiciliare

1_ Ogni bambino o adolescente malato ha diritto a ricevere una educazione, sia a casa che in ospedale.

2_ Lo scopo di questa attività è quello di far proseguire a bambini ed adolescenti il proprio percorso formativo, consentendo loro di continuare a vivere il proprio ruolo di studenti.

3_ La scuola in ospedale, creando una comunità di bambini ed adolescenti, favorisce la normalità nella vita quotidiana. L’educazione ospedaliera può svolgersi in gruppi classe, come insegnamento individualizzato e/o direttamente in camera di degenza.

4_ L’insegnamento domiciliare e quello svolto in ospedale devono adattarsi ai bisogni ed alle capacità di ogni bambino o adolescente e verranno svolti in collaborazione con la scuola di appartenenza.

5_ L’ambiente di apprendimento deve essere adattato ai bisogni di bambini ed adolescenti malati. Le tecnologie dell’informazione e della comunicazione potranno essere usate anche per prevenire forme di isolamento.

6_ Le attività didattiche faranno uso di una pluralità di risorse e metodi. I contenuti del curriculum formativo tradizionale potranno essere ampliati con aspetti relativi a particolari bisogni che derivano dall’ospedalizzazione o dalla malattia.

7_ Gli insegnanti che operano in ospedale ed in assistenza domiciliare devono essere pienamente qualificati per questo lavoro e avere accesso ad ulteriori percorsi di formazione in servizio.

8_ Gli insegnanti di bambini ed adolescenti malati sono a pieno titolo membri dell’équipe multidisciplinare di cura e fungono da collegamento tra il bambino o adolescente malato e la sua scuola di appartenenza.

9_ I genitori devono essere informati del diritto all’istruzione scolastica e delle opportunità educative per il proprio bambino o adolescente malato. Essi saranno considerati partner responsabili ed attivi di questi progetti.

10_ L’integrità personale di ogni bambino o adolescente dovrà sempre essere rispettata. Particolare attenzione verrà posta alla tutela delle informazioni mediche e al rispetto di ogni forma di credenza personale.

Carte dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale

1_ Il bambino ha diritto al godimento del massimo grado raggiungibile di salute.

2_ Il bambino ha diritto ad essere assistito in modo “globale”.

3_ Il bambino ha diritto a ricevere il miglior livello di cura e di assistenza.

4_ Il bambino ha diritto al rispetto della propria identità, sia personale che culturale, ed al rispetto della propria fede religiosa.

5_ Il bambino ha diritto al rispetto della propria privacy.

6_ Il bambino ha diritto alla tutela del proprio sviluppo fisico, psichico e relazionale. Il bambino ha diritto alla sua vita di relazione anche nei casi in cui necessiti di isolamento. Il bambino ha diritto a non essere trattato con mezzi di contenzione.

7_ Il bambino ha diritto ad essere informato sulle proprie condizioni di salute e sulle procedure a cui verrà sottoposto, con un linguaggio comprensibile ed adeguato al suo sviluppo ed alla sua maturazione. Ha diritto ad esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa. Le opinioni del bambino devono essere prese in

considerazione tenendo conto della sua età e del grado di maturazione.

8_ Il bambino ha diritto ad essere coinvolto nel processo di espressione dell’assenso/dissenso alle pratiche sanitarie che lo riguardano.

9_ Il bambino ha diritto ad essere coinvolto nel processo di espressione dell’assenso/dissenso ad entrare in un progetto di ricerca – sperimentazione clinica.

10_ Il bambino ha diritto a manifestare il proprio disagio e la propria sofferenza. Ha diritto ad essere sottoposto agli interventi meno invasivi e dolorosi.

11_ Il bambino ha diritto ad essere protetto da ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisica o mentale, di abbandono o di negligenza, di maltrattamento o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale.

12_ Il bambino ha diritto ad essere educato ad eseguire il più possibile autonomamente gli interventi di “auto-cura” e in caso di malattia ad acquisire la consapevolezza dei segni e dei sintomi specifici.

13_ Il minore ha diritto di usufruire di un rapporto riservato paziente- medico, ha diritto altresì di chiedere e di ricevere informazioni che lo aiutino a comprendere la propria sessualità.



APPROCCI ALLA CONCEZIONE DEL CARE NELL'OSPEDALE PEDIATRICO

L'approccio family-centered care

L'espressione Family-Centered Care (FCC) indica un approccio durante l'ospedalizzazione del bambino in cui il ruolo della famiglia divenga centrale. I familiari giocano un ruolo fondamentale nel processo di guarigione del bambino. Gli elementi centrali di questo tipo di approccio sono stati definiti dall'Association for the Care of Children's Health e dall'Institute for Family Centered Care. Secondo queste due istituzioni, il FCC è un approccio che pone in primo piano la collaborazione fra coloro che dispensano servizi sanitari, i pazienti e le famiglie, nella pianificazione e valutazione del servizio sanitario. Il Family Centered Care è caratterizzato, quindi, da un approccio collaborativo fra colui che dispensa la cura, il caregiver, e il paziente. I familiari assumono un ruolo che affianca il personale sanitario nel formulare decisioni relative alla cura del bambino, nonché nella loro attuazione. Al genitore, e più in generale il familiare, viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel garantire al

bambino condizioni di benessere emotivo, sociale ed evolutivo.

Questo tipo di approccio a delle conseguenze sia a livello comportamentale che a livello progettuale. In primo luogo, l'applicazione del FCC comporta un ripensamento delle linee di condotta nei reparti pediatrici. Secondariamente, per quel che riguarda il design e la progettazione, è necessario che gli spazi debbano essere in grado di supportare, sia dal punto di vista fisico che psicoemotivo, la presenza dei familiari e le attività connesse con il loro ruolo di caregivers. Questo implica la previsione di spazi ad essi dedicati, e una rivisitazione della struttura, in modo tale da prevedere non solo la permanenza del paziente e la presenza del personale, ma anche quella del genitore.

Il ruolo del gioco

Nella quotidianità, con differenze consone alle diverse età del bambino, il tempo dedicato al gioco occupa la maggior parte della giornata del bambino e molteplici sono le attività attraverso

cui questo si esplicita.

L'attività del giocare per il bambino è un bisogno primario, è, infatti, il mezzo con cui meglio esprime emozioni e sentimenti, uno strumento di apprendimento.

Il gioco accompagna il bambino attraverso le diverse fasi dello sviluppo e gli permette di adattarsi alle situazioni in cui si trova coinvolto: uno dei diritti fondamentali del bambino è, appunto, il "diritto al gioco".

Come già accennato, l'ospedalizzazione influisce negativamente sul paziente, questo avviene in modo ancora più accentuato se si tratta di un paziente pediatrico.

Il gioco è un'attività fondamentale all'interno dell'ospedale pediatrico, soprattutto per quei bambini costretti a letto per lunghi periodi di degenza, non solo come momento di continuità con il quotidiano e di allontanamento della noia, ma come momento che esercita una funzione conoscitiva e di supporto alla complessa esperienza dell'ospedalizzazione.

Nel contesto ospedaliero le attività ricreative possono essere impostate con finalità specifica a perseguire finalità a valenza terapeutica, a beneficio dei bambini e degli adolescenti, del personale medico-sanitario e del genitore, quali: aiutare il bambino a superare e a conoscere la propria condizione, a comprendere la percezione del proprio corpo malato e le cure necessarie; a conoscere l'ambiente che lo circonda; a corregge-

re idee sbagliate o fantasie; a dargli un'occasione per esprimere la propria sensibilità; a costruire fiducia nel personale medico.

Consentire, inoltre, ai familiari di sentirsi maggiormente coinvolti. A riguardo è fondamentale il coinvolgimento di fratelli e sorelle.

La terapia del gioco, che per essere efficace deve essere necessariamente guidato da personale esperto e formato, può aiutare il bambino in diversi momenti:

- prima della procedura medica, svolge un effetto preventivo sugli sviluppi negativi dell'esperienza, fornendo al bambino gli strumenti conoscitivi idonei;
- dopo l'esperienza medica, svolge un effetto di rimedio sull'ansia indotta dall'esperienza vissuta;
- durante l'intera permanenza in ospedale, svolge un effetto di rimedio sull'ansia indotta principalmente da un ambiente estraneo e dalla separazione dalla quotidianità.

Arte e attività artistiche

Come già accennato, l'arte ha un ruolo importante ed effetti benefici sulla salute dei pazienti. Favorisce la creazione di un senso di comunità. Roger Ulrich, nel suo testo *Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes*, ha suggerito i criteri alla base del Supportive Design nella progettazione dell'ospedale, delineando quali debbano essere gli obiettivi perché l'inserimento dell'arte nella realtà ospedaliera sia efficace:



- senso del controllo rispetto all'ambiente fisico e agli aspetti sociali;
- accesso al supporto sociale;
- accesso alla distrazione positiva nell'ambiente fisico.

L'arte, inoltre, contribuisce a perseguire anche le seguenti finalità:

- mitigare lo stress derivante dall'ambiente;
- creare un senso di sicurezza e protezione;
- promuovere un legame fra paziente e caregiver;
- promuovere l'immagine dell'ospedale;
- educare;
- migliorare il sistema di wayfinding.

Sempre secondo le ricerche di Ulrich, le immagini che contribuiscono più efficacemente alla riduzione dello stress sono quelle che richiamano il paesaggio naturale. D'altra parte, in quanto provocano effetti negativi, sono da evitare le immagini astratte.

In genere, il design e l'arte negli ospedali pediatrici devono fornire stimoli in modo equilibrato, senza enfatizzare l'utilizzo di colori troppo forti o di elementi cinetici che possono creare disordine e confusione.

L'arte, perché sia efficace allo scopo che si prepone, deve creare curiosità stimolando la fantasia, deve educare e fare apprendere.

I temi che possono essere utilizzati sono quelli

dell'ecologia, i parchi naturali, gli animali, le amicizie e la multietnicità. Ulteriore possibilità è che l'intervento artistico offra informazioni sui principi di cura. L'arte riesce anche a creare atmosfere calorose supportando l'instaurazione di processi affettivi, può celebrare la vita, addolcire i dolori dei bambini, ridurre l'ansia, far sorridere e divertire, educare e distrarre per lunghi intervalli di tempo. Uso molto diffuso e consigliato, è quello di supporto all'orientamento e al wayfinding.

L'arte, per essere efficace nel contesto, deve caratterizzare le soluzioni di design in modo coerente nell'intera struttura sanitaria, allo stesso tempo deve fare riferimento alle funzioni ed alla filosofia di cura dell'istituzione. Alcune istituzioni cui fare riferimento per il reperimento delle opere d'arte e il coinvolgimento diretto nei programmi, possono essere:

- musei locali;
- scuole;
- college e università;
- artisti locali;
- gallerie d'arte.

1_ R. Ulrich, Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes, 2000





5 | ANALISI DELL'UTENZA

ANALISI DELL'UTENZA

LA PERCEZIONE DELL'AMBIENTE DA PARTE
DEL BAMBINO

AMBIENTE COME SUPPORTO

I FATTORI DI STRESS: IL BAMBINO E
IL GENITORE

PERSONA

COSTUMER JOURNEY MAP

CONSIDERAZIONI FINALI

Il reparto di pediatria è vissuto da diverse tipologie di utenza: il bambino, il genitore/accompagnatore che lo accompagna, il visitatore, il personale medico e sanitario e i volontari.

L'analisi riguarda le prime due categorie. Il bambino perché rappresenta il centro del reparto e il genitore che vive l'esperienza a fianco del figlio. Adulto e figlio sono quelle categorie che vivono il reparto 24h su 24h, per questo motivo il focus dell'attenzione è ricaduto principalmente su di loro.

Per quel che riguarda l'analisi dell'utenza la ricerca è stata svolta su due piani differenti.

In primo luogo, tramite la ricerca in bibliografia, sono stati definiti quelli che per il bambino e il genitore sono i principali stressori legati al luogo e all'esperienza.

A seguito, tramite l'analisi dei persona e la costruzione di customer journey map si sono definiti più nel dettaglio i momenti più delicati dell'ospedalizzazione e i bisogni relativi.

AMBIENTE: PERCEZIONE E VALUTAZIONE DA PARTE DEL BAMBINO

Sviluppo del bambino e conoscenza dell'ambiente

La psicologia ambientale è definita come quella *"branca della psicologia che si propone di studiare il rapporto dell'individuo con l'ambiente fisico."*¹ Cioè, è quella disciplina che studia i meccanismi percettivi e i processi di organizzazione degli stimoli che provengono dalla realtà. La psicologia dello sviluppo, invece, ha il come compito quello di spiegare come la conoscenza dell'ambiente che ci circonda sia un processo costruttivo che segue lo sviluppo genetico del bambino. L'ambiente, sia esso fisico o sociale, viene compreso, conosciuto e rappresentato, in modo differente secondo la situazione e l'età del bambino. Lo schema rappresentato in figura 1 riassume brevemente come e cosa il bambino percepisce dell'ambiente a seconda della propria età. Perlando di valutazione dell'ambiente, è possibile far rifeimento a due modelli di ricerca. Il primo si occupa più prettamente delle caratteristiche fisiche e spaziali di un ambiente. Il secondo di studiare in che modo le preferenze personli influiscano sulla percezione ambientale. La valutazione

dell'ambiente, infatti, è costituita sia da caratteristiche fisiche oggettive, sia da componenti più soggettive, di preferenza personale. L'elaborazione di ciò che è l'ambiente fisico è non è un processo innato, ma si va sviluppando a partire dall'infanzia fino all'età adulta. Gli studi di psicologia ambientale rivelano come la

ETÀ	CONOSCENZA AMBIENTALE
0-18 mesi	Sviluppo della percezione della profondità Conoscenza dello spazio legata all'esplorazione Conoscenza dei singoli oggetti nello spazio
2-4/5 anni	Sistema di riferimento egocentrico
5-7/8 anni	Rappresentazione per isole di conoscenza Conoscenza di percorsi
8-11 anni	Conoscenza per mappe simultanee Sistema allocentrico Uso della misurazione e conoscenza euclidea

Figura 1

1 _Definizione da Enciclopedia Treccani

conoscenza infantile dell'ambiente sia influenzata dalle emozioni e dai sentimenti che il bambino prova entrando in contatto con certi luoghi. Riassumendo, nella percezione ambientale influiscono le emozioni, i sentimenti e le azioni che si compiono in un determinato luogo, vi è quindi una forte componente emotiva. Ciò è vero soprattutto per un bambino. La rappresentazione sviluppata dal bambino di quel particolare tipo di ambiente che è l'ospedale risulta essere, quindi, una sintesi di un complesso sistema di relazioni ed emozioni che non sono strettamente riconducibili allo spazio fisico indagato.

La valutazione dell'ambiente da parte del bambino

Prima di definire come un ambiente possa essere percepito, o valutato, e quali elementi influenzano la sua rappresentazione nella mente del bambino è necessario circoscrivere e descrivere quello che è l'ambiente che effettivamente circonda il bambino all'interno dell'ospedale. L'ospedale si presenta come un luogo completamente differente da quello che circonda il bambino nella sua quotidianità. Gli elementi dell'arredamento (letti, luci, poltrone e tavoli) sono disposte in serie e hanno una collocazione reciproca che si ripete in modo quasi uniforme in ogni camera. L'ambiente ospedale è un luogo che è caratterizzato dalla presenza di una strumen-

tazione propria di alcune pratiche terapeutiche quasi sempre sconosciuta al paziente e che spesso può incutere timore. All'interno dei luoghi ospedalieri, oltre a spazi definiti diversamente, il bambino trova una quotidianità diversa da quella che conosce e a cui è abituato.

Di pari passo allo sviluppo del bambino progredisce anche la valutazione dell'ambiente da parte dello stesso. Parlare della relazione tra valutazione ambientale e sviluppo del bambino significa prendere in considerazione quelle fasi della vita in cui con maggiore evidenza si manifesta un'accelerazione cognitiva. Generalizzando, è possibile affermare che le differenze sostanziali fra la valutazione dell'ambiente da parte del bambino e dell'adulto risiedono nel:

- livello di comprensione della realtà ambientale;
- ruolo che esercitano le emozioni sui processi cognitivi rispetto all'età considerata;
- trasformazioni delle preferenze ambientali in relazione ai vari periodi della vita.

Attraverso quest'ultimo punto è possibile affermare che, all'interno del contesto della valutazione ambientale, le preferenze si modifichino con caratteristiche strettamente legate all'età.

Lo sviluppo sociale ed emotivo può dare origine a differenti interessi che possono essere tradotti in differenze riscontrabili nelle preferenze ambientali. Un esempio può essere il fatto che i bambini in età scolare prediligono gli spazi aperti come i parchi gioco o i prati, mentre i bambini più piccoli, al contrario, sembrano preferire spazi chiusi, angoli oppure ambienti stretti, che indicano il bisogno di intimità e riservatezza. Nella preadolescenza prima, e nell'adolescenza poi, ricompare il bisogno di ambienti che circoscrivano uno spazio confidenziale che delimiti l'intimità delle relazioni.

Non solo la fase dello sviluppo in cui si trova il bambino o il ragazzo influisce sulla preferenza ambientale, ma anche gli specifici interessi. Le preferenze ambientali e la valutazione degli spazi differiscono nei bambini e negli adulti perché, nel corso della vita e in relazione all'età, cambiano gli interessi, gli obiettivi e le azioni che possono essere programmate entro un certo ambiente.

Per sintetizzare ciò che è stato scritto precedentemente, è possibile affermare che la conoscenza di un ambiente venga mediata dalle emozioni, dai sentimenti e dalle azioni che vi hanno luogo, e se la connotazione affettiva dell'ambiente contribuisce alla valutazione dello stesso.

La malattia del bambino/ragazzo segna un cambiamento nella sua condizione che lo porta a vivere in un altro ambiente rispetto a quello che

conosce.

Il contesto in cui il paziente pediatrico è un contesto del tutto nuovo in cui è necessario continuare a garantire una continuità nel suo sviluppo.

In ospedale il bambino e l'adolescente si trovano in una situazione di grande fragilità emotiva: soffrono per la malattia, per le condizioni di incertezza legate alla prognosi e percepiscono l'ansia e la preoccupazione dei genitori. Inoltre, il fatto di essere circondato da persone sconosciute, vivendo una quotidianità completamente diversa da quella che conosce, accentua la situazione di fragilità.

Nelle pagine che seguono verranno analizzati quali siano i fattori dei stress nel bambino. La sua insicurezza non è circoscritta alle sole procedure mediche, ma si può ricondurre alla rottura con la sua quotidianità, all'incertezza e all'abitudine al nuovo ambiente ospedaliero.

AMBIENTE COME SUPPORTO

Durante la fase di progettazione dell'ambiente ospedaliero deve esserci la consapevolezza che non è possibile raggiungere l'obiettivo della creazione di un ambiente completamente privo di ogni condizione e fattore che generi stress in ogni utente.

A supporto di questa affermazione, infatti:

- alcuni ambienti sono utilizzati contemporaneamente da diverse tipologie di utenti, per questo motivo si verificano delle conflittualità fra quelle che possono essere le esigenze di uno rispetto ad un altro. Non è possibile raggiungere condizioni ottimali per ciascuno dei gruppi coinvolti. Esiste la necessità di identificare situazioni di compromesso che costituiscano una soluzione che soddisfi sufficientemente ognuno di essi;
- numerosi aspetti dell'ambiente possono avere al contempo una valenza sia positiva che negativa;
- non è possibile individuare una condizione ottimale in termini assoluti.

Prendendo in considerazione l'ambiente più specifico di un reparto pediatrico il termine che viene utilizzato per descrivere un ambiente ottimale è

amichevole.

Con questa espressione si intende la volontà di creare un ambiente a supporto del benessere fisico, psicologico ed emotivo del paziente. L'ambiente, oltre a fornire un'adeguata struttura di professionalità e attrezzature clinico-assistenziali, deve occuparsi anche della dimensione socio-fisica:

- essere sicuro, pulito e avere un aspetto che non induca paura o ansia nei bambini;
- garantire il supporto psicosociale ed assistenziale ai familiari assicurando condizioni confortevoli per la loro permanenza all'interno della struttura;
- prevedere il controllo del dolore anche attraverso metodiche non farmacologiche;
- prevedere attività ludiche e didattiche;
- porre attenzione alle necessità specifiche degli adolescenti.

L'ambiente ospedaliero può porsi, quindi, come risorsa all'utenza principalmente in tre ambiti:

- supporto ai processi cognitivi, ovvero le con-

dizioni percettive e spaziali che facilitano l'interazione delle persone con l'ambiente costruito creando livelli confortevoli di stimolazione sensoriale e rendendone agevole la comprensione e l'utilizzo;

-supporto ai processi affettivi, ovvero le caratteristiche percettive e spaziali che facilitano l'interazione delle persone con l'ambiente costruito generando reazioni emotive positive;

-supporto ai processi sociali e comunicativi, ovvero le condizioni spaziali che facilitano l'interazione delle persone con l'ambiente costruito incoraggiando la creazione di una rete di relazioni fra le persone.

Supporto ai processi cognitivi

Le condizioni di stimolazione sensoriale

Il livello di stimolazione ambientale deve cercare di mantenere un certo equilibrio per poter creare condizioni ottimali sia per quel che riguarda un'utenza adulta che per quel che riguarda i bambini. Se ci si sofferma sui bisogni specifici di un'utenza pediatrica, la progettazione delle condizioni di stimolazione sensoriale può esercitare un'ulteriore azione di promozione della salute che può andare a supportare il corretto sviluppo psico-cognitivo. I bambini di età prescolare, in particolare, necessitano per il loro sviluppo di ambienti percettivamente ricchi e variati che stimolino attraverso moderate variazioni i loro sensi. Questa indicazio-

ne trova ragione nel fatto che i bambini percepiscono e si relazionano all'ambiente che li circonda in un modo tutto peculiare: infatti il bambino è sensibile a ogni aspetto qualitativo di un luogo (movimenti, suoni, volumi, vibrazioni visive, colori, forme).

La stimolazione sensoriale costituisce il tramite comunicativo attraverso il quale i bambini imparano a conoscere e a relazionarsi con ciò che li circonda.

"Un design attento alla percezione sensoriale è centrale. I sensi della vista, del tatto, dell'udito, del gusto e dell'olfatto sono tutti importanti, poiché è attraverso essi che l'ambiente viene sperimentato nella sua interezza". La creazione di ambienti che siano sensorialmente stimolanti, quindi, è un tratto distintivo della progettazione di ambienti ospedalieri terapeutici per i pazienti pediatrici.

Per raggiungere un adeguato ambiente sensoriale, il design degli dell'ambiente può operare in alcune direzioni che consistono nella:

-regolazione delle dimensioni dell'intensità, della varietà e della diversità degli stimoli sensoriali presenti;

-regolazione delle condizioni di affollamento all'interno degli ambienti e nell'attenzione a evitare condizioni che impongano alle persone di tenere delle distanze interpersonali troppo ravvicinate;

-previsione di adeguate barriere visive e acustiche;

-adozione di una dislocazione spaziale degli ambienti mirata ad attenuare l'esposizione degli stimoli.

Nel primo caso si tratta di adottare opportune scelte progettuali in merito ai connotati percettivi costituiti da: colori, elementi decorativi, elementi d'arte, elementi di arredo, luci, condizioni olfattive, tattili e acustiche. Ognuno dei fattori sensoriali elencati deve essere valutato singolarmente, in termini di intensità, e in sinergia con gli altri, in termini di varietà e di diversità delle condizioni percettive che generano all'interno dello spazio considerato nel suo insieme. L'obiettivo è quello di creare ambienti di media complessità e unità cosicché non appaiano né monotoni né caotici. Questa è la condizione ambientale preferita anche dai bambini.

Progettando per un'utenza specifica che è quella del bambino, è necessario tener conto, fra le altre, che il punto di vista è necessariamente diverso.

Nel secondo caso si tratta, principalmente, di porre adeguata attenzione al dimensionamento degli spazi e al posizionamento degli elementi di arredo e/o delle attrezzature (specie se fissi), in quanto divengono vincoli alla regolazione delle distanze tra persone che, come generalmente accade all'interno delle strutture ospedaliere, sono

totalmente estranee l'una all'altra.

Un aspetto sicuramente connotante l'ospedale pediatrico consiste nel fatto che, nel dimensionamento degli spazi, si deve tener conto che spesso il paziente non è un'entità singola ma che, a differenza del paziente adulto, si moltiplica e include almeno uno dei due genitori e non di rado anche altre figure di familiari.

Nel terzo caso ci si riferisce ai fattori di correzione da adottare in quei casi in cui non è possibile agire direttamente sulle caratteristiche degli stimoli. Un esempio di questa situazione è l'introduzione delle schermature visive che coprono le attrezzature sanitarie e medicali alla vista di pazienti e visitatori.

Carcare di mascherare o mimetizzare determinati stimoli sensoriali va a beneficio anche del personale sanitario per il quale è sicuramente vero che la possibilità di vivere in un ambiente di lavoro visivamente ordinato, non eccessivamente ingombrato, acusticamente e olfattivamente confortevole, costituisce un importante aspetto di benessere occupazionale.

Nell'ultimo caso ci si riferisce alle scelte progettuali inerenti alla disposizione planimetrica dei vari ambienti (a livello di reparto, all'interno del medesimo livello o dell'intero organismo ospedaliero).

In particolar modo risultano significative:

-le relazioni di prossimità degli spazi ai percorsi

di circolazione che, in quanto parti dell'edificio altamente utilizzate, possono essere origine di sovrastimolazione tanto visiva quanto acustica;

- le relazioni di adiacenza (acustica, visiva o olfattiva) tra spazi e fonti di stimolazione;
- il livello di esposizione visiva dei vari ambienti (ad esempio, spazi totalmente aperti o con chiusure parziali).

Il controllo delle condizioni di stimolazione attraverso la collocazione spaziale degli ambienti è una strategia progettuale che si applica sia agli spazi che ai pazienti sia che al personale.

Le condizioni di fruibilità

La fruizione di un ambiente implica attività di natura fisica e cognitiva. L'utilizzo di un edificio non consiste solo nell'esecuzione di azioni e comportamenti, ma anche in processi mentali attraverso i quali cerchiamo di capire dove ci troviamo, cosa possiamo fare e come.

Si può ritenere che condizioni confortevoli, positive di fruizione, derivino da un design dell'ambiente costruito che garantisca adeguate condizioni di controllo. Il controllo, infatti, costituisce una risorsa di fondamentale, sostanzialmente perché esso consente il soddisfacimento della necessità, comune a tutte le persone, di comprendere l'ambiente nel quale ci si trova. Al contrario l'aggettivo incontrollabile indica in modo emblematico quella che è una dimensione di stress all'interno dell'ambiente ospedaliero.

È fondamentale tener conto del fatto che visita-

tori e familiari, in virtù della condizione di stress che si trovano a vivere, hanno ridotte capacità cognitive da dedicare alla comprensione di ciò che li circonda.



Supporto ai processi affettivi

Nella creazione di relazioni positive con l'ambiente, assume una rilevanza speciale la considerazione delle risposte e delle valutazioni affettive che esso suscita nei suoi utenti.

L'ambiente fisico ha la potenzialità di incidere sull'umore e sul morale delle persone cioè sulla loro risposta emotiva. Inoltre, vi sono elementi del design architettonico che hanno una provata valenza emotiva positiva. La connessione teorica tra la previsione di elementi o situazioni ambientali che suscitano emozioni positive e la prospettiva operativa del controllo dello stress può essere ravvisata nel fatto che una delle funzioni chiave delle emozioni positive è quella di "cancellare gli elevati stati di attivazione fisiologica di stress" prodotti da sentimenti negativi quali, ad esempio, l'ansia. In altri termini, caratteristiche ambientali in grado di sollecitare in noi delle emozioni positive agiscono nel senso della rigenerazione (restoration) da stati di stress.

Contestualizzando la tematica della reazione emotiva a la progettazione dell'ospedale pediatrico possono essere individuati due ambiti di particolare interesse: uno relativo all'impatto emotivo complessivo determinato dall'aspetto dell'edificio; l'altro relativo all'impatto emotivo di taluni specifici aspetti di design.

Progettualmente, una cura particolare deve essere posta al design di quelle parti dell'edificio che

rappresentano dei punti di passaggio, in quanto punti fondamentali nel processo di creazione della prima impressione. Queste soglie o interfacce possono essere identificate:

- nell'aspetto esterno dell'edificio, come apparenza estetica ma anche come livello di integrazione con l'intorno socio-fisico;
- nell'area di ingresso all'ospedale;
- nell'ingresso ai singoli reparti.

Sempre pertinente alla tematica della formazione della prima impressione è la questione dell'impressione trasmessa dall'atmosfera che si percepisce in quell'ambiente.

Le connotazioni di empatia, calore, e amichevolezza nei confronti del paziente, trasmesse dall'ambiente dell'ospedale, agiscono positivamente sulla percezione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate al suo interno ancor prima che vi sia una interazione col personale. La percezione positiva influisce anche sui familiari per i quali la principale necessità psico-emotiva consiste nell'essere rassicurati circa l'affidabilità dell'istituzione e dei servizi sanitari dispensati. Inoltre, nella valutazione emotiva dell'ambiente fisico dell'ospedale da parte di questa categoria di utenti hanno una forte influenza gli aspetti relativi alla sicurezza e all'igiene.

La progettazione deve garantire innanzitutto l'incolumità fisica del bambino e condizioni di igiene degli ambienti adeguate.

La dimensione emotivo-affettiva dell'ambiente ospedaliero deve tener senz'altro conto anche del punto di vista del personale sanitario che al suo interno lavora e trascorre una parte consistente delle proprie giornate.

Questo legame tra talune caratteristiche dell'ambiente e lo stato psico-emotivo delle persone si concretizza nel fenomeno della distrazione positiva. Con distrazione positiva viene inteso un elemento dell'ambiente o una situazione positiva migliora l'umore, cattura l'interesse, può bloccare le preoccupazioni e produrre dei cambiamenti fisiologici positivi come l'abbassamento della pressione sanguigna.

In altre parole, le distrazioni positive possono essere intese come caratteristiche ambientali che temporaneamente distolgono l'attenzione da stati di afflizione, dal dolore o da altre cose sgradevoli e incoraggiano il recupero dallo stress e il miglioramento del benessere fisiologico.

Le distrazioni positive che possono essere introdotte attraverso il design degli spazi dell'ospedale pediatrico possono essere costituite:

- dalla natura;
- dall'arte;
- dalle opportunità per lo svolgimento di attività ludiche;
- dagli elementi di design ristorativi

La natura

La visione o la ricostruzione di un ambiente naturale produce effetti fisiologici di riduzione dei livelli di stress quali, ad esempio, l'abbassamento della pressione sanguigna, il rallentamento dei battiti cardiaci e la riduzione della tensione muscolare.

La natura ha un effetto ristorativo e la sua inclusione nel design degli spazi ospedalieri è un'efficace strategia per il supporto ai processi affettivi di tutti i suoi utenti, imprescindibile nel caso degli ospedali pediatrici. L'inclusione di elementi che rimandano al mondo naturale porta beneficio in quella che è la progettazione dell'ambiente ospedaliero.

La natura può entrare all'interno dell'ospedale attraverso:

- viste attraverso finestre o porzioni vetrate di pareti;
- spazi verdi - interni ed esterni - utilizzabili (giardini, balconi, terrazze, verande, corti, lastrici solari);
- cura dello spazio adiacente all'edificio ospedaliero;
- opere d'arte che riproducono scene naturali (fotografie, quadri, murales, sculture);
- uso di verde decorativo negli spazi interni;
- animali.

L'arte

La fruizione di opere d'arte in ambito ospedaliero è stata oggetto di indagine scientifica in relazione al fenomeno dello stress e alla rigenerazione dai suoi effetti nei pazienti.

Il contributo positivo al benessere degli utenti fornito dall'arte può essere ricondotto al fatto che essa ha la potenzialità, da un lato, di migliorare la qualità dell'ambiente ospedaliero fornendo una identità al luogo e conferendogli un'apparenza più calmante e accogliente, dall'altro, di creare occasioni di distrazione e, in particolare se considerata in termini di attività artistiche, di creare anche delle situazioni di interazione sociale.

L'arte nell'ospedale può entrare sotto diverse



forme: quadri, stampe, murales, fotografie, ceramiche, piastrelle decorative, sculture, tessuti per tappezzerie.

Altrettanto vasto è il panorama delle applicazioni dell'arte al design degli interni ospedalieri: dalla caratterizzazione degli ambienti in modo permanente (attraverso la concezione di elementi quali l'illuminazione, la segnaletica, gli elementi di arredo, il pavimento), alla previsione di opere d'arte (anche temporanee), fino all'organizzazione di attività artistiche (quali, ad esempio, il teatro, alcune forme di artigianato) all'interno dei reparti, delle ludoteche o degli spazi verdi dell'ospedale. L'arte e le attività artistiche all'interno dell'ospedale pediatrico hanno il fine di rendere l'aspetto dell'ambiente divertente e stimolante, di distrarre il bambino e di coinvolgerlo cercando di farlo interagire con l'opera d'arte o a prendere parte ad attività artistiche, di educarlo, di nutrire le sue necessità evolutive.

Attività ludiche

Per il bambino il gioco è, fondamentalmente, divertimento. Questo è il punto chiave del ruolo delle attività ludiche e ricreative, un ruolo che gioca come distrazione e che cerca di alleviare lo stress nei pazienti.

Un ambiente ospedaliero che mira consapevolmente a introdurre il gioco al suo interno, deve prevedere un sistema di spazi dedicati a esso in grado di supportare le specifiche necessità ludiche e ricreative dei pazienti sulla base della loro

età evolutiva e condizione di mobilità.

La disponibilità di spazi dove il bambino può giocare contribuisce anche a migliorare lo stato psico-emotivo dei familiari. I familiari si sentono sollevati psicologicamente nel vedere il proprio figlio che gioca e che, per un certo tempo dimentica il proprio stato di stress, di dolore e tristezza. I familiari e/o i fratelli del paziente possono essere coinvolti nel gioco così da ricreare una situazione di maggiore familiarità e normalità.

Elementi di design ristorativo

Il potenziale ristorativo dell'ambiente architettonico si esplica offrendo alle persone la possibilità di fruire condizioni di distrazione, di rifugio dagli

stimoli e di solitudine.

Tale potenziale ristorativo consiste nella rigenerazione psicofisiologica delle persone che si trovano in uno stato di stress e, anche, nella riduzione della fatica mentale e nel recupero dell'attenzione diretta.

Nella progettazione dell'ambiente devono essere previsti spazi riservati che fungono da rifugio e diano agli utenti dello spazio da poter vivere da soli e con tranquillità. Questi spazi devono consentire il recupero da stati di fatica fisica e mentale. Proprio per questo motivo la potenzialità ristorativa è particolarmente significativa in riferimento al personale.



I FATTORI DI STRESS: IL BAMBINO E IL GENITORE

L'ospedale come fonte di stress

La progettazione dell'ambiente, come è stato descritto precedentemente, influisce sui livelli di stress di chi lo vive. Questa affermazione ritrova ancora più significato nel caso in cui si faccia riferimento alle strutture ospedaliere. Studi e ricerche affermano che lo stress generato dall'ambiente ospedaliero può incidere sullo stato clinico del paziente.

È possibile individuare due principali aspetti secondo cui lo stress può incidere sulle condizioni dei pazienti:

- influenzando negativamente su parametri psico-fisiologici;
- influenzando negativamente sul lavoro del personale, sia impoverendo la qualità dell'assistenza e della cura prestante, sia aumentando l'incidenza degli errori clinici.

Di seguito sono riportati quali sono quegli elementi tali per cui l'ambiente ospedaliero può assumere ruolo di stressore:

L'immagine dell'ospedale

Un'apparenza istituzionale e altamente tecnologizzata trasmette ai pazienti e ai visitatori un messaggio di subordinazione, malattia e deumanizzazione.

Il significato simbolico negativo dell'ospedale è stato indicato come una delle modalità principali attraverso cui l'ambiente ospedaliero può contribuire ad alzare il livelli di stress.

Le condizioni sensoriali

I principali elementi che costituiscono uno stressore a livello sensoriale, e quindi impediscono al paziente di vivere al meglio il processo di guarigione sono: il rumore, la mancanza di luce naturale e la temperatura degli ambienti troppo elevata.

Le difficoltà/impossibilità di esercitare il controllo sull'ambiente

La struttura ospedaliera genera nel paziente e nel visitatore un senso di perdita di controllo che investe anche le semplici attività normalmente condotte nella quotidianità. La difficoltà nell'o-

rientamento e la difficoltà di mantenere la privacy sono un esempio.

Le difficoltà nell'orientamento

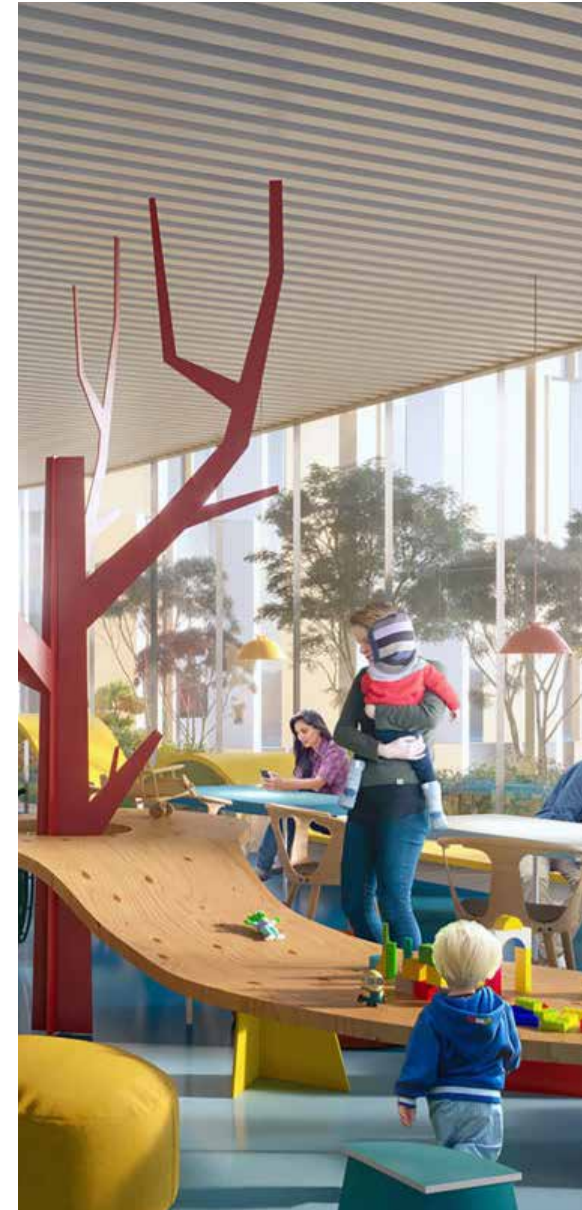
Le difficoltà nell'orientamento e nella navigazione costituiscono una fonte di stress assolutamente tipica delle strutture ospedaliere. L'ospedale viene spesso associato alla figura del labirinto. La paura derivante dalla previsione di potersi perdere esercita un effetto negativo sull'utilizzo dell'edificio ospedaliero sia da parte dei pazienti che da parte dei visitatori.

Il discomfort fisico

Spazi e attrezzature inadeguate influenzano la percezione negativa dell'ambiente.

Il rischio di contrarre infezioni

La condizione di stress determinata dal rischio di contrarre infezioni e malattie si inserisce nella problematica più ampia dell'esposizione ad agenti potenzialmente nocivi il cui impiego è legato al compimento delle diverse attività clinico-assistenziali. Questo fattore ha perlopiù una valenza psicologica, quasi sempre infondata ed è vissuto maggiormente da visitatori e personale.



Le specificità della pediatria

Le considerazioni svolte nel paragrafo precedente trovano riscontro anche nel caso in cui ci si riferisca all'ospedale pediatrico. Tuttavia, in questo contesto, è possibile assumere altre condizioni più specifiche.

Una delle caratteristiche più importanti da tenere presente all'interno di una pediatria, è il fatto che i principali fruitori siano soggetti in evoluzione. L'esperienza di ospedalizzazione, pertanto, si riferisce a persone con livelli di maturazione estremamente diversificati, così come sono diversificate le diverse capacità di gestione dell'ambiente, sia a livello fisico che cognitivo.

Il processo evolutivo interessa sia le modalità attraverso le quali il bambino/ragazzo recepisce il contesto che lo circonda, sia il modo in cui risponde a esso, in particolare come ne valuta le caratteristiche da cui elabora giudizi negativi o positivi.

Un ambiente gradevole per un adulto può essere banale o addirittura ansiogeno per un bambino. Conseguentemente al fatto che non è possibile riferirsi a un modello unitario di utenza, ogni bambino vive un momento specifico del suo sviluppo con i suoi particolari tempi, l'identificazione di possibili fonti di stress risulta estremamente complicata.

In generale è possibile affermare che il bambino può essere più vulnerabile verso un ambiente quando è maggiormente esposto agli aspetti ne-

gativi che lo caratterizzano, e nel momento in cui le caratteristiche dell'ambiente socio-fisico al suo corretto sviluppo.

È infatti indubbio che un ambiente inadatto alle necessità evolutive del bambino è già, di per sé, un ambiente che ha connotazioni negative, in quanto si pone come un ostacolo alla sua corretta e sana crescita.

Attraverso queste considerazioni è possibile trarre le seguenti conclusioni:

- taluni fattori ambientali possono considerarsi inadatti al bambino, in quanto non in grado di garantirgli il giusto supporto al suo sviluppo;

- il potenziale in termini di impatto negativo, il fattore di stress quindi, dell'ambiente ospedale deve essere valutato in relazione ai diversi stadi evolutivi dei pazienti.

Si ritiene necessario focalizzarsi sul ruolo del genitore. Come già accennato, uno dei fattori che contribuisce a rendere traumatica l'esperienza dell'ospedalizzazione per il bambino, è il fatto che percepisca il l'ansia e le paure del genitore. Queste due caratteristiche aumentano se l'adulto non si ritrova in condizioni fisiche appropriate.

A differenza di quanto accade negli ospedali per adulti, gli ospiti (il genitore) permane nel reparto in maniera continuativa, in taluni casi per tempi piuttosto lunghi, all'interno dell'ospedale.

Lo stress nel bambino

I fattori che cusano lo stress nel bambino possono essere suddivisi in due grandi categorie: quelli legati alla presenza della malattia e alla tipologia di cura che essa comporta; quelli legati all'esperienza di trovarsi in un ambiente completamente estraneo e di affidarsi completamente alle cure di persone sconosciute.

Oltre a questa macro suddivisione è importante sottolineare che il livello di stress nel bambino non è costante. I tre momenti dell'ospedalizzazione più stressanti per il bambino sono:

- l'ammissione all'ospedale, che sancisce il passaggio da un contesto psico-sociale noto ad uno sconosciuto;

- gli esami e le procedure dolorose che, per l'ansia che possono generare e per il dolore fisico che possono provocare, sono fonti di stress;

- l'immediato periodo post-operatorio, in cui il bambino è costretto a grandi imitazioni e a dolore causato dall'intervento.

Di seguito sono riportate le situazioni o i fattori relativi all'ospedalizzazione valutati come stressanti.

Sono state suddivise in cinque ambiti da cui può originarsi l'esperienza di stress nel bambino:

- l'instaurarsi di uno stato di malattia;

- l'ingresso in ospedale;
- l'ambiente socio-fisico dell'ospedale;
- le procedure, più o meno invasive, a cui viene sottoposto;
- l'esperienza del dolore.

Lo stress nei familiari

La permanenza all'interno dell'ospedale è spesso fonte di stress per i familiari, fondamentalmente perché le loro specifiche necessità non trovano risposta all'interno dello spazio che vivono.

L'ospedalizzazione del bambino porta anche nel genitore ad un'esperienza di separazione e perdita che riguarda il precedente stato di benessere psicofisico del figlio, l'ambiente domestico con le sue routine, le proprie abitudini e relazioni interpersonali.

I principali stressori nel genitore si suddividono in quattro grandi ambiti di problematicità:

- le difficoltà nell'orientamento e nel wayfinding
- il comfort fisico
- la privacy e il territorio personale
- il significato simbolico veicolato dall'ambiente

ANALISI DEI PERSONAS

Di seguito, tamite la stesura di modelli persona, si è andata a definire l'utenza target della ricerca. Si è scelto di analizzare la figura del bambino, sia sottoposto ad intervento che no, e del genitore che lo accompagna. Sono state poi compilate due costumer journey map in cui si vuole evidenziare lo stato d'animo dell'utente in relazione ai passaggi chiave dell'ospedalizzazione.

Il personale medico sanitario, costituito da Medici, Infermieri e Oss, non verrà analizzato. Ovviamente l'umanizzazione dello spazio di cura è un processo che riguarda coloro che vivono l'ospedale, quindi anche il personale. Tuttavia in questo caso si è deciso di prendere in esame solo coloro a cui è prettamente dedicata la pediatria: i pazienti pediatrici. Trattandosi di minori è impossibile non valutare anche la figura del genitore. Nei reparti pediatrici sono presenti luoghi privati dedicati al personale, separati (nonostante siano collocati all'interno del reparto) da quello che è l'ambiente infantile dei luoghi condivisi.

Considerando il fatto che questi luoghi non saranno oggetto di studio, osservazioni e considerazioni, non sono stati presi in esame. L'analisi è stata svolta basandosi sulle ricerche svolte durante l'esperienza diretta in ospedale (vedi capitolo Esperienze dirette).

GIORGIA

Biografia

Giorgia frequenta le terza elementare, ha 10 anni. I genitori hanno deciso di portarla in pronto soccorso a causa di un forte mal di pancia. I medici hanno deciso di ricoverarla nel reparto pediatrico di Chirurgia Generale per alcuni accertamenti.

Obiettivi

Poter tornare a casa il prima possibile per poter partecipare alla gara di nuoto.

Frustrazioni

- Dover condividere la stanza con un bambino molto più piccolo di lei.
- Non poter stare sia con la mamma e con il papà ogni giorno.



Età
9 anni

Occupazione
Scuola elementare

Causa ricovero
Accertamenti

LEONARDO

Biografia

Leonardo è stato portato in ospedale dai propri genitori. Cadendo dalla bicicletta si è rotto una gamba.

Obiettivi

Poter tornare a camminare e correre il prima dell'inizio delle vacanze estive.

Frustrazioni

- Essere costretto a letto per la maggior parte del tempo.
- Non poter giocare con i propri giochi, e allo stesso tempo, non poter accedere in ogni momento alla sala giochi dell'ospedale.



Età

4 anni

Occupazione

Scuola materna

Causa ricovero

Intervento

GIULIA

Biografia

Giulia e il marito hanno deciso di portare la figlia in ospedale a seguito di un forte mal di pancia. Dopo ore di attesa in pronto soccorso la bambina è stata ricoverata in pediatria per degli accertamenti.

Obiettivi

- Che i medici dedichino più attenzioni a Giorgia per capire quale sia la sua condizione.
- Cercare di distrarre la bambina in modo tale da non farle pesare la permanenza in ospedale più del dovuto.

Frustrazioni

- Non saper come gestire la situazione in famiglia, soprattutto con il figlio minore.
- Non poter contare su uno spazio apposito all'interno dell'ospedale.



Età

36 anni

Occupazione

Impiegata

Causa ricovero

Madre di Giorgia

Customer journey | Il bambino

L'ospedalizzazione per il bambino rappresenta un momento delicato. La prima esperienza dell'ambiente ospedale è, nella maggior parte dei casi, il pronto soccorso. Qui riceve i primi accertamenti e le cure necessarie. Successivamente viene trasferito nel reparto di pediatria in cui viene preparato all'intervento, quando necessario.

Il trasferimento nella sala operatoria è il primo momento in cui il bambino si separa effettivamente dai genitori. Il periodo postoperatorio viene trascorso nuovamente in reparto. Nel momento in cui il bambino guarisce, o si è abituato alle cure necessarie, viene dimesso.

Pronto soccorso

Il bambino malato arriva in pronto soccorso accompagnato. Dopo accertamenti sulla condizione di salute riceve le prime cure necessarie.

Reparto pediatria

Il reparto è il centro della vita ospedaliero per il bambino e per la sua famiglia.

Intervento

Non sempre necessario. Nel momento del trasferimento in sala operatoria il bambino si separa per la prima volta dai genitori.

Reparto e dimissioni

Il recupero postoperatorio avviene nuovamente in reparto. In questo momento vengono dispensate le cure e la terapia che, nel caso, il bambino dovrà seguire anche a casa.

Arrivo in ospedale

Accertamenti

Prime cure

Trasferimento in reparto

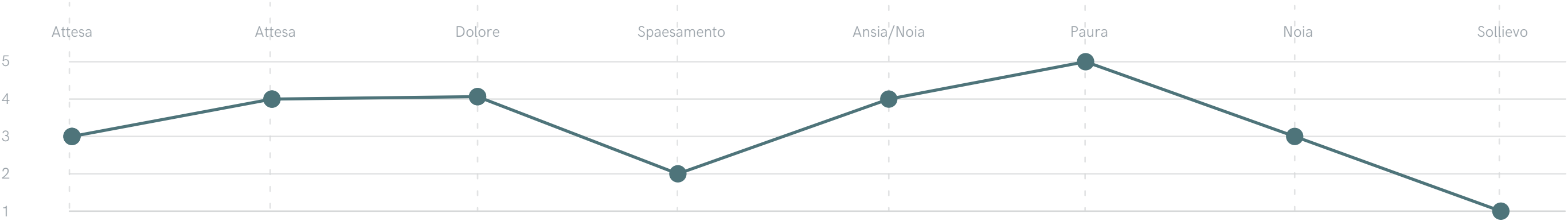
Permanenza preoperatoria

Intervento

Permanenza postoperatoria

Dimissioni

Livello di coinvolgimento dell'utenza



Customer journey | Il genitore

L'ospedalizzazione di un figlio rappresenta un momento difficile per il genitore. Ovviamente, più è grave la situazione del bambino, maggiore è il livello di stress e preoccupazione. Il genitore si sente in colpa per la situazione del figlio. Vorrebbe partecipare di più al processo di guarigione, ma contemporaneamente non si sente adatto ad assumere un ruolo di caregiver.

L'ambiente del reparto di pediatria, inoltre, non è adatto ed attrezzato a poter ospitare un accompagnatore per il bambino; non esiste un luogo in cui il genitore possa sentirsi a proprio agio.

Pronto soccorso

Il genitore accompagna il figlio in pronto soccorso. Non sa cosa pensare della condizione del bambino.

Reparto pediatria

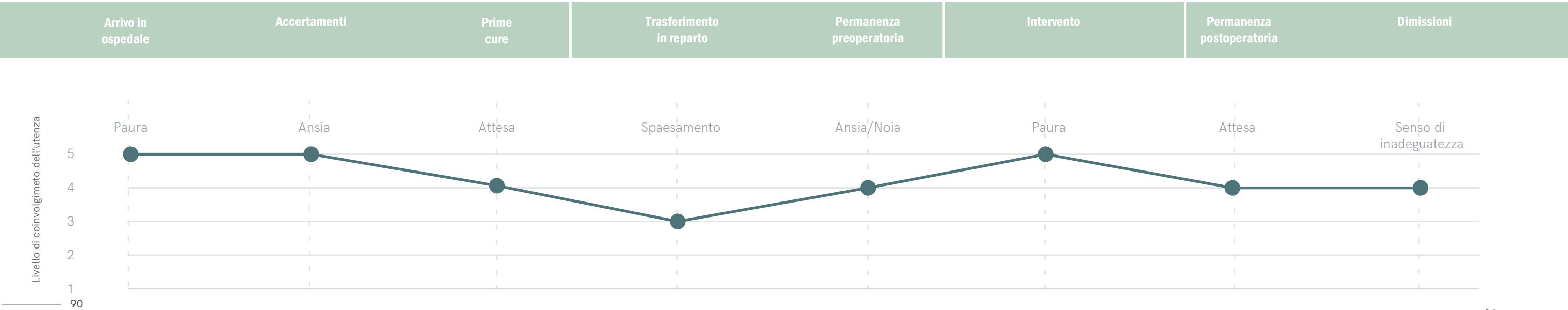
Il reparto è il centro della vita ospedaliero per il bambino e per la sua famiglia.

Intervento

Durante l'intervento il livello di stress del genitore sale proporzionalmente alla gravità della patologia.

Reparto e dimissioni

Il genitore si ritrova nel suo nuovo ruolo di caregiver. La preoccupazione, per essere in grado di dare cure adeguate al bambino anche a casa, è molto alta.



CONSIDERAZIONI FINALI

L'analisi svolta permette di avanzare alcune considerazioni riguardo agli attori principali coinvolti all'interno del reparto pediatrico.

Si nota come i principali problemi riscontrati riguardino più l'esperienza dell'ospedalizzazione più che la permanenza all'interno del reparto. Questo è vero soprattutto relativamente al bambino. La sua paura e disagio sono più legate all'esperienza del dolore più che la permanenza in reparto. Il distacco dalla quotidianità e il cambio delle proprie routine sono i principali problemi. L'ambiente, infatti, è progettato (almeno in teoria) per le esigenze del bambino.

Diverso è invece per l'adulto che accompagna il bambino. Oltre alle difficoltà legate alla condizione del bambino, il genitore si ritrova a vivere in condizioni di grande socomfort fisico. Deve condividere gli spazi con il bambino, spazi progettati per l'infanzia e che non prevedono la presenza costante di un adulto.

Di seguito è riportato un riassunto più dettagliato.

Il bambino

I momenti più problematici per il bambino sono quelli in cui per la prima volta viene a contatto con l'ambiente ospedaliero. Durante la procedura di ammissione in ospedale il bambino si ritrova in un ambiente a lui sconosciuto in un momento in cui, nella maggior parte dei casi, prova dolore fisico. Proprio il dolore fisico, o la paura del dolore fisico, crea nel bambino una forte componente stressogena.

Altro momento delicato è quello della somministrazione della cura, dove oltre al dolore fisico vi è anche un trauma per l'intervento a cui deve essere sottoposto (non sempre necessario).

Il periodo più difficile è sicuramente il momento immediatamente seguente all'operazione. Il dolore fisico si accompagna a forti limitazioni che il bambino si trova a vivere. Questo è il momento in cui il paziente soffre maggiormente la propria permanenza in reparto.

Oltre ai tempi dell'ospedalizzazione lo stress è legato anche a:

- l'instaurarsi di uno stato di malattia: anche se

non del tutto cosciente di ciò che sta accadendo il bambino si trova a vivere una situazione sconosciuta che mette se stesso e il genitore in uno stato di agitazione;

- distacco dalla quotidianità: l'ambiente in cui si trova è sconosciuto e intimidatorio, le abitudini giornaliere sono del tutto differenti dal proprio ambiente domestico;
- l'ambiente socio-fisico dell'ospedale;
- le procedure, più o meno invasive, a cui viene sottoposto;
- l'esperienza del dolore: non solo il dolore fisico effettivamente provato, ma anche quello percepito e psicologico. Il bambino tende, infatti, ad accentuare ed esasperare la sua situazione.

Il genitore

La malattia del figlio è per il genitore un forte momento di tensione e stress. Oltre agli stressori causati da fattori psicologici, quali la situazione di inconsapevolezza riguardo al bambino e paura della situazione più o meno grave, l'adulto percepisce lo stress ambientale della pediatria in modo molto più acuto.

Andando ad analizzare la figura dell'adulto che vive l'ambiente della pediatria come accompagnatore del bambino è emerso che le criticità si riscontrano in:

- le difficoltà nell'orientamento e nel wayfinding,

il genitore vive questo disagio in modo molto più accentuato del bambino, in quanto entra ed esce dall'ospedale più frequentemente. La paura di smarrirsi all'interno della struttura lo porta a rimanere nel reparto dove il figlio è ricoverato. Questo non gli permette di usufruire di servizi che potrebbero rendere il soggiorno meno stressante;

- il comfort fisico, la mancanza di attrezzature e spazi adeguati per il genitore: il genitore vive accanto al figlio durante tutta l'ospedalizzazione, ma non vi sono strutture adatte ad ospitarlo, spesso condivide il letto con il figlio o dorme su sedie o poltrone;
- la privacy e il territorio personale, in questo caso la completa assenza di questi.



6 | CRITERI E STRUMENTI PROGETTUALI

CRITERI E STRUMENTI PROGETTUALI

I FATTORI PERCETTIVO SENSORIALI

ASPETTI ERGONOMICI

ORIENTAMENTO E WAYFINDING

Nel capitolo seguente sono stati analizzati gli studi compiuti dall'Architetto Romano Del Nord. Di particolare rilevanza sono stati il testo *Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico* del 2006,¹ e la ricerca *L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano* (2015).²

Organizzando il lavoro suddividendolo in tre categorie si sono andati a toccare i punti di principale interesse per la progettazione di uno spazio di cura pediatrico:

- i fattori percettivo sensoriali: cioè come l'ambiente influisce sulla percezione di chi lo vive e quali siano le scelte più consone per dei bambini
- ergonomia
- orientamento e wayfinding

1_ Romano Del Nord, *Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico* - indirizzi tecnici e suggestioni architettoniche, Motta Architettura, Milano, settembre 2006

2_ Romano Del Nord, *L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano*, 2015

I FATTORI PERCETTIVO SENSORIALI

L'atmosfera

L'atmosfera può essere determinata tanto dall'aspetto di un ambiente quanto dalle persone che lo vivono e consiste nel clima psicologico proprio di un determinato ambiente o di particolari circostanze.

Nell'analisi che segue ci si è concentrati sulla dimensione percettivo-sensoriale del concetto di atmosfera.

L'atmosfera che si viene a creare in un ambiente, in determinate circostanze, è uno dei fattori principali che permette la valutazione positiva o negativa del contesto.

Ciò è ancora più vero se si parla di bambini.

Infatti, è vero come *"i bambini piccoli vivano in un continuo presente, nel qui ed ora dell'esperienza, godendosi le sfumature di colore, la luce, i suoni, gli odori e le sensazioni tattili, non sentendosi pressati dalle richieste tipiche degli adulti di perseguire degli obiettivi, di usare bene il tempo o di rispondere alle aspettative di qualcuno"*.

Per questo motivo nella progettazione degli spazi di cura, si tende a privilegiare quelle particolari atmosfere che ricordano ambienti accoglienti e

amichevoli.

Nel caso degli ospedali pediatrici, oltre all'atmosfera della casa, si trova il riferimento ad atmosfere ludiche o di fantasia. Nel primo caso, richiamando all'ambiente familiare, si tende di assicurare il bambino, nel secondo si ha l'applicazione della strategia della distrazione positiva per distogliere l'attenzione del paziente da situazioni non piacevoli.

Risulta necessario chiedersi quali siano gli elementi che contribuiscono efficacemente alla creazione di un'atmosfera, e quali caratteristiche questa debba avere per essere considerata adatta al bambino.

Parlando di ambienti ospedalieri pediatrici si tende generalmente a creare un'atmosfera attraverso la scelta di uno o più temi che costituiscono il filo conduttore per la caratterizzazione dell'ambiente. Maggiore è la coerenza fra gli interventi applicati agli spazi e agli arredi, tanto maggiore sarà la possibilità di creare una effettiva atmosfera. Sostanzialmente possono individuarsi i seguenti principali approcci tematici:

- l'ambiente domestico (figura 1);
- mondi di fantasia (atmosfere che propongono situazioni noti al mondo dei bambini; atmosfere che stimolano l'esercizio della fantasia) (figura 2);
- natura, in forma di animali o di vegetazione (figura 3);
- la comunità locale (l'adozione di stilemi e/o di immagini che richiamano una specificità locale) (figura 4).

Due concetti di fondamentale importanza da applicare nella progettazione per i bambini, sono quelli dell'unità e della coerenza.

Soprattutto per quel che riguarda i bambini in età prescolare è necessario che l'atmosfera sia fortemente influenzata da ambienti ordinati e prevedibili, cioè che attraverso un buon livello di unità possano esercitare sul bambino un'influenza positiva.

Il concetto di varietà è un ulteriore elemento da tenere in considerazione. Infatti, va applicato sia alle caratteristiche interne di ogni singolo ambiente, sia all'insieme degli ambienti che un dato utente - paziente, familiare, visitatore, personale - utilizza durante la sua permanenza all'interno dell'edificio.

In particolare, tra le modalità attraverso le quali il design degli spazi può creare condizioni di varietà, si pone l'attenzione sui risultati conseguibili attraverso la di superfici quali quelle del pavimento e del soffitto la cui planarità viene generalmente data per immutabile.



In merito ai bambini di età prescolare Olds riferisce che *"l'atmosfera è il risultato delle tecniche decorative che rendono lo spazio sensoriale ricco e variegato."*²

Queste indicazioni portano l'attenzione sulla connotazione multisensoriale del design dell'ambiente.

Un ulteriore problema da considerare è il fatto che lo spazio pediatrico è vissuto contemporaneamente da bambini ed adolescenti. Potrebbe essere utile in questi casi la previsione di personalizzazione dello spazio, per gestire allo stesso tempo le diverse preferenze in relazione all'età ma anche, specie tra gli adolescenti, le diverse preferenze personali.

Il colore

Il colore è sicuramente un connotato percettivo di primaria importanza quando si tratta di ambienti progettati a misura di bambino. Al colore vengono associate emozioni e stati d'animo, inoltre, secondo la disciplina della cromoterapia, il colore possiede potenzialità terapeutiche.

Il colore gioca un ruolo fondamentale nella progettazione degli spazi, che possono essere ulteriormente valorizzati se si combinano i benefici del creare un'atmosfera adeguata all'uso di colori appropriati.

Le modalità per introdurre il colore all'interno di un ambiente sono molteplici: dal colore delle superfici architettoniche, al colore degli elementi di arredo, delle tappezzerie, della biancheria, fino all'uso di fonti luminose colorate.

Nella scelta delle soluzioni cromatiche per gli ambienti le variabili fondamentali da considerare sono costituite: dall'età, in quanto determina delle preferenze differenziate; in alcuni casi, dalla patologia da cui sono affetti; dal tipo di attività che vi devono svolgere.

Il ruolo di risorsa dei colori applicati all'ambiente e all'arredo consiste nel:

- supportare il benessere sensoriale dell'utenza nei vari spazi dell'ospedale creando ambienti percettivamente confortevoli;
- supportare i processi affettivi contribuendo a creare un ambiente emotivamente positivo;
- supportare l'operatività del personale;
- supportare i processi cognitivo-fruttivi aiutando

a comprendere la funzione, le modalità di utilizzo e la struttura degli ambienti.

Il colore a supporto del benessere sensoriale Per garantire un'adeguata stimolazione a livello sensoriale grazie all'utilizzo del colore è necessario tenere in considerazione alcuni aspetti fondamentali. Il colore deve essere determinato da appropriati livelli di intensità, varietà e diversità. L'intensità di variazione cromatica si riferisce a caratteristiche come il livello di saturazione, la brillantezza e ai valori di contrasto. Varietà e intensità si riferiscono, invece, alla presenza nello stesso spazio di colori diversi per tonalità e al loro utilizzo in senso decorativo. La preferenza del colore dipende dal livello di sviluppo dell'individuo. Infatti, mentre i bambini molto piccoli tendono a preferire colori a onde lunghe (rosso e giallo), persone adulte presentano una preferenza verso colori a onde corte (blu e verde). Più nello specifico si considerano adatti ai neonati colori a forte contrasto, in grado di sviluppare una corretta percezione del colore da parte di questi; i neonati presentano una chiara preferenza visiva per gli stimoli con una massima purezza colometrica, per quegli stimoli, cioè, che massimamente differiscono in purezza rispetto al contesto in cui vengono visti. A seguito di questa affermazione è possibile dedurre che superfici bianche non sono a supporto dello sviluppo delle capacità visive del neonato. Per quel che riguarda il bambino in età prescolare

la preferenza ricade su colori dalle tonalità brillanti. Secondo Zentner a partire dai cinque anni le preferenze per i colori chiari diventano sempre più marcate. Si deve prestare attenzione all'uso di queste tonalità su superfici molto ampie, in modo tale da evitare un sovraccarico sensoriale sugli utenti più adulti dell'ospedale. A partire dai sette anni si ha un importante passaggio nell'ambito delle preferenze cromatiche, soprattutto per quel che riguarda la tinta, reso evidente dal fatto che i bambini di questa età, prediligono il colore blu rispetto al rosso. Per quel che riguarda l'adolescente sono meno identificabili le preferenze cromatiche. La connotazione deve essere sicuramente più neutra, ma non banale, e deve dare la possibilità di poter personalizzare, per quanto possibile l'ambiente.

Nella progettazione cromatica degli spazi ospedalieri, soprattutto nelle aree di degenza a lungo termine, è da evitare l'utilizzo di colori che possono influire sullo stato di salute e sul processo di guarigione. Studi effettuati nel 2004 da NHS (Servizio Sanitario inglese), hanno dimostrato come certe tonalità di verde e di viola possono creare nausea nei bambini affetti da tumore; i rossi e gli arancioni dovrebbero essere evitati nei reparti di dermatologia.

In conclusione, il colore è in grado di influenzare la nostra percezione di un ambiente, degli spazi e delle sue dimensioni. Per questo motivo possono

1_Olds, 1987, p. 117

2_Olds, 1987, p. 137

essere utili per far apparire un ambiente più ampio, per guidare la percezione della temperatura e del rumore.

Il colore come supporto ai processi affettivi

L'associazione fra colore ed emozione è un processo che il bambino riesce ad applicare con grande efficacia. Il bambino è in grado di utilizzare il colore con una valenza simbolica, cioè di utilizzare un colore per significare un'emozione e viceversa. Nella scelta del colore per lo spazio pediatrico è necessario tenere in considerazione e adottare soluzioni che supportino uno stato emotivo coerente con il tipo di attività che viene svolta.

Uno degli obiettivi progettuali è la creazione di ambienti che inducano stati emotivi di calma. Per fare questo è necessario utilizzare tonalità pastello, e tonalità fredde.

In alcune aree, dove si vuole favorire la socialità, per esempio le aree in cui si mangia o le sale gioco, è preferibile l'utilizzo di colori caldi. I colori caldi sono spesso associati a comportamenti estroversi e con il contatto sociale.

Il colore a supporto delle attività del personale

Per garantire al personale una buona visione dei colori, è necessario considerare che le condizioni visive sono influenzate da tre fattori: colore, illuminazione e riflettanza.

Questi tre fattori si influenzano reciprocamente: lo stesso colore viene visto sia in condizioni di

luce naturale che durante le ore notturne.

L'uso del colore è inoltre fondamentale in alcuni contesti per poter eseguire una diagnosi corretta (la carnagione riflette il colore dell'ambiente). La tonalità più appropriata per le sale di visita sarebbe quella neutra del grigio. Non potendo utilizzare questo colore, è possibile ricorrere a colori "ingrigiti" che contengano cioè una certa percentuale di nero. Questa soluzione costituisce il giusto compromesso: il colore contiene il necessario elemento di tonalità cromatica, il grigio favorisce a una buona resa dell'incarnato.

Il colore a supporto dei processi fruitivi

Vi è la possibilità di utilizzare il colore come supporto alla comprensione dell'ambiente. Tuttavia è necessario tenere presente due fattori: il primo si riferisce al fatto che il colore ha grandi limiti comunicativi. Le patologie della visione del colore sono molto difficili da compensare, per questo motivo in questi casi il colore perde qualsiasi funzione comunicativa.

Il secondo riguarda l'uso del colore come codice nella comunicazione segnaletica. In realtà il colore è un attributo difficile da ricordare, deve essere associato a qualcos'altro (icona, numero, lettera).

L'illuminazione artificiale

L'illuminazione artificiale all'interno del reparto pediatrico è particolarmente importante. Spesso all'interno degli ambienti interni dell'ospedale, come i corridoi, non sono presenti finestre, quindi apporto di luce naturale.

L'illuminazione deve essere studiata e calibrata con attenzione. Durante le ore notturne in ospedale la luce all'interno del reparto rimane invariata, quando potrebbe esserne regolata l'intensità. Le condizioni di illuminazione artificiale possono costituire una risorsa per l'interazione con l'edificio ospedaliero:

- supportando l'operatività nell'esecuzione di compiti visivi e, più in generale, lo svolgimento confortevole per tutti gli utenti delle diverse attività che impegnano la vista;
- supportando il benessere di pazienti e personale, soprattutto durante le ore notturne;
- cercare di rendere l'ambiente in modo tale da creare stati emotivi di tranquillità, di calma e piacevolezza;
- supportando i processi cognitivo-fruitivi, in particolare l'orientamento e il wayfinding.

L'illuminazione a supporto dei ritmi circadiani

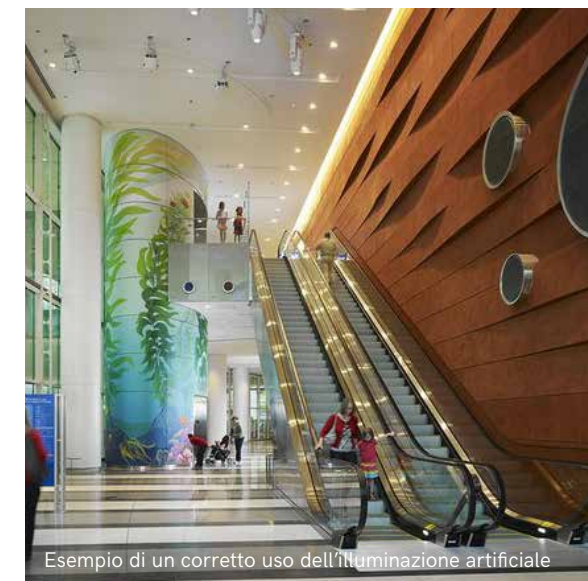
La luce è il principale elemento che permette all'organismo di regolare il ritmo sonno-veglia. La progettazione della luce interessa ogni tipologia di utenza che vive l'ospedale, dal paziente al personale sanitario.

Per il paziente si tratta principalmente di garan-

tire che l'illuminazione all'interno della camera di degenza non vada a influire negativamente sulla qualità del sonno. Per il personale, invece, deve garantire una corretta visibilità durante le ore notturne. Per questo motivo, negli ambienti dedicati al personale, durante le ore notturne sono preferibili fonti di luce bianca o blu, per favorire la produttività e l'attenzione.

L'illuminazione a supporto dell'orientamento e del wayfinding

Un ulteriore fattore su cui l'illuminazione può andare ad incidere è l'orientamento e il wayfinding. Le variazioni di luminanza costituiscono uno stimolo sensoriale che attrae, anche inconsape-



volmente, l'attenzione.

Attraverso l'incremento dei livelli di luce è possibile segnalare in modo inconscio le indicazioni di svolta alle intersezioni tra corridoi, le porte che costituiscono una destinazione per gli utenti esterni, far dirigere lo sguardo sui pannelli segnaletici.

Per quel che riguarda il bambino è possibile sfruttare l'intensità luminosa per non avvicinarli ad aree a loro non dedicate: il bambino ha infatti repulsione per gli spazi poco illuminati.

L'illuminazione a supporto dei processi affettivi

Oltre a garantire la corretta luminosità, gli ambienti devono presentare al loro interno una varietà di situazioni luminose. Uno spazio dove sia presente solo un'uniforme luce naturale risulta essere non interessante e poco gradevole.

L'illuminazione può connotare gli ambienti dell'ospedale in differenti modalità. L'utilizzo di una luce fredda viene associato a un contesto formale e istituzionale, mentre una luce calda ad un ambiente domestico. Infatti, quest'ultima, viene preferita nei luoghi di degenza.

Nelle stanze dedicate alle visite è preferibile l'utilizzo di una luce che permetta la totale visibilità di ogni parte dell'ambiente. La piena illuminazione di questi spazi aiuta il paziente ad avere senso della prospettiva e un conseguente senso di controllo sull'ambiente, una condizione di supporto psicologico particolarmente importante nel caso di bambini.



Esempio di vedute all'esterno in una sala d'aspetto

L'illuminazione naturale e le vedute

Gli stimoli percettivi costituiti dalla luce naturale e dalle vedute esterne sono delle risorse a supporto del benessere sensoriale ed emotivo, così come l'illuminazione artificiale, delle persone che utilizzano un determinato ambiente.

La progettazione di questo particolare aspetto dell'edificio dovrebbe:

- garantire, e al contempo controllare, l'apporto di luce solare;
- consentire vedute verso l'esterno, preferibilmente connotate positivamente in termini di piacevolezza e di interesse.

L'apporto di luce naturale

La luce naturale è fondamentale per la regolazione dei ritmi circadiani dell'individuo, costituisce un importante fattore di benessere psicofisiologico.

Negli spazi di cura non può essere considerata solo l'assenza o la presenza di luce, ma sono da tenere in conto alcune variabili:

massimizzare la quantità di luce solare all'interno della stanza di degenza;

privilegiare la presenza di luce mattutina.

Uno studio del 2005 effettuato da Walch, ha dimostrato che la quantità di luce solare presente all'interno della camera di degenza influisce sullo stato di salute psicosociale del paziente e sulle quantità di analgesici che assume.

Pur riconoscendo i notevoli aspetti positivi connessi alla presenza di luce solare, è necessario tenere in considerazione il fatto che esistono elementi da tenere sotto controllo. La possibilità di abbagliamento, il surriscaldamento dell'ambiente. Per non rischiare di annullare il beneficio apportato dalla luce naturale, è necessario adottare efficaci soluzioni di controllo.

Le vedute

La valenza positiva della finestra, quale tramite per accedere alle vedute, sta nel fatto che essa permette di usufruire di elementi di distrazione e consente un legame cognitivo e percettivo con l'ambiente esterno.

La valenza simbolica è quella di mantenere una

continuità con la normalità e la quotidianità.

In termini generali si devono preferire le finestre ampie, con davanzali abbastanza bassi da poter consentire al bambino di godere della veduta esterna senza difficoltà.

Le condizioni acustiche

Le caratteristiche acustiche degli ambienti ospedalieri possono porsi come risorsa positiva nel momento in cui:

- supportano le condizioni di fruizione in termini di privacy acustica;
- supportano il benessere psicofisico dei pazienti non arrecando disturbo;
- supportano i processi affettivi proponendo suoni piacevoli in grado di indurre sensazioni di calma e benessere.

Se gli obiettivi che si devono cercare di raggiungere attraverso la progettazione acustica sono quelli citati sopra, operativamente è possibile agire:

- attraverso il controllo dei livelli di rumorosità ambientale e delle situazioni di conflittualità acustica;
- attraverso l'introduzione di connotazioni acustiche piacevoli.

Gli stimoli tattili

Dal punto di vista dei bambini, specie per i più piccoli, la percezione attraverso il tatto rappresenta una modalità fondamentale di conoscenza dell'ambiente che li circonda.

La percezione tattile di un ambiente passa attraverso le caratteristiche materiche delle superfici e degli spazi e di ciò che in essi è contenuto.

La progettazione della dimensione tattile costituisce una risorsa per l'interazione con l'ambiente costruito:

- come supporto ai processi affettivi;
- come supporto al controllo cognitivo, principalmente in riferimento ai bambini.

Aspetti di progetto che coinvolgano contemporaneamente sia stimoli tattili che visivi, permettono di ottenere quelle condizioni di multisensorialità che giocano un ruolo fondamentale nel raggiungimento del benessere da parte dell'utenza, soprattutto nel caso in cui si tratti di bambini.

Progettualmente è possibile raggiungere queste condizioni:

- prevedendo l'utilizzo di materiali diversificati, che allo stesso tempo soddisfino le norme igieniche-sanitarie adatte al luogo;
- adottando modalità di riscaldamento a pavimento negli ambienti utilizzati dai più piccoli, considerando il fatto che il bambino, specialmente piccolo, gioca perlopiù a terra;

- prevedendo l'uso di cuscini, di tappezzerie e di elementi di arredo imbottiti negli spazi dove non vi sono speciali necessità di sterilità. I materiali scelti devono, comunque, garantire la facile igiene, e soddisfare i requisiti di sicurezza;

Inoltre per stimolare la conoscenza dell'ambiente attraverso il senso del tatto è possibile prevedere l'introduzione di opere d'arte interattive o dispositivi progettati per invitare il bambino a interagire con essi.



Gli stimoli olfattivi

Nonostante gli stimoli olfattivi siano quelli che interessano meno a livello progettuale, sono quelli che vengono recepiti molto più rapidamente, per esempio rispetto ad immagini o suoni.

L'ospedale è identificato nell'immaginario comune un luogo olfattivamente non gradevole, connotato da odori di disinfettanti e cibo.

Non sembra esservi una differenza nella valutazione della gradevolezza/sgradevolezza degli odori tra gli adulti e i bambini (Schmidt, Beauchamp 1988). La differenza rilevata è invece relativa alla maggiore sensibilità dei bambini, rispetto agli adulti, nei confronti di certi odori.

Questo implica che è necessario valutare l'intensità dell'odore e l'effettiva reazione dei bambini.

ASPETTI ERGONOMICI

L'ergonomia, detta anche *scienza del Fattore Umano*, "è rivolta allo studio delle interazioni tra l'uomo, le macchine, i processi e l'ambiente in cui opera, considerando le esigenze anatomiche, fisiologiche e psicologiche dell'individuo, al fine di migliorarne il benessere psicofisico e le attività umane, riducendone la possibilità di rischio nell'uso di determinate attrezzature" ¹

Nella progettazione, l'approccio ergonomico è sintetizzabile nella definizione di User Centered Design e ha, cioè, l'obiettivo di porre l'esperienza dell'utente al centro del processo di progettazione in modo tale da garantirne la miglior esperienza d'uso possibile.

Diventa necessario, quindi, attraverso l'analisi delle attività che l'utente deve svolgere, studiarne eventuali fattori di criticità in rapporto all'esecuzione delle procedure.

Le finalità dell'ergonomia possono essere ricondotte a obiettivi operativi di base, relativi:

- alla riduzione degli errori, all'incremento della

sicurezza e delle prestazioni del sistema;

- all'affidabilità, alla durabilità e all'utilità;

- agli utenti e agli operatori in merito al miglioramento del comfort, all'incremento della facilità d'uso, all'accettabilità psicologica, alla riduzione della fatica fisica e mentale;

- ad altri fattori quali l'incremento produttivo e la riduzione di sprechi di tempo e risorse.

Secondo queste affermazioni, è necessaria l'individuazione preliminare di dati relativi fondamentalmente alle caratteristiche individuali delle diverse categorie di utenti, alle loro capacità individuali (anche in riferimento all'età e allo stato di salute), alle attività nelle quali vengono coinvolti, alle caratteristiche dell'ambiente fisico.

Un importante riferimento progettuale si ritrova nelle caratteristiche antropometriche delle diverse tipologie di utenza.

Sono, inoltre, fondamentali tutti quei parametri che descrivono il movimento umano e della coordinazione. Questi dati permettono di capire in che modo l'utente si relaziona con l'oggetto e con l'ambiente.

Volendo applicare all'infanzia il concetto di ergonomia è allora necessario tenere in considerazione le esigenze della crescita, in relazione alle precise fasi dello sviluppo, in rapporto alle dimensioni fisiche, alla forza e alle abilità cognitive e funzionali. Concettualmente, in riferimento allo sviluppo fisico, ci si può riferire a diversi gruppi in relazione alle fasce d'età che vanno dalla nascita ai 2 anni, dai 3 agli 8 anni, dai 9 anni alla prima adolescenza e da questa, alla tarda adolescenza.² Bisogna inoltre considerare che i valori antropometrici di riferimento possono essere molto vari, soprattutto se riferiti ai primi anni di vita.

Non è solo il fattore dimensionale a dover essere considerato nella progettazione per l'infanzia. Infatti, i bambini compiono gran parte dei movimenti in modo quantitativamente e qualitativamente diverso dagli adulti. Lo sviluppo del bambino, oltre che a parametri fisici, è relativo ad abilità cognitive e funzionali che determinano specifici bisogni per ciascuna fascia di età.

Durante la prima infanzia il bambino impara a camminare, si rende autonomo dal punto di vista motorio. La piena autonomia motoria viene raggiunta intorno ai 3 anni di età. In contemporanea allo sviluppo della propria autonomia, il bambino inizia a sviluppare capacità finomotorie che consentono un approccio di tipo manipolativo con la realtà che lo circonda.

Affinché queste capacità possano svilupparsi

correttamente è necessario garantire un ambiente adatto alle esigenze di questa fascia di età. Durante la seconda infanzia gli esercizi motori e sensoriali rimangono ancora dominanti nell'attività del bambino. In questa fase si ha un passaggio ad una visione più oggettiva del mondo. Spazi e arredi dovrebbero essere luoghi in cui il bambino possa esplorare liberamente e in sicurezza. Questo gli darà le capacità di acquisire nuove competenze e una sempre maggiore autonomia.

Affinché durante la prima infanzia siano offerte tutte le possibili e adeguate opportunità di crescita e di sviluppo è necessario che gli ambienti siano idonei a favorire l'autonomia del bambino.

La sicurezza del bambino deve essere collocata al primo posto, per questo motivo spazi ed attrezzature devono essere adeguati e mettere il bambino nelle condizioni più sicure possibili senza però andare ad intaccare il suo bisogno di rendersi autonomo.

Uno degli obiettivi fondamentali dell'ergonomia si riferisce all'individuazione e all'eliminazione di

¹ _Lauria, Legnante 1992

² _ Lueder 2002



possibili condizioni di rischio. In particolare i problemi relativi all'incolumità degli utenti possono riguardare tanto la sicurezza oggettiva degli ambienti e degli oggetti utilizzati, quanto il livello di percezione del rischio e la consapevolezza delle possibili conseguenze delle proprie.

Un aspetto fondamentale da tenere in considerazione è il fatto che i bambini e gli adolescenti non solo hanno diverse caratteristiche fisiche e nelle capacità motorie, ma anche nelle capacità cognitive e sociali. Nei reparti di pediatria si assiste spesso a una condivisione degli spazi da parte di diverse fasce

d'età, è necessario tener presente, quindi le differenze in rapporto al tipo, alla forma, alle dimensioni e ai livelli di attrezzatura. L'ergonomia applicata all'infanzia deve quindi assicurare non soltanto il comfort fisico, ma anche soddisfare specifici bisogni e, principalmente, favorire l'autonomia ambientale del bambino in tutta sicurezza, consentendo operazioni e attività semplici e automatiche.

ORIENTAMENTO E WAYFINDING

Con il termine wayfinding si intende la capacità di un individuo di essere in grado di orientarsi all'interno di un ambiente, di seguire un percorso, in generale muoversi da un luogo all'altro. La capacità di seguire un percorso è data dall'abilità di riconoscere o ricordare una serie di locazioni spazialmente e serialmente ordinate; tali locazioni in genere coincidono con i punti di snodo del percorso e contribuiscono alla memorizzazione della mappa mentale degli ambienti.

Wayfinding interno

Alcune caratteristiche architettoniche degli edifici e dei loro interni aiutano gli utenti a costruirsi una mappa mentale: ciò avviene attraverso l'organizzazione degli spazi in modelli familiari, che siano in grado di sostruire un modello su come sono suddivise le varie aree dell'edificio. Si possono individuare cinque peculiarità degli edifici che supportano la costruzione accurata di una mappa mentale:

- la chiara definizione del sistema dei percorsi e della circolazione;
- la presenza di caratteristiche o di elementi

particolari (landmark) che risaltano rispetto al sottofondo generale di stimoli sensoriali;

- la presenza di snodi dove si intersecano i percorsi che siano facilmente riconoscibili;
- una chiara leggibilità nei percorsi;
- la presenza di settori ben definiti.

Percorsi e circolazione

Per creare un sistema di circolazione che sia facilmente leggibile e memorizzabile deve essere predisposto uno schema in cui siano presenti percorsi primari e secondari ordinati da una precisa gerarchia. Le prime dovrebbero connettere gli spazi di maggiore importanza, le seconde dovrebbero condurre dal percorso principale alle destinazioni meno importanti. La differenziazione fra i due ordini di percorsi potrebbe essere sottolineata utilizzando le maggiori caratteristiche architettoniche: la diversità fra i percorsi per il pubblico e quelli per gli operatori potrebbe essere accentuata attraverso il diverso dimensionamento del percorso, la segnaletica e le finiture.

Landmarks

Il landmark è un elemento dell’ambiente che è identificabile come punto di riferimento, in quanto elemento di spicco rispetto al resto dell’ambiente. I landmark degli ambienti interni possono essere costituiti per esempio da un gruppo di ascensori, dalla veduta di un cortile o di un giardino, dalla vista di una scultura esterna, di un atrio o da uno spazio architettonico particolare. Per quanto riguarda i landmark interno all’edificio devono essere pochi e studiati debitamente, una presenza troppo elevata farebbe perdere loro di significato: i corridoi principali della struttura, ad esempio, dovrebbero rimanere liberi da ogni distrazione irrilevante e contenere solamente i suggerimenti visivi necessari per il wayfinding. I landmarks dovrebbero essere posizionati nelle intersezioni fra i percorsi principali e nei luoghi altamente esposti, collocati in posizioni tali da essere visti da più direzioni possibili.

Snodi

Gli snodi all’interno dell’edificio costituiscono quei punti nevralgici in cui i vari percorsi si intersecano. Per essere efficaci e facilmente riconoscibili andrebbero distinti chiaramente attraverso l’uso di landmarks. Le indicazioni presenti in questi punti dovrebbero essere sufficientemente esplicative per potersi orientare, almeno, nelle direzioni principali. Per agevolare il wayfinding le intersezioni fra i

percorsi andrebbero previste nei punti più facilmente memorizzabili. Il sistema dei percorsi dovrebbe essere costituito da pochi snodi e questi dovrebbero essere direttamente collegati fra loro tramite i percorsi principali.

Leggibilità dei percorsi

Un percorso può essere percepito attraverso segni sul pavimento, dall’andamento di pareti o strutture laterali o dalla conformazione del soffitto. Un percorso leggibile dovrebbe offrire elementi che gli utenti possano utilizzare per orientarsi nello spazio e per muoversi nella giusta direzione.

Suddivisione in settori

Per agevolare l’orientamento degli utenti gli edifici grandi e complessi dovrebbero essere suddivisi in settori costituiti da aree definite da caratteristiche particolari. Gli edifici così suddivisi agevolano l’orientamento degli utenti contribuendo a ridurre la scala degli spazi e dei percorsi da memorizzare. Per essere facilmente identificabili, i settori degli edifici dovrebbero essere codificati tramite lettere, colori o tematiche particolari. Per guidare con maggiore facilità l’utente all’interno dell’edificio occorre illustrare, fino dall’entrata principale, i codici dei vari settori in cui è stato suddiviso. Di fondamentale importanza è che il codice scelto debba mantenersi coerente in tutto l’edificio.

L’esempio riportato in figura è l’ospedale pediatrico di Seattle. Ogni settore ha un tema che viene ripreso in ogni blocco dell’ospedale: il fiume in giallo, la foresta in verde, la montagna in viola e l’oceano blu.



Wayfinding esterno

La prima cosa che dovrebbe notare un utente in prossimità dell'ospedale è l'ingresso principale. I percorsi di avvicinamento allo spazio adiacente all'edificio dovrebbero rendere possibile la vista del parcheggio e degli ingressi principali. Per essere facilmente individuabile, l'ingresso principale dovrebbe essere connotato in modo tale da assumere un forte valore segnaletico.

Orientamento e wayfinding nell'età evolutiva

La capacità di riconoscimento ed elaborazione degli spazi da parte del bambino si estende ad un'area pari all'incirca a 100 - 150 mq. Andare a creare articolazioni superiori, con prospettive estese e complesse, prive di punti di riferimento visivo e di stimoli formali e cromatici, significa creare un ambiente poco fruibile da parte del bambino. Per quanto riguarda il bambino si rende ancora più necessario dividere l'ambiente in spazi ben distinti e ben connotati. Lo spazio necessita di una continuità visiva, in questo modo il bambino è in grado di capire cosa è presente in un ambiente prima di accedervi. A questo proposito, nei reparti pediatrici, è auspicabile la predisposizione di vetrate e pannelli.

Quando la configurazione dell'ambiente si presenta indifferenziata (corridoi o vani), è necessario predisporre landmarks che siano facilmente

leggibili dal bambino. Devono essere costituiti da immagini e le immagini devono presentare determinate caratteristiche:

figure semplici, composte di pochi dettagli;
figure colorate;
figure che rappresentino attività simboliche che il bambino sia in grado di riconoscere.



7 | ANALISI CASI STUDIO

ANALISI CASI STUDIO

**CASI STUDIO RELATIVI AD AMBIENTE
E PERCEZIONE**

**CASI STUDIO RELATIVI AD ARREDO
E INSTALLAZIONI**

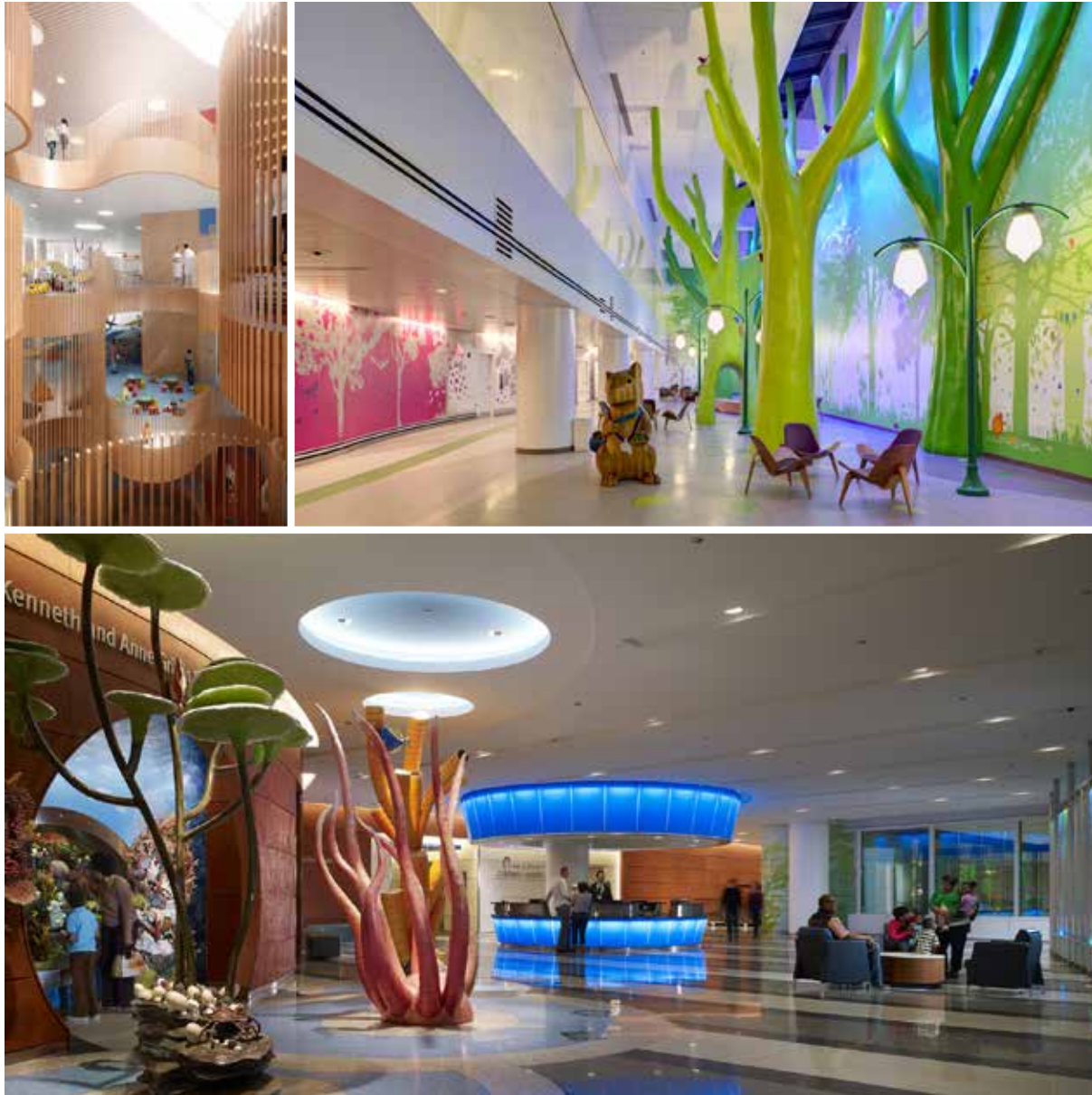
**CASI STUDIO RELATIVI AD ATTIVITÀ
E LABORATORI**

I casi studio raccolti in questo capitolo sono stati suddivisi in alcune categorie decise in base alla ricerca svolta precedentemente. Questa categorizzazione ha permesso di analizzarli efficacemente ponendoli sullo stesso piano.

Le categorie che sono state scelte sono:

- ambiente e percezione dell'ambiente
- elementi di arredo ed installazioni
- attività e laboratori

Per ogni categoria sono stati analizzati alcuni casi studio nello specifico, successivamente si è stilata una lista di situazioni analoghe. Queste non sono state analizzate in quanto non presentano caratteristiche diverse o degne di nota rispetto alle precedenti.



AMBIENTE E PERCEZIONE

Come è stato trattato nei capitoli precedenti, la conoscenza di un ambiente è il risultato della concomitanza di diversi fattori.

Questa, infatti, viene mediata dalle emozioni, dai sentimenti e dalle azioni che vi hanno luogo, e se la connotazione affettiva di un ambiente contribuisce alla valutazione dello stesso, allora anche la rappresentazione sviluppata dal bambino di quel particolare tipo di ambiente che è l'ospedale risulta essere il frutto di un complesso sistema di relazioni ed emozioni che non sono strettamente riconducibili allo spazio fisico indagato.

In questa categoria sono stati inseriti quei casi studio che non prevedono solo l'inserimento di alcuni elementi nell'ambiente, ma che ne prevedono il totale ripensamento e la progettazione ex novo.

Per questo motivo esempi come il macchinario per gli esami della TAC non viene considerato solo un elemento d'arredo ma un ambiente con una sua particolare atmosfera, ricostruito a misura di bambino e che tiene conto delle sue esigenze.

Børne Riget

-  Ambinti a misura di bambino
-  National children's hospital
-  Copenhagen

Di cosa si tratta

Il progetto è un concept che prevede la riprogettazione dell'ospedale pediatrico della città di Copenhagen. Dall'architettura esterna, agli atri, le stanze e gli spazi comuni sono progettati per andare incontro alle esigenze di bambini e famiglie. Si prevede la costruzione del progetto entro il 2024.

Elementi di interesse

Non è uno spazio riadattato ma interamente pensato a misura di bambino. Altro fondamentale aspetto è il fatto che la famiglia non sia esclusa, ma siano stati pensati spazi per andare in contro alle esigenze anche dei genitori.



Royal children's hospital

-  Ambinti a misura di bambino
-  The Royal Children's Hospital
-  Melbourne, Australia

Di cosa si tratta

Il progetto si basa su di un modello di assistenza centrato sulla famiglia che pone i bambini ed i loro genitori in primo piano. La disposizione formale dell'edificio, così come le esperienze spaziali interne ed esterne, è stata assemblata per promuovere un ambiente riparativo e curativo per i bambini e le loro famiglie.

Elementi di interesse

Riconoscendo la salute del nostro ambiente e la salute delle persone sono inestricabilmente collegate, il nuovo campus ospedaliero offre un approccio olistico alla sostenibilità: ambientale, emotivo, fisico e psicologico.



Murales per l'orientamento

- ? Orientamento
- + Children's Hospital
- 📍 Seattle

Di cosa si tratta

Attraverso dei murales tematici (caratteristiche geografiche del Pacifico nord-occidentale), l'ospedale è organizzato in zone e spazi, identificati da colori specifici e icone, che aiutano l'orientamento all'interno della struttura.

Elementi di interesse

La tematica dell'orientamento all'interno delle strutture ospedaliere può diventare un problema per un paziente o per la sua famiglia. Viene affronta la problematica in modo intuitivo e allo stesso tempo crea un ambiente piacevole e colorato.



Nuove esperienze (TAC)

- ? Macchinari specifici
- + Children's Memorial Hospital
- 📍 Chicago

Di cosa si tratta

Il progetto è solo uno dei tanti esempi di come l'ambiente della sala TAC può essere trasformato e riallestito seguendo un filo conduttore. In questo caso la stanza diventa un ambiente marino in cui il macchinario per la TAC si trasforma in un sottomarino nel quale il bambino deve entrare.

Elementi di interesse

Trasformare le paure e le ansie del bambino in un momento di gioco e di svago cercando di eliminare, o quantomeno alleviare, sensazioni sgradevoli che un esame come la TAC può scaturire.



Casi studio analoghi



Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital - Chicago

AMBIENTE A MISURA DI BAMBINO



Nationwide Children's Hospital - Columbus

AMBIENTE A MISURA DI BAMBINO



La Rabida Children's Hospital - Chicago

AMBIENTE A MISURA DI BAMBINO

James and Connie Maynard Children's Hospital - Greenville

AMBIENTE A MISURA DI BAMBINO



Emma Children's Hospital - Amsterdam

ORIENTAMENTO



Benioff Children's Hospital - San Francisco

MACCHINARI SPECIFICI





ARREDO ED INSTALLAZIONI

Le espressioni artistiche possono essere costituite da arte visiva, drammatizzazione, danza, letteratura, musica, arte multimediale, installazioni video, giardinaggio ecc. il bambino stesso può essere coinvolto nella produzione d'arte. L'arte nella qualificazione degli ambienti è caratterizzata da una vastissima possibilità espressiva. Può esprimersi in diversi modi e forme, costituendo l'elemento che maggiormente caratterizza l'ospedale e contribuisce a qualificarne l'immagine. Come precedentemente analizzato, l'arte contribuisce a perseguire le seguenti finalità:

- mitigare lo stress derivante dall'ambiente
- creare un senso di sicurezza e protezione
- promuovere l'immagine dell'ospedale
- educare

I casi studio che rientrano in questa categoria raccolgono quelle realtà in cui sono stati inseriti dei progetti o delle installazioni artistiche. A differenza della categoria precedente, in questo caso non si sono andate a studiare realtà in cui ogni aspetto è stato curato a misura di bambino,

ma quegli ospedali in cui, attraverso l'inserimento di alcuni progetti, si è cercato di inserire elementi che potessero in qualche modo alleviare/distrarre il bambino durante l'esperienza ospedaliera. Non è stata fatta alcuna distinzione per quanto riguarda i destinatari dei progetti: prevedono pazienti ospedalizzati, per esempio gli arredi delle camere di reparto; pazienti ambulatoriali, ad esempio il progetto inserito nelle sale d'aspetto; famiglie ed accompagnatori (giardino sul tetto dell'edificio, sculture artistiche al di fuori dell'edificio).



Crown sky garden

- ? Spazio verde - giardino contemplativo
- + Lurie Children's Hospital
- 📍 Chicago

Di cosa si tratta

Il progetto è un giardino situato sul tetto dell'edificio ospedaliero accessibile a tutti coloro che vivono l'ospedale. Si caratterizza di pareti multicolori e boschi di bamboo. Tramite l'utilizzo di diversi colori e materiali si viene a creare un ambiente di svago in cui potersi "allontanare" dal reparto di degenza.

Elementi di interesse

Sfrutta le proprietà dei giardini contemplativi, basate su ricerche psicologiche e fisiologiche, di diminuire i livelli di stress nei pazienti. Offre, inoltre, uno spazio per tutta la famiglia lontano dalla stanza di ospedale.



Murales decorativi

- ? Murales
- + Sheffield Childrens' Hospital
- 📍 Sheffield

Di cosa si tratta

L'ospedale pediatrico di Sheffield è solo uno dei molti esempi con cui l'ambiente può essere decorato e reso più a misura di bambino. Qualsiasi tipo di ambientazione che rimandi a un mondo fantastico o ambiente naturale, aiuta il bambino a sentire il luogo più amichevole.

Elementi di interesse

L'utilizzo di murales decorativi diventa molto interessante nel momento in cui l'ambiente non possa essere riprogettato interamente ma possa solo essere rivisitato. Le pareti decorate possono, tuttavia, essere un elemento soffocante per un'utenza più adulta.



Nature trail

- ? Pannelli cinetici
- + Great Ormond Street Hospital
- 📍 Londra

Di cosa si tratta

L'ispirazione nasce dall'idea di vedere il viaggio del paziente come un "Sentiero della Natura", dove le pareti dell'ospedale diventano la tela naturale, con punti di osservazione digitale che rivelano i diversi animali. Il termine di questo "viaggio" è la sala in cui il paziente viene preparato all'intervento.

Elementi di interesse

Cura e attenzione all'emotività dei pazienti durante il percorso "fisico" fino alla sala dell'intervento. Il progetto cerca di distrarre creando un percorso rilassante ma coinvolgente che culmina nell'arrivo del paziente nella stanza anestetica.



Arredi su misura

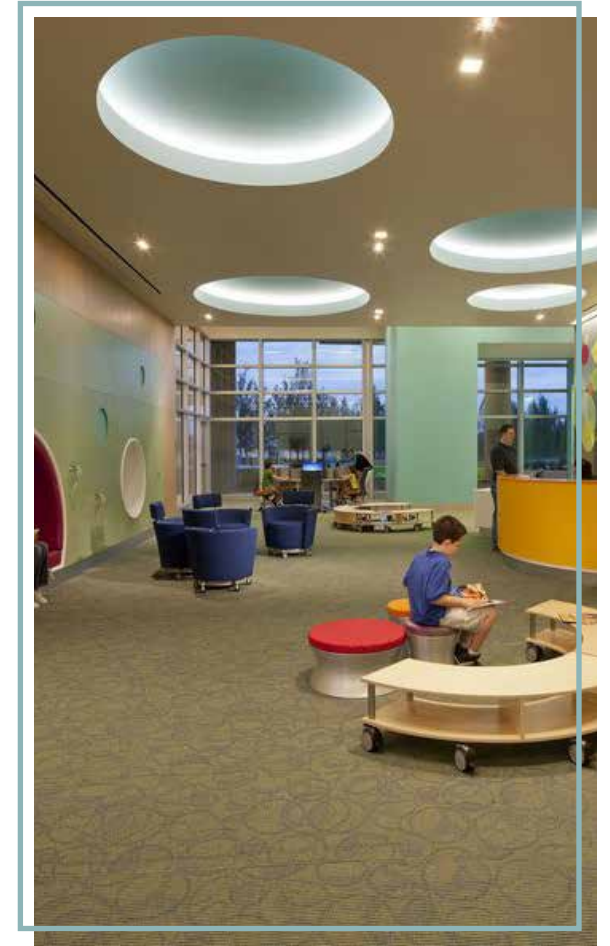
- ? Arredamento
- + Nemours Children's Hospital
- 📍 Orlando, Florida

Di cosa si tratta

Come analizzato anche nella ricerca teorica, uno dei requisiti da tenere in considerazione è il fatto che l'utenza presa in esame sia in continuo sviluppo. Tener conto delle diverse misure antropometriche dei bambini è di fondamentale importanza. L'esempio riportato è la sala lettura dell'ospedale di Orlando.

Elementi di interesse

Il bambino si sente meno frustrato a giocare in un ambiente che si adatti perfettamente alle sue necessità. Un ambiente che tenga conto delle misure ridotte del bambino è sicuramente più accogliente, sicuro e meno frustrante.



SKY hospital

? Pannelli luminosi

+ Doernbecher Children's Hospital

📍 Portland, Oregon

Di cosa si tratta

Il progetto consiste in pannelli luminosi applicati nel soffitto riproducenti immagini e colori del mondo naturale (fiori, acqua, animali, ecc.) con la finalità di distrarre i bambini allettati durante la permanenza in ospedale o durante alcune procedure mediche.

Elementi di interesse

Cercare di rilassare e distrarre il paziente non solo nelle procedure che precedono l'esame ma anche durante questo. L'esame TAC richiede una durata dai 20 ai 40 minuti, per questo un elemento distraente e riassante può essere d'aiuto.



Casi studio analoghi

Sheffield Childrens Hospital - Sheffield

ARREDI SU MISURA



Cabrini Hospital - Malvern

PANNELLI CINETICI



Royal Children's Hospital - Melbourne

MURALES DECORATIVI





ATTIVITÀ E LABORATORI

La terapia del gioco in ambiente ospedaliero può aiutare il bambino in quei momenti critici che, come visto, sono quelli a più alto livello di stress:

- prima della procedura medica, svolge un effetto preventivo sugli sviluppi negativi dell'esperienza, fornendo al bambino gli strumenti conoscitivi idonei;

- dopo l'esperienza medica, svolge un effetto di rimedio sull'ansia indotta dall'esperienza vissuta;

- durante l'intera permanenza in ospedale, svolge un effetto di rimedio sull'ansia indotta principalmente da un ambiente estraneo e dalla separazione dei familiari.

Il filo conduttore di questa categoria di casi studio è il gioco, inteso non solo in senso stretto ma anche come il gioco e la clownterapia, la musicoterapia, laboratori didattici e creativi. Sono state inserite alcune associazioni di volontariato in quanto, al momento nelle realtà italiane, sono le associazioni che maggiormente si occupano di queste attività.

Soccorso clown

- ? Clownterapia
- + Italia
- 📍 Presente in varie sedi italiane

Di cosa si tratta

Volontari formati, attraverso le diverse tecniche di clowneria, aiutano bambini e famiglie durante il percorso dell'ospedalizzazione. A seconda delle dimensioni dell'ospedale in cui operano e del paziente che seguono, gli interventi sono mirati e specifici.

Elementi di interesse

Avendone la possibilità i clown lavorano con i singoli pazienti in modo tale da costruire con il bambino e la famiglia un percorso guidato per aiutare la guarigione.



ROBO&BOBO

- ? Workshop
- + Ospedale Pediatrico Regina Margherita
- 📍 Torino

Di cosa si tratta

Robo & Bobo promuove l'alfabetizzazione nei settori del design, dell'elettronica e della programmazione, organizzando workshops per pazienti adolescenti e preteen (età 11-18) del dipartimento di oncematologia pediatrica e Centro trapianti dell'ospedale Regina Margherita, a Torino.

Elementi di interesse

Le tematiche affrontate (imparare a giocare con la tecnologia), rendono i workshop interessanti anche per ragazzi più grandi e non solo per bambini. I workshops sono comprendo diversi argomenti, supportati da un'immagine coordinata appositamente studiata.



ABIO

-  Associazione di volontariato
-  Italia
-  Presente in varie sedi italiane

Di cosa si tratta

ABIO - Associazione del Bambino In Ospedale - è un'associazione di volontariato che si occupa di prendersi cura del bambino e dell'adolescente in ospedale. Si pone come obiettivo quello di creare un ambiente accogliente, colorato, adeguato alle esigenze dei bambini promuovendo i loro diritti anche all'interno delle mura ospedaliere.

Elementi di interesse

All'interno dei reparti di pediatria in cui è presente l'associazione sono allestiti dei luoghi appositi in cui i bambini possono giocare e trovano compagnia nel gioco da parte di volontari. La presenza costante di una figura che rappresenta lo svago.



Amici della pediatria

-  Associazione di volontariato
-  Pediatria degli ospedali riuniti di Bergamo
-  Bergamo, Italia

Di cosa si tratta

Amici della pediatria è un'associazione di volontariato che ha sede a Bergamo. Ha lo scopo di agire a sostegno e ad integrazione dell'Ente pubblico per migliorare l'assistenza ai bambini ricoverati e per dare supporto alle loro famiglie offrendo un servizio di supporto permanente.

Elementi di interesse

L'Associazione avvicina genitori, operatori sanitari, insegnanti, volontari che si impegnano ad affrontare le problematiche sanitarie, psicologiche, affettive ed umane del bambino ricoverato.



CONSIDERAZIONI

L'analisi dei casi studio sottolinea alcuni aspetti importanti.

Le ricerche svolte nel capitolo precedente trovano un riscontro in quelli che sono i casi studio.

Le linee guida descritte nella teoria si rispecchiano negli ambienti analizzati: creare un'atmosfera adatta al bambino, studiare un sistema di orientamento facilmente comprensibile, studiare gli arredi e gli spazi secondo le sue esigenze, sfruttare l'immaginazione e creare attività e giochi a cui il bambino possa partecipare.

Tuttavia ci sono due aspetti problematici che emergono dall'analisi di questa raccolta.

Gli ambienti analizzati sono tutti spazi che sono stati progettati ex novo. L'applicazione degli stessi criteri non sarebbe altrettanto efficace se si dovessero ripensare gli ambienti già esistenti negli ospedali. Gli unici interventi che potrebbero essere applicati alle strutture esistenti potrebbero essere quelli in cui si prevede l'inserimento di un murales o la riprogettazione del sistema di informazione per l'orientamento.

Inoltre il bambino è il centro di ogni progetto trat-

tato. Considerando che la pediatria è un luogo sia per bambini che per adolescenti, non è possibile non notare che l'adolescente si trova emarginato all'interno di ambienti estremamente infantilizzati. Gli unici casi in cui il progetto potrebbe essere usufruito dal ragazzo, e che ne possa trarre beneficio, sono l'installazione dello spazio verde nell'edificio dell'ospedale Lurie Children's Hospital di Chicago, i sistemi di orientamento (anche se dovrebbero essere meno infantili) e l'installazione di elementi di distrazione all'interno delle camere di degenza o durante gli esami specifici, ad esempio i pannelli luminosi installati nell'ospedale Doernbecher Children's Hospital di Portland.

Un grande potenziale per i ragazzi potrebbero essere anche le attività, nonostante dovrebbero essere studiate diversamente da quelle per i bambini.

- Ambiente e percezione
- Arredo ed installazioni
- Attività e laboratori





8 | **ESPERIENZE DIRETTE**

ESPERIENZE DIRETTE

ABIO - OSPEDALE PEDIATRICO REGINA MARGHERITA (TORINO)

AGD - BOLOGNA

ABIO - Ospedale Regina Margherita

L'associazione ABIO - Associazione per il Bambino In Ospedale - è stata analizzata nei casi studio nel capitolo precedente.

L'associazione è formata da volontari che prestano servizio all'interno degli ospedali di pediatria, organizzando giochi ed attività all'interno delle sale giochi dell'associazione.

La mia esperienza in ABIO è iniziata ad ottobre 2018. La peculiarità di questa associazione, a differenza di molte altre, è che offre un corso di formazione ben strutturato che si ripresenta nelle stesse modalità in ogni sede d'Italia.

Per l'anno in cui ho prestato servizio ho frequentato i reparti di Chirurgia Generale a medio-bassa intensità, ad alta intensità e la week surgery.

Nel reparto di medio-bassa intensità sono ricoverati quei pazienti non gravi, che hanno bisogno di interventi di routine o di un periodo di ripresa post-operatorio. Il periodo di degenza in questo reparto difficilmente supera un paio di settimane.

Nel reparto ad alta intensità ci sono bambini e ragazzi in condizioni più gravi. Qui i pazienti sono spesso allettati e non in grado di lasciare autonomamente la propria camera di degenza. Lo stress percepito in questo reparto è molto più alto.

La weeksurgery ospita, come suggerisce il nome, pazienti per una settimana. In questo reparto i bambini sono ricoverati per sottoporsi ad interventi programmati e non urgenti.



Dall'esperienza diretta in questi tre reparti ho potuto avanzare delle considerazioni.

- In primo luogo gli arredi per la sala giochi sono strettamente riservati ai bambini molto piccoli: sedie, tavoli e armadi sono i complementi di arredo tipici di una scuola materna. L'adulto e il ragazzo non trovano un posto adeguato in cui inserirsi.

- Gli spazi sono molto ristretti: la sala giochi riesce ad ospitare, insieme ai volontari (circa 3 per turno), solo pochi bambini. Nel caso in cui questi abbiano apparecchi medici come flebo diventa impossibile muoversi liberamente all'interno della stanza.

La conseguenza di questo è che spesso il bambino si senta trascurato e torni nuovamente nella propria camera.

- Le decorazioni sono estremamente infantili: sebbene le camere presentino arredi abbastanza neutri, il reparto presenta decorazioni molto infantili, non adatte ad ogni tipologia di utenza. Nonostante questo si sottolinea che questi murales e disegni siano stati realizzati da realtà locali.

- Il ragazzo: così come sottolineato dalla ricerca dei casi studio, anche nella mia esperienza personale ho notato come la figura dell'adolescente sia spesso trascurata. I ragazzi a partire dai 13 anni non frequentano la sala giochi, rifiutano le visite dei volontari mantenendo la porta della loro

camera costantemente chiusa. Questo avviene, con ogni probabilità, perché si sentono troppo adulti per frequentare un luogo dedito soprattutto a bambini, o per interagire con un volontario che lo faccia giocare.

Altre considerazioni possono essere avanzate prendendo in esame i tre diversi reparti.

Nel primo reparto, quello cioè dove i bambini e ragazzi hanno la libertà fisica di frequentare la sala giochi si è notato che:

- i genitori/accompagnatori si fidano di più della figura del volontario. Nel caso in cui abbiano bisogno di una pausa o di assentarsi qualche momento, non hanno particolari remore ad affidare il figlio ai volontari, sia nella camera di degenza che in sala giochi.

- il clima è più rilassato: i bambini sono liberi di giocare in corridoio e non vi è un clima silenzioso e ovattato.

Nel reparto ad alta intensità si riscontra la situazione opposta. I genitori, data la gravità della patologia del figlio, tende a non allontanarsi. Fa accedere il volontario alla camera ma non lascia mai il bambino solo.

Il clima è più teso e silenzioso. La sala giochi è utilizzata per lo più da bambini che si trovano

ricoverati da molto tempo ed è più un aula studio.

Il reparto della week surgery è una realtà a parte. Il bambino entra in ospedale ed è subito sottoposto alla preparazione pre-operatoria. A seguito dell'intervento viene dimesso nell'arco di qualche giorno, salvo imprevisti. Per questa procedura molto veloce e studiata, la famiglia e il bambino non vivono l'ospedalizzazione in modo traumatico: sono consapevoli del fatto che non staranno a lungo.



AGD - BOLOGNA

AGD, Associazione Giovani Diabetici, è un'associazione che aiuta bambini e ragazzi a gestire la propria patologia nella quotidianità. Si appoggia al reparto del Policlinico Sant'Orsola - Malpighi di Bologna. Sono entrata in contatto con l'associazione Bolognese nel 2016.

Il diabete di tipo 1 è una patologia autoimmune che colpisce sempre più bambini e ragazzi. L'obiettivo di AGD è quello di affiancarsi alla famiglia già dal momento dell'esordio della patologia. Non è un'associazione presente in ospedale, ma il reparto di pediatria è in contatto con il centro che viene contattato nel momento in cui arriva un nuovo paziente. Le attività di supporto a bambini, ragazzi e famiglie, vengono organizzate all'interno della sede del centro. L'obiettivo è quello di aiutare il ragazzo e il bambino nella gestione della propria malattia. Questo viene cercato di raggiungere tramite attività e campi di formazione all'interno della sede dell'associazione.

Partecipando in prima persona a queste attività ed incontri mi è stato possibile avanzare alcune considerazioni.

Prima di tutto, nonostante i campi siano organizzati sia per i bambini che per i ragazzi, per quest'ultimi sono molto più formativi e utili. In secondo luogo, le attività sono molto più utili nel momento in cui non sono presenti i genitori. Ho avuto la possibilità di partecipare ad entrambe le riunioni e nel momento in cui era presente il genitore il ragazzo sembrava inibito ed imbarazzato a parlare.

Le attività, quindi, devono essere organizzate soprattutto fra coetanei, dove l'adulto è una guida e non impone la sua presenza. Nel momento in cui il ragazzo è libero di esprimersi diventa per lui molto più facile condividere le proprie emozioni. Non si sentono giudicati e il fatto di condividere la propria esperienza con qualcuno che vive la stessa situazione senza giudicarli li fa sentire compresi.



Attività formativa - campo AGD Bologna



9 | **PRIME CONSIDERAZIONI**

**a seguito delle tre fasi
di ricerca precedenti**

La ricerca si è svolta sotto tre livelli di analisi contemporaneamente:

- ricerca bibliografica
- ricerca deduttiva
- esperienza diretta

Mettendo a sistema i risultati raccolti emergono alcune considerazioni intermedie. La prima considerazione riguarda lo spazio esistente e non quelli progettati ex novo. La seconda riguarda la figura dell'adolescente ospedalizzato in pediatria.

Lo spazio esistente

La quasi totalità dei casi analizzati prevede una progettazione dell'ospedale pediatrico ex novo. Gli interventi apportati nei casi studio analizzati prevederebbero la totale riprogettazione dello spazio ospedaliero. Cercando di capire quali elementi possano essere applicati nelle strutture esistenti è emerso che: fondamentale è lavorare sul sistema di orientamento dell'ospedale, non solo della pediatria; cercare di creare un'atmosfera che sia elemento di distrazione per il bambino, tramite l'uso corretto del colore e dei materiali. Dare maggiore importanza allo spazio dedicato alla sala giochi e le relative attività. L'attività deve avere obiettivi mirati di autonomia e consapevolezza.

La figura dell'adolescente

Il reparto di pediatria accoglie neonati, bambini e ragazzi, per un'età compresa fra gli 0 e i 16 anni. Nonostante questo la pediatria è un ambiente estremamente infantilizzato che pone la figura del ragazzo in secondo piano rispetto a quella del bambino.

Nel capitolo successivo è descritta quella che è la figura dell'adolescente, cosa significa essere un adolescente ospedalizzato.

A seguito di questo si andranno ad evidenziare le differenze fra l'utenza bambino e ragazzo.

Come emergerà dall'analisi l'adolescente richiede le stesse attenzioni durante il ricovero, sia per quel che riguarda lo spazio che per quel che riguarda le attività. Da ciò che emerge fino a questo momento, l'impressione è che il ragazzo sia grande a sufficienza e che non debba richiedere attenzione rispetto al bambino.

Il lavoro che segue si pone come obiettivo quello di conciliare entrambi gli aspetti. Quali sono gli elementi su cui è possibile andare a lavorare per integrare la figura dell'adolescente all'interno di uno spazio che esiste e che non è stato originariamente pensato per le sue esigenze?





10 | LA FIGURA DELL'ADOLESCENTE

LA FIGURA DELL'ADOLESCENTE

L'ADOLESCENTE

L'ADOLESCENTE OSPEDALIZZATO

PERSONA E COSTUMER JOURNEY MAP

DIFFERENZE CON L'UTENZA BAMBINI

L'ADOLESCENTE

L'adolescenza è quella fascia di età fra l'infanzia e l'età adulta, compresa fra i 12-19 anni circa. Questo periodo non può essere definito secondo una disciplina specifica, è infatti un periodo di radicali cambiamenti sotto molti punti di vista differenti: fisico, psicologico, emotivo e sociale. È proprio l'interazione fra questi cambiamenti che va ad incidere sullo sviluppo del ragazzo. Le modificazioni fisiche hanno un'influenza ben determinata sull'adattamento sociale e psicologico dell'individuo; *"i fattori sociali influenzano le modificazione psicologiche e fisiche, i fattori psicologici si ripercuotono sia in senso sociale che psicologico"*.¹

L'importanza di ogni fenomeno isolato è abbastanza trascurabile, infatti questi aspetti vanno considerati correlati l'uno all'altro. Ad esempio, le modificazioni fisiche dell'adolescenza sono importanti ma tuttavia, l'effetto prodotto sull'intera personalità ha un'importanza notevolmente maggiore, a causa delle loro molteplici conseguenze, le quali vanno oltre il funzionamento fisico del corpo.

L'adolescenza è quella fase della vita in cui, secondo Daniel J. Siegel (condirettore del Mindful Awareness Research Center presso la UCLA), si sente la necessità, più o meno consapevole, di costruire una propria identità. Per questo motivo è importante che il ragazzo sperimenti e affermi la propria autonomia e indipendenza. Allo stesso tempo, però, è importante il bisogno che il ragazzo ha di appartenenza collettiva. Il rapporto con i pari all'interno di un gruppo è fondamentale. Uno dei punti chiave è proprio quello di riuscire a coniugare la ricerca di identità con nuove aperture sociali.

Per quanto riguarda il rapporto che la figura dell'adulto instaura con il ragazzo, deve essere alla pari. L'adolescente ha bisogno di esprimersi di essere capito. Fondamentali sono, da parte della figura adulta, la comprensione e il dialogo.

¹ Irene M. Josselyn, *L'adolescente e il suo mondo*, Giunti editore, 1964, Firenze

L'ADOLESCENTE OSPEDALIZZATO

Secondo Rossella Kuntze e Claudia Zilioli, psicoterapeute adolescenziali e autrici del testo *Adolescenti, corpo e malattia* (Franco Angeli, Milano, agosto 2005), *"L'adolescente malato si confronta con una duplice drammatica realtà: sul piano della realtà psichica si confronta con un sé ferito, sul piano della realtà esterna si misura con il lutto reale cui la malattia lo avvicina."*

Così come per il bambino, la malattia dell'adolescente incide negativamente sul suo sviluppo psicoemotivo. Va, inoltre, ad incidere sui rapporti affettivi con i genitori e la famiglia. La malattia va a modificare quei rapporti di equilibrio già molto precari durante questa fase di sviluppo del ragazzo.

Il confronto con la situazione di malattia, infatti, compromette, o rende estremamente più complesso, il percorso per il raggiungimento degli obiettivi evolutivi in cui sia l'adolescente che la sua famiglia sono impegnati.

Durante l'ospedalizzazione si nota un forte attaccamento alla figura del genitore che può portare a un rallentamento o ad un'involuzione

della crescita. La necessità di cure, la realtà delle limitazioni imposte dalle stesse, costringe il ragazzo ad avvertire un senso di inadeguatezza che si traduce che un senso di dipendenza al genitore, nonostante per il ragazzo questo sia difficile da ammettere e da accettare.

Proprio in un periodo di vita in cui il ragazzo mira all'autonomia si trova costretto a sottostare a decisioni che non gli appartengono; alla sofferenza fisica si aggiunge anche un disagio psicologico, un malumore, che spesso si traduce in rabbia, per la rinuncia forzata alle abitudini della propria quotidianità personale.

Da questa situazione ne derivano una serie di atteggiamenti oppositivi e provocatori che, soprattutto durante il ricovero, si traducono a livello comportamentale in un rifiuto verso le pratiche terapeutiche, isolamento sociale, chiusura in se stessi e rinuncia ad uno stile di vita adeguato.

Una soluzione a questa tendenza si riscontra nel fatto che la famiglia rinunci a condotte iperprotettive. In questo modo l'adolescente può giocare un ruolo importante nella propria cura, guada-

gnando fiducia in se stesso, autonomia e dimostrando a medici e familiari che è in grado di partecipare responsabilmente alla propria terapia.

Aspetto fondamentale per quel che riguarda l'adolescente è il dialogo, questa affermazione è ancora più vera nel caso in cui si tratti di un adolescente ospedalizzato.

Il ragazzo ricoverato in un reparto pediatrico non si sente preso sul serio. Il fatto di condividere la propria routine e gli spazi con bambini, in un ambiente dedicato appositamente a loro, lo porta a sentirsi considerato come un bambino, non in grado di prendere decisioni partecipate.

Il bisogno di essere considerato alla stregua di un adulto, ma allo stesso tempo essere circondato da neonati o bambini, lo porta a chiudersi in se stesso e ad isolarsi.

Per questo il dialogo è fondamentale: da un lato un dialogo con un adulto che si pone sul medesimo livello del ragazzo; dall'altro un rapporto con i propri pari con cui condividere esperienze e timori.

Aspetti pratici

Nonostante il periodo dell'adolescenza sia più ampio, un ragazzo viene ricoverato in pediatria fino ai 16-17 anni. La decisione del reparto in cui il ragazzo viene assegnato dipende dalla disponibilità della struttura ospedaliera, dalla patologia per cui si trova lì o dal tipo di intervento a cui deve essere sottoposto.

Nei reparti di pediatria, comunque, non sono presenti luoghi dedicati a ragazzi e gli spazi sono progettati per andare incontro a quelle che sono le esigenze di bambini più piccoli.

Ad esempio, le sale giochi sono fornite di attività non sempre adatte a ragazzi, gli arredi e le decorazioni del reparto hanno connotazioni spesso molto infantili. La tendenza dovrebbe essere quella di non caricare lo spazio con cliché di infanzia per farla diventare una casa dei bambini-infantile.



Esempio di arredi a misura di bambino. L'adolescente si sente fuori luogo in questo tipo di spazio.

PERSONA E COSTUMER JOURNEY MAP

Di seguito è descritta la figura del ragazzo ospedalizzato tramite l’analisi del personas e la costumer journey map. Nella CJM sono stati riportati i dati relativi al bambino per permetterne un confronto.

Entrambe le metodologie utilizzate sono state realizzate a seguito dell’esperienza diretta nei reparti sopracitata.

Le frustrazioni principali del ragazzo ospedalizzato sono riconducibili a due aspetti principali, il coinvolgimento psicologico e la permeanza in un ambiente che non gli appartiene. Riassumendole per punti risiedono nel fatto che:

- circondato da bambini, in un ambiente estremamente infantile, il ragazzo si sente paragonato ad uno di loro e non si senta quindi preso sul serio;
- il fatto di non conoscere la situazione che sta vivendo appieno;
- gli spazi e gli arredi sono a misura di bambino: il ragazzo si sente troppo grande e fuori posto;
- la presenza costante del genitore, in un ambiente in cui le sue esigenze non sono tenute in con-

siderazione, instaura nel ragazzo la sensazione di essere costantemente sotto controllo e che non vi sia fiducia in lui;

- la compresenza nella stessa camera di degenza di bambini e relativi genitori;
- l’isolamento

Dalla Costumer Journey Map, invece, è possibile notare come il livello di coinvolgimento emotivo sia sempre molto alto e contraddistinto da sentimenti negativi.

FEDERICO

Biografia

Federico non si sentiva bene da diverso tempo, è stato portato in ospedale dove, a seguito di accertamenti, gli è stato diagnosticato il diabete di tipo 1. La cugina soffre della stessa patologia, per questo motivo il ragazzo è consapevole di cosa questo comporta e ne è spaventato.

Obiettivi

Tornare a scuola in tempo per poter recuperare in modo tale da non avere il debito durante l’estate.

Frustrazioni

- Non poter gestire la giornata come vorrebbe, essere costretto a seguire la routine dell’ospedale: dagli orari di sveglia e dei pasti, agli orari delle visite.
- Consapevolezza di dover tornare spesso in ospedale per nuovi controlli. Paura di non poter più partecipare alle uscite con gli amici.



Età
15 anni

Occupazione
Scuola superiore

Causa ricovero
Patologia

Customer journey | l'adolescente

L'adolescente ospedalizzato si trova a vivere una situazione nuova che non riesce a comprendere:

- viene trattato come un bambino, si trova circondato da bambini;
- non comprende lo stato della sua salute, non sempre gli viene spiegata la propria condizione, o non adeguatamente;
- si trova limitato nelle proprie libertà ed abitudini.

L'ospedalizzazione lo porta ad uno stato di frustrazione in cui, da un lato viene trattato come un bambino, dall'altro ci si aspetta un comportamento maturo proprio su quegli aspetti della propria situazione che non riesce a comprendere (la cura, la permanenza in un reparto di pediatria, la perdita della propria autonomia).

Pronto soccorso

L'adolescente arriva in pronto soccorso, accompagnato dai genitori, consapevole della sua situazione e di ciò che sta accadendo.

Reparto pediatria

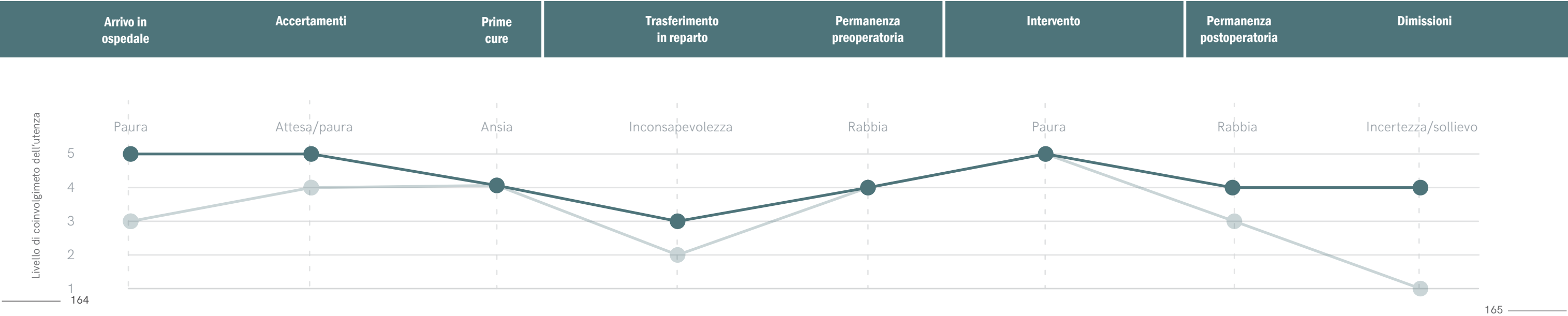
Il ragazzo si trova in un reparto pediatrico, circondato per lo più da bambini senza conoscere ancora la sua condizione.

Intervento

Non sempre necessario. Nel momento del trasferimento in sala operatoria il ragazzo si separa dai genitori. Non sempre è consapevole dei rischi.

Reparto e dimissioni

Il recupero postoperatorio avviene nuovamente in reparto. In questo momento vengono dispensate le cure e la terapia che, nel caso, il bambino dovrà seguire anche a casa.

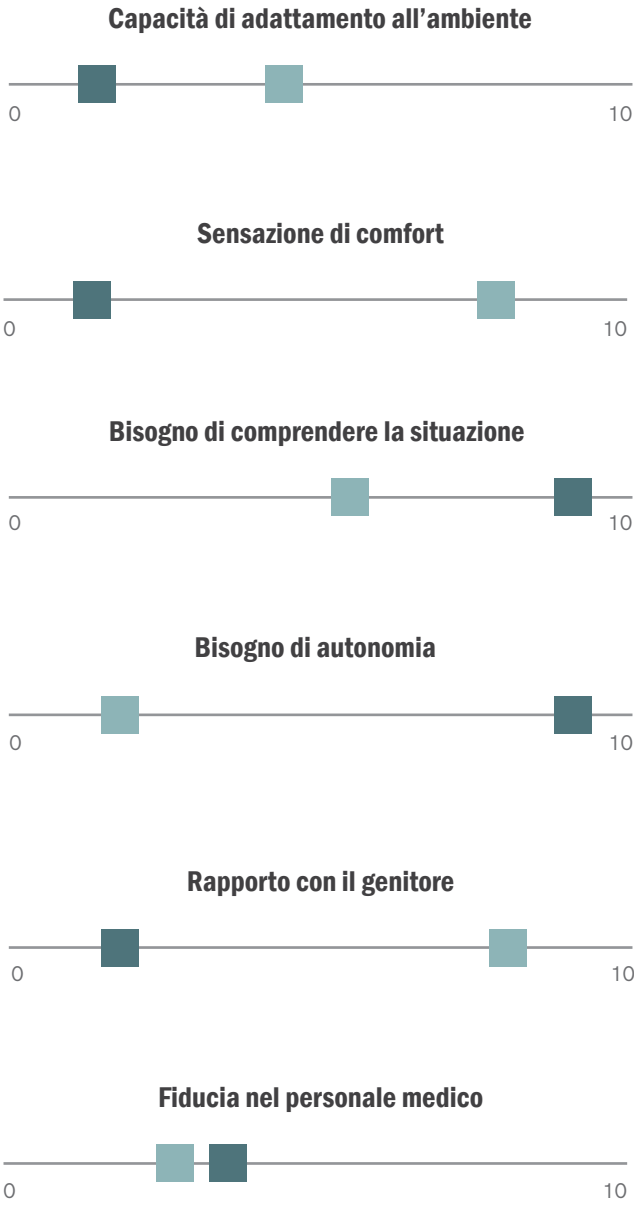
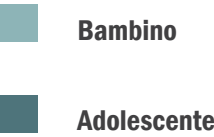


DIFFERENZE CON L'UTENZA BAMBINI

Le principali differenze che si riscontrano con il bambino possono essere suddivise in tre categorie:

- problematiche legate all'ambiente fisico
- problematiche psicologiche
- il rapporto con la figura dell'adulto, sia esso genitore o infermiere/medico.

Nello schema riportato, dove il colore azzurro rappresenta il bambino mentre il blu il ragazzo, si nota come in generale il ragazzo si trovi più in difficoltà rispetto al bambino.



Il bambino trova molte meno difficoltà ad adattarsi all'ambiente in cui si trova: giochi, colori e disegni, rendono il processo di adattamento molto più veloce, seppur non semplice.

Sotto il punto di vista dell'arredo il bambino è molto più avvantaggiato del ragazzo. Dal punto di vista del decoro il ragazzo può trovare il reparto infantile e ridondante.

Essendo il ragazzo più maturo del bambino e in grado di comprendere maggiormente la situazione, ha il bisogno che questo gli venga spiegata chiaramente. Non farlo aumenta il senso di rabbia e frustrazione nel ragazzo.

L'adolescenza è quel momento in cui inizia a presentarsi nel ragazzo un bisogno di autonomia. Il fatto di essere completamente dipendente da figure adulte porta il ragazzo ad un senso di sfiducia in se stesso ed ineguatezza.

Conseguentemente al bisogno di autonomia, il rapporto con il genitore e il bisogno della figura parentale, è molto più alto nel bambino piuttosto che nell'adolescente.

Seppur sia il bambino che il ragazzo abbiano timore nel personale, per l'adolescente la figura del medico o dell'infermiere è quella in cui ricercare risposte per la sua condizione.



11 | BEST PRACTICE

BEST PRACTICE

RESIDENZE TERAPEUTICHE

SCUOLE MEDIE E SUPERIORI

LA SCUOLA MONTESSORI

I reparti pediatrici e più in generale gli ospedali pediatrici, ospitano ragazzi fino ai 16/17 anni. Non esistono strutture dedicate al soggiorno dell'adolescente malato.

Per capire quali possano essere le caratteristiche adeguate ad una progettazione dedicata al ragazzo, sono state analizzate quelle strutture che sono dedicate esclusivamente alla fruizione da parte di questi.

Non riscontrando particolare differenza fra un caso e l'altro, considerando che è presente una certa ricorrenza e caratteristiche comuni, l'analisi è stata svolta a livello generale, citando solo ad esempio alcuni casi.

La prima scelta è ricaduta su quelle strutture terapeutiche che ospitano il ragazzo malato, in fase di riabilitazione o che ha bisogno di sostegno. Queste realtà sono quelle che più si avvicinano alla realtà ospedaliera, per questo sono state prese in considerazione. In questi ambienti un gruppo di ragazzi (solitamente non più di una quindicina), sono accompagnati da educatori, medici e infermieri in un percorso di crescita che porta ad affrontare le conseguenze derivate dalla

propria patologia.

Il periodo in residenza può variare e solitamente avviene successivamente ad una ospedalizzazione.

Il luogo per eccellenza progettato per adolescenti è la scuola. Considerando la fascia di età di un ragazzo ospedalizzato, la scuola media e superiore. La scuola non è il solo luogo di ritrovo dei ragazzi; è tuttavia quel posto in cui la maggior parte degli adolescenti si è trovata a trascorrere il proprio tempo.

Discorso diverso è quello delle residenze. Nonostante fra gli adolescenti una minima percentuale ha frequentato una struttura simile, sono quei luoghi più vicini ad un contesto medico-sanitario pensati esclusivamente per loro.

RESIDENZE TERAPEUTICHE

Le comunità residenziali terapeutiche sono realtà in cui il ragazzo viene inserito nel caso necessiti di assistenza nella propria patologia, o nella gestione di una determinata terapia.

Le residenze terapeutiche si dividono in due principali categorie. Le prime sono quelle pensate per il ragazzo a seguito dell'ospedalizzazione: il paziente trascorre ulteriore tempo in queste strutture dal momento che ha la necessità di un periodo di ripresa più lungo, o l'ospedalizzazione non è stata sufficiente per risolvere il problema (ad esempio nel caso di malattie patologiche). La seconda categoria è costituita da strutture che ospitano campi estivi. Queste strutture sono specializzate in una patologia o alternano gli ospiti in modo tale che i ragazzi possano condividere il soggiorno con coetanei nella loro stessa situazione. In questo caso il soggiorno nella struttura non supera mai le due settimane.

Le strutture possono andare ad affiancarsi alla famiglia, o a sostituirsi a questa nel caso in cui la situazione domestica non sia delle più ottimali. Le strutture di lunga degenza, presentano invece, un periodo di permanenza più lungo.

Il periodo di permanenza può variare a seconda del tipo di patologia. In molti casi le strutture ospitano ragazzi per periodi di tempo definiti e precedentemente strutturati.

La comunità terapeutica ha come obiettivo di aiutare il ragazzo a gestire al meglio la propria condizione nella vita quotidiana, per fare questo è affiancato da un'equipe di operatori composta da medici, psicologi, infermieri ed educatori. Di fondamentale importanza è il fatto che gli operatori agiscano in modo multidisciplinare nell'obiettivo di aiutare i ragazzi. Aspetto molto rilevante delle comunità è il fatto che gli adolescenti vivano insieme e si aiutino vicendevolmente: "l'adolescenza si cura con l'adolescenza", ovvero permettendo e stimolando esperienze formative adeguate all'età (Carratelli, 1998).

Il personale all'interno della struttura deve essere in grado di costruire un rapporto di fiducia con il ragazzo, cercando di essere flessibile e coerente a seconda della situazione che si ritrova davanti, sia per rispondere ai bisogni fisici e psicologici del paziente, sia perché questi tragga il più ampio

vantaggio possibile dalla figura educativa con cui si trova ad interagire.

La struttura

Le strutture non devono presentare particolari esigenze. Di fondamentale importanza è il fatto che possano garantire spazi ampi che permettano di organizzare attività per i ragazzi.

Le strutture destinate ad ospitare i ragazzi devono essere attrezzate in modo tale da permettere il pernottamento, spazi comuni, una cucina, una mensa ed un'infermeria.

Spazi

Gli spazi dedicati alle attività per i ragazzi devono essere di dimensioni sufficienti a poter ospitare i residenti nella struttura e a poter essere declinati a diverse attività.

Non si presentano con una funzione ben definita in quanto devono essere polivalenti e adattarsi a diverse circostanze.

Le camere da letto possono essere singole o predisposte in modo tale da ospitare più ragazzi. In queste camere i ragazzi sono divisi per sesso e spesso si cerca di rispettare le diverse fasce di età.

L'atmosfera in generale deve essere neutra, ma non banale, sono da evitare colori troppo accesi, elementi troppo infantili che ricordino il reparto pediatrico. Il ragazzo ha bisogno di sentirsi trattato come un adulto, e l'ambiente deve rispecchiare questo.

I luoghi in cui i ragazzi pernottano sono semplici e allo stesso tempo non devono richiamare l'ambiente clinico e asettico dell'ospedale. Questa scelta è fondamentale per poter permettere al ragazzo di personalizzare lo spazio che appartiene esclusivamente a lui. Il fatto di poter rendere lo spazio proprio è tanto più importante quanto è



La Comunità Terapeutica Riabilitativa -La NUVOLA, Brescia

più lungo il tempo di permanenza.

La personalizzazione e la cura dello spazio deve essere possibile in ogni parte della struttura. Infatti, nel momento in cui il ragazzo sente di poter aver controllo sul luogo e di poterne decidere, lo avverte come proprio e di conseguenza ci si sente a proprio agio e ne ha cura.

Attività

Le comunità terapeutiche sono luoghi in cui l'attività dedicata al ragazzo assume, ovviamente, importanza molto maggiore rispetto all'ambiente in cui si svolge. La comunità, per definizione, è un luogo in cui l'individuo, tramite l'aiuto reciproco riesce a raggiungere determinati obiettivi. In questo caso gli obiettivi sono quelli che prevedono la guarigione del ragazzo.

Le attività si svolgono secondo due modalità:

Gruppi di lavoro

I ragazzi sono organizzati in gruppi di lavoro guidati da un operatore. Questo tipo di attività sono costruttive considerato che il ragazzo, spinto dalla presenza di suoi pari, è portato a condividere le proprie esperienze e ad ascoltare quelle degli altri. L'adulto ha solo una funzione di guida all'interno dell'attività.

Così come riscontrato anche attraverso l'esperienza con AGD (vedi capitolo ricerca - esperienze dirette), l'attività per l'adolescente è molto più efficace nel momento in cui questi si trova in compagnia di propri coetanei che possano

comprendere la situazione. Nelle attività in cui è presente anche il genitore, infatti, il ragazzo non si sente libero di esprimersi e di poter condividere i propri disagi. La paura di essere giudicato o sgridato, non gli permette di aprirsi. Ciò non accade se è circondato da altri ragazzi nella sua stessa situazione.

La creazione di uno spirito identitario e di gruppo va a beneficio del paziente.

Rapporto alla pari

Il ragazzo e l'operatore interagiscono in un rapporto uno a uno. Durante queste sedute, che possono avere finalità diverse, l'adulto cerca di instaurare un rapporto e dialogo con il ragazzo. Fondamentale è il fatto che l'adulto non si ponga in modo tale che il ragazzo percepisca una sua inadeguatezza o inferiorità, ma che venga guidato passo passo a capire ciò di cui ha bisogno.

SCUOLE MEDIE E SUPERIORI

L'età dei pazienti pediatrici è compresa, come già detto, tra gli 0 e i 16 anni. Per questo motivo si sono prese in considerazione le scuole medie e le scuole superiori. Nelle prime l'età dei ragazzi è 11/12 anni fino ai 13/14, mentre nelle seconde dai 14 ai 19.

Le strutture delle scuole medie inferiori e degli istituti superiori sono, in realtà, abbastanza simili. La differenza sostanziale si trova nelle dimensioni: gli istituti superiori tendono ad essere molto più grandi a causa del fatto che ospitano più classi e sezioni.

I luoghi vissuti dal ragazzo nella scuola sono:

- l'aula
- i corridoi e/o gli atri
- l'aula magna
- la palestra
- i laboratori didattici

Spazi

Gli spazi della scuola sono ben connotati e con funzioni specifiche. L'aula è il centro della vita scolastica, vi sono due modelli: nel primo caso ogni docente ha una sua aula e le classi si ruota-



no; nel secondo caso la classe dei ragazzi rimane la medesima per ogni lezione.

Nel primo caso l'aula risulta ovviamente più personalizzata dal docente, ma proprio per questo motivo i ragazzi non la sentono come uno spazio proprio.

In entrambi i modelli, in ogni caso, gli arredi sono semplici e neutri. Questa tendenza si riscontra in ogni spazio della scuola.

In generale le caratteristiche che definiscono lo spazio della scuola media superiore sono:

- arredi neutri
- ampi spazi di socializzazione
- la funzionalità prima dell'estetica
- ripetitività

Attività

Così come per le comunità, anche per la scuola le attività risultano di maggiore importanza rispetto alla struttura. La scuola è il luogo per imparare, e a questo sono progettati gli ambienti.

(Importante è sottolineare il fatto che, in Italia, le strutture scolastiche sono molto datate).

LA SCUOLA MONTESSORI

Un riferimento importante per il mondo dell'educazione è stata Maria Montessori, educatrice, medico, neuropsichiatra infantile e pedagoga, ha creato un metodo educativo "il metodo Montessori" che è ancora oggi estremamente all'avanguardia.

Seppure il metodo Montessori sia maggiormente conosciuto per quel che riguarda l'infanzia, tratta anche della figura dell'adolescente. Questa scuola è stata presa in analisi per il fatto che pone una particolare attenzione su come deve essere configurato l'ambiente.

La scuola secondaria non viene considerata dalla Montessori solo come una fase dell'insegnamento, ma, citando l'autrice: "Io credo che rappresenti il vero centro di tutta l'educazione, il centro nel quale si deve ricercare la chiave da offrire all'umanità"(Conferenza Utrecht, 1937).

La scuola per l'adolescente deve essere considerata oltre la sola educazione, deve trasformarsi in una questione sociale ed umana. L'istituzione dovrebbe formare persone fornite di "una maggiore forza di adattabilità alle circostanze che possono cambiare da un momento all'altro. Esse debbono

senza dubbio avere una preparazione tecnica, ma devono possedere anche altre capacità. Si richiede l'adattabilità che proviene da una forte individualità. Non è più sufficiente la specializzazione, quello che è necessario è una capacità di orientarsi in questo ambiente sociale che è così complesso e al tempo stesso così interessante."

Riassumendo è necessario tenere conto di due aspetti: l'individualità e i bisogni del ragazzo, sia quelli fisici, sia quelli che provengono dall'ambiente sociale. Ne deriva il fatto che: "Si deve prendere in considerazione la personalità dell'adolescente, e questo deve essere fatto dai dottori e dai sociologi piuttosto che dagli educatori e dal punto di vista della necessità di riformare l'educazione"(Conferenza Kingsway Hall, 1939).

Un ulteriore obiettivo della scuola secondaria, per Montessori, è quello di valorizzare la personalità del ragazzo.

Per Montessori la scuola secondaria non deve essere costituita, come nella scuola per l'infanzia, un "ambiente preparato" allo scopo di creare una vita scolastica per il bambino, ma deve essere la



vita dell'adolescente ad andare a costruire l'ambiente preparato in cui questi deve fare il proprio ingresso.

L'istituto scolastico è percepito come un luogo interconnesso, in cui è necessario che l'adolescente compia esperienze di vita che gli permettano di raggiungere contemporaneamente il giusto livello di competenze fisiche, intellettuali, emotive e morali.

La finalità ultima della scuola Montessori non è la sola istruzione dell'adolescente, ma la personale esplorazione del mondo da parte del ragazzo e l'affiancamento nel comprendere il proprio ruolo nella società.

La scuola è, quindi, un ambiente preparato sia per quel che riguarda lo sviluppo educativo e sociale, ma anche per ciò che riguarda l'ambiente in sé.

L'ambiente non è un luogo statico, ma una struttura in cui l'obiettivo è apprendere attraverso il fare. Attività costruttive che per essere realizzate necessitano l'uso interconnesso derivato dai singoli studi.



La struttura scolastica

La scuola viene intesa come comunità scolastica, interconnessa con l'ambiente esterno tramite attività condotte dai ragazzi, siano queste studio, attività di ricerca o lavoro. La scuola deve essere radicata all'interno del territorio in cui opera tramite il coinvolgimento di genitori e di realtà locali. In questo modo si costruisce un senso di appartenenza e di identità del ragazzo, che lo porta ad essere utile nella propria comunità.

La classe deve essere una struttura polifunzionale. Necessario è il fatto che consenta sia lo studio individuale che il lavoro di gruppo: vengono favorite in egual misura sia la comunicazione interpersonale, sia l'isolamento volontario. Lo spazio della classe è organizzato in aree didattiche. La gestione di tale spazio è affidata agli allievi in modo da creare in loro un senso di responsabilità.

L'apprendimento è individualizzato, ogni ragazzo sceglie, concordando il percorso con genitori e insegnanti, come organizzare il proprio apprendimento. Ne consegue la tematica della libera scelta. Questa caratterizza la maggior parte delle attività di studio e di lavoro.



12 | **CONSIDERAZIONI FINALI**

CONSIDERAZIONI FINALI

CAMBIAMENTI ALL'INTERNO DEL REPARTO PEDIATRICO

PROPOSTE

CAMBIAMENTI ALL'INTERNO DEL REPARTO PEDIATRICO

In conclusione, la ricerca svolta porta ad alcune considerazioni.

Bambini e adolescenti hanno esigenze legate all'ospedalizzazione molto distanti, sia per quel che riguarda l'ambiente che li circonda, sia per ciò che concerne le attività che svolgono durante la loro permanenza nella struttura.

Come dimostrato nella ricerca, nel confronto fra casi studio e durante le esperienze dirette, emerge che la figura del bambino venga spesso messa in primo piano per ogni scelta legata all'ambiente pediatrico, discriminando dall'altra parte un paziente più adulto.

La tendenza è quella di cercare di proteggere il bambino in misura molto maggiore rispetto al ragazzo. L'adolescente in pediatria non è presente tanto quanto il bambino e soprattutto viene considerato grande abbastanza da poter gestire la situazione in modo più autonomo.

Ne consegue l'idea che il ragazzo sia considerato grande a sufficienza per gestire il periodo di ospedalizzazione adattandosi alle esigenze di bambini più piccoli, questa tendenza è tuttavia totalmente sbagliata. Il fatto di essere più vecchio

non implica semplicemente maggiori capacità di adattamento. La fase adolescenziale è un momento delicato per lo sviluppo e per questo motivo il periodo di permanenza nella struttura per il ragazzo deve tradursi in strategie adeguate. Dal punto di vista emotivo l'adolescente non si sente compreso: da un lato è considerato abbastanza adulto da doversi adattare alle esigenze dei più piccoli, dall'altro non è considerato abbastanza grande da poter avere un ruolo nelle decisioni che lo riguardano. La realtà è che il ragazzo, circondato da bambini e immerso in un ambiente infantile, non si sente preso sul serio.

Si è consapevoli del fatto che non è possibile costruire ale della struttura appositamente per il ragazzo. Proprio per questo motivo lo spazio del reparto pediatrico deve garantire il soggiorno sereno anche di questi pazienti.

Non deve avvenire, d'altro canto, un'estremizzazione in senso opposto.

La pediatria non deve essere un luogo adatto solo al ragazzo, ma deve essere in grado di conciliare le esigenze di tutti coloro che la vivono. Uno

spazio meno infantile non preclude a un bambino il suo completo utilizzo.

Per questo motivo, di seguito, sono descritti quegli ambiti su cui è possibile andare a lavorare, che ora risultano molto distanti dall'esigenza del ragazzo e che resi meno infantili non precludono al bambino di vivere in un ambiente adatto anche alle proprie esigenze.

Ambiente imparziale

Atmosfera naturale

L'atmosfera che spesso si cerca di creare all'interno dello spazio ospedaliero è un luogo che richiama la favola, elementi di fantasia. Lo stile è molto esagerato, estremamente infantile e caratterizzato da illustrazioni molto semplificate a ricordare al bambino l'ambiente del cartone animato. I colori utilizzati sono molto forti e accesi.

Per il ragazzo questo tipo di ambiente non è adatto. Le immagini che richiamano gli ambienti delle fiabe non possono andare incontro alle esigenze di un ragazzo adolescente.

Non sono da evitare completamente le illustrazioni, ma lo stile deve essere meno bambinesco.

Ai mondi di fantasia è preferibile scegliere richiami alla natura e al mondo naturale. Le illustrazioni stile cartoon possono essere utilizzate, ma non devono essere portate all'exasperazione.

La scelta della natura è un buon compromesso per tutta l'utenza coinvolta. In un luogo caratterizzato da un'atmosfera meno infantile e più legata ad un ambiente naturale, il bambino non troverebbe elementi stressogeni. Come già affrontato, gli interessi in queste età sono molto differenti fra i vari soggetti. Ne consegue che un ambiente neutro può giovare a una percentuale di utenza molto maggiore, la natura in particolare ne è un esempio.



Colore neutro

Attualmente l'atmosfera che caratterizza il reparto pediatrico è connotata da colori primari, vivaci ed accesi. La scelta di tonalità con queste determinate caratteristiche influisce sull'ambientazione. Lo stile adottato assume una connotazione ancora più marcata, rendendo gli spazi saturi. La scelta di colori estremamente vivaci è di certo la più adatta al bambino, tuttavia non rispetta le esigenze di ragazzi ed adulti che vivono il reparto.

I corridoi della pediatria, spesso interni e privi di finestre, possono risultare allo stato attuale ambienti saturi e ridondanti.

Ai colori accesi è preferibile una scelta che ricade su colori pastello, che richiamano le tinte naturali.

Un ulteriore elemento che è possibile sfruttare è quello dei materiali. Superfici naturali, come il legno, non devono necessariamente essere coperte.



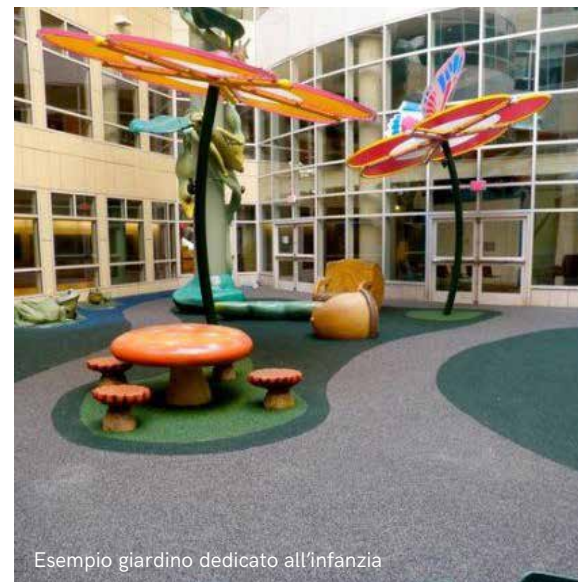


Orientamento e wayfinding

Il sistema di orientamento è forse l'aspetto che meno interessa il bambino. Difficilmente questi si troverà a dover navigare solo per l'ospedale. Nonostante questo, in ogni caso studio analizzato, anche il sistema di orientamento viene caratterizzato da illustrazioni e ambientazioni infantili. Come visto in ricerca è necessario che il linguaggio sia coerente e che venga segnalato il sistema di blocchi, reparti. A dei temi ricorrenti è preferibile un linguaggio più semplice ed intuitivo. Colori, icone e numeri sono dei mezzi adeguati per svolgere il compito. In questo modo, quando è possibile, anche il ragazzo può spostarsi all'interno dell'ospedale senza problemi ed esser più autonomo. Un sistema che preveda associazioni di elementi è fruibile da ogni tipologia di utenza. Se da un lato colore e icone sono apprezzate da un bambino, l'associazione di questi con un sistema di lettere o numeri diventerà fruibile da ogni individuo all'interno della struttura a prescindere dall'età.



Esempi sistemi di orientamento interni



Esempio giardino dedicato all'infanzia



Esempio giardino adatto ad ogni utenza

Aree verdi inclusive

Le tematiche affrontate per quel che riguarda l'atmosfera sono perfettamente coerenti con ciò che concerne lo spazio esterno, in particolare gli spazi verdi, che circondano la struttura ospedaliera. Un giardino o un cortile devono essere facilmente accessibile ed apprezzabili da chiunque frequenti l'ospedale. Nonostante questo, all'interno del cortile è possibile predisporre un'area giochi.

Spazi interni non discriminanti

Sala giochi

La sala giochi all'interno del reparto è il luogo in cui il bambino trascorre, avendone la possibilità, la maggior parte del tempo dell'ospedalizzazione. Questo è un luogo in cui esso è in grado di sentirsi a proprio agio: arredi, attività, giochi hanno tutti l'obiettivo di garantire al paziente una permanenza all'interno della struttura il più agevole possibile.

Ciò non riguarda l'adolescente.

La sala giochi del reparto è per il bambino un luogo in cui si sente a proprio agio, anche con i volontari, proprio perché in quel luogo esso si sente adeguato. Rinunciare alla sala giochi come è strutturata attualmente sarebbe una grave perdita per il paziente bambino.

L'obiettivo dovrebbe essere quello di costituire un luogo ad uso esclusivo dei ragazzi, in modo tale da offrire uno spazio in cui anche questi possano sentirsi a proprio agio.

La creazione di un luogo ad uso esclusivo dell'adolescente può portare ad alcune considerazioni. Uno spazio dedicato, che i ragazzi possano vivere e sentire proprio, diventerebbe un punto di riferimento che è possibile sfruttare nell'organizzazione di attività.

Camera di degenza

Le camere di degenza non rappresentano un problema in quanto ambiente. Spesso, infatti, non hanno la stessa forte connotazione del reparto e degli spazi comuni.

L'accorgimento che sarebbe necessario apportare risiede nel fatto di cercare di affiancare durante l'ospedalizzazione pazienti coetanei. Attualmente la soluzione è spesso, quando c'è disponibilità, di lasciare il ragazzo in una stanza non condivisa con altri. La solitudine porta il ragazzo ad avvertire un senso di esclusione ancora più accentuato. La condivisione dell'esperienza con un coetaneo va a giovare sullo stato d'animo del paziente e a facilitarne il processo di cura.



Attività idonee all'età

Le attività organizzate all'interno del reparto, come ad esempio il gioco, assumono nella maggior parte dei casi un ruolo distrattivo. Sia che si tratti di adolescenti, sia che si tratti di bambini. Contrariamente all'attuale situazione è auspicabile che le attività organizzate si prefiggano degli obiettivi ben definiti che possano andare a beneficio del paziente.

Nello specifico è necessario mettere l'accento su autonomia e consapevolezza. Ovviamente questo scopo deve essere raggiunto secondo percorsi differenziati e adatti all'età dell'utenza coinvolta. Per il bambino, cosa che attualmente accade, il percorso deve essere caratterizzato dal gioco. Imparare giocando è la migliore metodologia che

si possa utilizzare.

Per quanto riguarda l'adolescente il discorso che è necessario affrontare è più complicato.

Le attività devono puntare al lavoro di gruppo e al raggiungimento degli obiettivi preposti tramite l'aiuto e il confronto con una comunità che si viene a creare.

La figura adulta di un esperto, a seconda della situazione, è fondamentale. Fondamentale è che questi non si pongano ad un livello più alto rispetto al ragazzo, ma devono guidare il gruppo a capire autonomamente come gestire la loro nuova situazione. Le attività possono anche avere un fine terapeutico. Il gruppo di lavoro diventa uno strumento prezioso nel momento in cui si deve trattare con patologie croniche o situazioni a lungo termine.

PROPOSTE

A conclusione del percorso si è ritenuto interessante poter applicare i risultati della ricerca svolta. Ciò che è presentato in seguito sono delle proposte progettuali che permettano all'ambiente pediatrico di ricoprire un ruolo di supporto ad ogni categoria di utenza che lo vive. L'obiettivo che ci si è posti è quello di conciliare due categorie di utenza molto diverse fra loro, ma che allo stesso tempo condividono lo spazio di cura: bambino e adolescente. Le considerazioni riguardano principalmente tre ambiti su cui è possibile andare ad agire: il reparto pediatrico nel sua accezione più generale; un ambiente dedicato alla figura del ragazzo; le attività svolte all'interno dell'ospedale che hanno come centro di interesse il paziente pediatrico.

Reparto inclusivo

Secondo le considerazioni svolte nel capitolo precedente, il reparto pediatrico deve assumere connotazioni meno infantili che possano incontrare le esigenze di pazienti di età differenti. Le pareti devono essere decorate con immagini che richiamano la natura, tramite illustrazioni, che non sfocino, tuttavia in ambientazioni troppo infantili. La compresenza di scelte adatte sia ad un bambino che ad un adolescente è fondamentale. In sintesi il reparto pediatrico deve presentare le seguenti caratteristiche:

- un'atmosfera che richiami la natura
- colori neutri, preferibilmente tinte pastello
- illustrazioni che non siano eccessivamente infantili
- camere di degenza in cui i pazienti siano coetanei
- camere di degenza che non presentino alcun tipo di connotazione fiabesca, ma che mantengano una neutralità necessaria a rendere personalizzabile lo spazio all'ospite

Ambiente dedicato: aree adatte all'adolescente e ai suoi bisogni

Si propone di istituire un luogo che anche il ragazzo possa sfruttare e sentire proprio. Come esiste una sala giochi per il bambino è necessario che anche l'adolescente possa usufruire di uno spazio apposito. L'ambiente deve essere estremamente neutro e deve essere un luogo di cui l'adolescente possa prendersi cura, in questo modo lo avvertirà come proprio e si sentirà a proprio agio. L'ambiente dedicato deve essere un luogo polifunzionale, adatto ad organizzare attività, ospitare incontri e come spazio in cui il ragazzo possa slegarsi dalla vita del reparto.



Attività distinte per le diverse fasce d'età

Creando spazi appositi e distinti per il ragazzo e il bambino è possibile creare attività dedicate e differenziate a seconda delle esigenze. Nel dettaglio, le attività per il ragazzo devono puntare alla consapevolezza della propria nuova condizione e all'autonomia. Per raggiungere tali obiettivi si propongono tre metodologie di lavoro: lavori di gruppo tra coetanei guidati da una figura adulta. Favorire la condivisione delle proprie esperienze aiuta l'adolescente a sentirsi maggiormente coinvolto e meno escluso dal reparto; condivisione di esperienze con ragazzi che vivono la stessa situazione. Queste attività sono particolarmente utili nel momento in cui la malattia in questione è una patologia cronica. Queste attività possono coinvolgere pazienti ospedalizzati o ambulatoriali. Condividere il proprio stato d'animo con qualcuno che vive la stessa situazione, aiuta l'adolescente a comprendere maggiormente la propria malattia e a viverla in modo meno traumatico; attività che coinvolgano allo stesso tempo bambini e ragazzi. La partecipazione di bambini più piccoli è favorita dall'aiuto e dall'imitazione dei "moderatamente" più grandi, mentre l'apprendimento e l'autostima dei più grandi sono rafforzati dall'aiuto dato ai più piccoli.



13 | CONCLUSIONI

CONCLUSIONI

CONCLUSIONI

L'umanizzazione dello spazio di cura è un percorso che deve coinvolgere a più livelli le realtà che operano all'interno dell'ospedale. Il processo deve interessare l'utenza che opera all'interno della struttura, i pazienti, i familiari. Il coinvolgimento deve avvenire sotto diversi punti di vista, sia da quello emotivo e psicologico che dal punto di vista fisico.

Per perseguire questo obiettivo è necessario che gli spazi dell'ospedale siano adeguati e progettati adeguatamente e con consapevolezza.

Questa affermazione è ancora più vera se l'utenza presa in considerazione è quella pediatrica.

Tramite gli studi svolti sono state analizzate quali siano le migliori scelte per rendere lo spazio di cura e l'esperienza dell'ospedalizzazione adatta ad un bambino.

Da queste analisi sono emerse, tuttavia, alcune considerazioni. In primo luogo come può essere possibile migliorare uno spazio pediatrico esistente applicando le best practice individuate. In secondo luogo ci si è interrogati sulla figura dell'adolescente ricoverato all'interno di un ospedale pediatrico. Più nel dettaglio, come il ragazzo

e il bambino possano condividere lo stesso spazio e come questo possa essere adatto alle esigenze di entrambi.

Infine, a seguito di ulteriori ricerche, si è giunti alla conclusione che il reparto pediatrico debba cercare di conciliare le esigenze di entrambi. Un ambiente meno infantilizzato non implica il fatto che il bambino non possa viverlo nel migliore dei modi, al contrario, un ambiente estremamente infantile impedisce al ragazzo di sentirsi pienamente a proprio agio.

Sono stati elencati gli accorgimenti legati all'ambiente e quelli legate allo spazio pediatrico che ne rendano la fruizione adatta ad ogni categoria di utenza.

Per concludere la tesi sono state avanzate delle proposte concrete che mirano al compimento dell'obiettivo posto in principio di rendere lo spazio di cura, in particolare la pediatria, uno spazio che limiti al massimo i fattori stressogeni e che metta al centro il benessere di ogni suo paziente.



14 | RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Umanizzazione

Barjas Negri, *Il processo di umanizzazione dei servizi sanitari: L'esperienza del Programma Nazionale di Umanizzazione dell'assistenza ospedaliera (PNHAH)*, 24 agosto 2012

D. Kirk Hamilton, M. McCuskey Shepley, *Design for Critical Care - An evidence based approach*, Architectural Press (Elsevier Linacre House), Oxford, 2010

https://search.proquest.com/docview/1700713020?rfr_id=info%3Axri%2Fsi-d%3Aprimo

Falcitelli Trabucchi Vasara, *L'Ospedale del futuro*, Il Mulino

F.Di Carra, *L'Ospedale rovesciato: uno spazio che cura anche ogni dettaglio*, Maggioli Editore, 1999

Cilliers, *Complexity and Postmodernism: Understanding complex system*, Routledge, London, 1998

<http://www.fupress.net/index.php/techne/article/viewFile/16127/15094>

Obiettivo

C. Catananti, A. Cambieri, *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il pensiero scientifico, 2000

F. R. Prodi, A. Stocchetti, *L'architettura dell'ospedale*, Alinea Editrice, Firenze, 1990

J. Malkin, *Hospital Interior Architecture*, 1992

F. Spinelli, E. Bellini, P. Bocci, R.Fossati, *Lo spazio terapeutico*, Alinea editrice, Firenze, 1994
P.Mello, *L'ospedale ridefinito - soluzioni e ipotesi a confronto*, Alinea Editrice, Firenze 2010

Marco Maiocchi, *Design e comunicazione per la Sanità*, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna (RN), ottobre 2008

D.Bosia, G. Darvo, *Le linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura*, TECHNE 2015

Il contesto

R. Ulich, *Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes*, 2000

<http://suem.ulss.tv.it/EACH.html>

http://www.malattierare.cittadinanzattiva.it/files/convenzione_sui_diritti_dell_infanzia.pdf

<http://www.lencipsicoterapia.com/elastic-blog/>

diritto-di-essere-bambino-adolescente-in-ospedale/

Giorgio Bartolozzi, *Pediatria. Principi e pratica clinica*, Edra Masson, 2013

Tom Lissauer, Will Carroll, *Manuale di pediatria*, Edra, marzo 2018

Karen J. Marcdante, Robert M. Kliegman, *Nelson. Manuale di pediatria*, Edra, 2019

Francesca Mugnai, *Gli interventi assistiti con gli animali nell'area pediatrica*, Angeli, maggio 2017

Analisi dell'utenza

Romano Del Nord, *Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico - indirizzi tecnici e suggestioni architettoniche*, Motta Architettura, Milano, settembre 2006

Anna Maria Giovenale, *Qualità degli spazi e prevenzione dello stress - Indirizzi tecnici per la progettazione del Day Hospital*, Alinea Editrice, Firenze, 2006

Skipper Jr., James K. Leonard, Robert C. *Children, stress, and hospitalization: A field experiment*

Skipper, J. K., Jr., & Leonard, R. C. (1968).

Children, stress, and hospitalization: A field experiment. Journal of Health and Social Behavior, 9(4), 275-287

Prugh, Dane G. Staub, Elizabeth M. Sands, Harriet H. Kirschbaum, Ruth M. Lenihan, Ellenora A.

<http://psicodialogando.it/il-bambino-ospedalizzato-emozioni-e-reazioni-dal-bambino-alla-famiglia/>

Prugh, Dane G. Staub, Elizabeth M. Sands, Harriet H. Kirschbaum, Ruth M. Lenihan, Ellenora A. *A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness*

Imelda Coyne, *Children's Experiences of Hospitalization*, dicembre 2006

Margaret E. Wilson, Mary E. Megel, Laura Enenbach, Kimberly L. Carlson, *The Voices of Children: Stories About Hospitalization*, Australia, Luglio 2007

Titler MG, Cohen MZ, Craft MJ, *Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children, and nurses*, Marzo, 1991

Anthony Spirito, Lori J. Stark & Vida L. Tyc, *Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children*, Giugno

Criteri e strumenti di progetto

Romano Del Nord, *Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico - indirizzi tecnici e suggestioni architettoniche*, Motta Architettura, Milano, settembre 2006

D. Kirk Hamilton, M. McCuskey Shepley, *Design for Critical Care - An evidence based approach*, Architectural Press (Elsevier Linacre House), Oxford, 2010

Analisi casi studio

<https://3xn.com/project/copenhagen-childrens-hospital>

<https://homeadore.com/2012/10/16/royal-childrens-hospital/>

<https://construction.seattlechildrens.org/2013/01/seals-and-beavers-and-squirrels-oh-my-hospital-wayfinding-changes-are-right-on-schedule/>

<https://www.urbnexplorer.com/2012/05/10/your-first-look-at-lurie-childrens-hospital-2/>

luriechildrens.org/

<http://www.h.u-tokyo.ac.jp/english/centers-services/>

<ttp://www.jasonbruges.com/art/#/nature-trail/>

skyfactory.com/

<https://www.auslromagna.it/notizie/item/1858-evento-inaugurazione-goccia-blu>

<https://www.soccorsoclown.it/it/primo-servizio-clown-ospedalieri-italia/la-nostra-missione/>

<https://abio.org/>

<http://www.amicidellapediatria.it/it>

<https://www.designboom.com/architecture/mikyoung-kim-inserts-crown-sky-garden-in-to-chicago-hospital-12-28-2013/>

<https://www.buzzfeed.com/tblacklabel/most-colorful-childrens-hospitals-from-around-the-28m7>

<https://www.urbnexplorer.com/2012/05/10/your-first-look-at-lurie-childrens-hospital-2/>

<https://www.designboom.com/architecture/3xn-reveals-proposal-award-winning-childrens-hospital-copenhagen-09-01-2017/>

www.designaround.org/roboandbobo/

<https://www.childrenwithcancer.org.uk/about-us/what-we-do/welfare-projects/bristol-royal-hospital/>

<https://www.rchsd.org/>

<https://www.pediatriaamisuradibambino.org/chi-siamo/la-nostra-storia/>

<https://www.ncchd.go.jp/en/>

Adolescenza

Jean Piaget, *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, piccola editoria einaudi, 1967, Torino

Irene M. Josselyn, *L'adolescente e il suo mondo*, Giunti editore, 1964, Firenze

Irwin and Shafer
<https://www.webmd.com/baby/features/new-healthcare-for-teens#1>

https://www.researchgate.net/profile/Francesco_Vierucci/publication/289949832_Osteoporosis_in_children_and_adolescents/links/569929a908ae748dfaff44cf/Osteoporosis-in-children-and-adolescents.pdf#page=4

https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=oG-QTy44cF6YC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Adolescenza+ospedalizzato&ots=y5_JdawVh8&sig=YdY4rkE7k29aIPd8jgTXTo72YDw#v=onepage&q=Adolescente%20ospedalizzato&f=false

http://www.notedipastoralegiovanile.it/images/QUESTIONI/Percorsi_di_vita_dei_giovani.pdf

<http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-49-articolo-583.htm>
<http://www.psychiatryonline.it/node/1277>

<https://lookformedical.com/it/definitions/adolescence>

scente-ospedalizzato

R. Ulich, Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes, 2000

<https://www.newportacademy.com/resources/mental-health/teen-depression-study/>

<https://www.pewinternet.org/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018/>

Best Practice

A.Acerbi, M. Giuliani, D. Martein, *Spazi ludici - 30 progetti per aree gioco in interni e all’aperto*, Maggioli Editore, Rimini, 1997

B. Weyland, S. Attia, *Progettare scuole - tra pedagogia e architettura*, Guerini scientifica, Milano, gennaio 2015

P. C. Lippman, *Evidence-Based design of elementary and secondary schools*, Wiley, Hoboken, New Jersey, 2010

<http://www.ilpontecivitavecchia.it/comunita-terapeutica-per-minori-e-adolescenti/>

<http://www.psychiatryonline.it/node/1073>

<http://www.grupporedancia.it/tuga1/>

http://www.tempiespazi.it/spazi/09_dec/htm/05.htm

Grazia Giulia Cocina, *Umanizzazione delle strutture ospedaliere: analisi configurazionali degli spazi ed esigenze culturali degli utenti per un approccio progettuale innovativo*, 2016

Stefania del Giorno, *L’umanizzazione dell’ospedale*, Relatore: E. Monzeglio, dicembre 2004

www.lencipsicoterapia.com/.../diritto-di-esse-

re-...scente-in-ospedale

iohosconfittolaleucemia.blogspot.com/.../sintesi-della-cart...i-diritti-del.html

www.politesi.polimi.it/.../1/2013_03_PhD_Tirani.pdf

materialdesign.it/.../it/patrizia-mello_15_54.htm

[www.aopi.it/.../PDFs/Carta dei diritti dei bambini.pdf](http://www.aopi.it/.../PDFs/Carta%20dei%20diritti%20dei%20bambini.pdf)

www.dirittoeconsulenza.it/.../normativa/carta-diritti-bambino

http://www.elisabettaturano.it/files/fiore-ile-nia_tesi.pdf

<https://www.news-medical.net/health/A-Brief-History-of-Pediatrics.aspx>

<https://www.news-medical.net/health/Pediatrician-Role-Education-Training-Subspecialties.aspx>

Immagini

<https://5.beylikduzuilan.com/pin/197173289913951506>

<http://golem13.fr/royal-london-childrens-hospital-vital-arts/>

<https://www.mobmasker.com/childrens-interior-design-ideas/children-interior-design-37/>

<https://www.mobmasker.com/childrens-interior-design-ideas/>

<https://www.futuristarchitecture.com/31178-classroom.html>

<https://www.archdaily.com/909319/ann-and-robert-h-lurie-childrens-hospital-of-chicago-zgf-architects-plus-scb-architects-plus-anderson-mikos-architects/5c38e6da08a5e53f9d000023-ann-and-robert-h-lurie-childrens-hospital-of-chicago-zgf-architects-plus-scb-architects-plus-anderson-mikos-architects-photo>

<http://www.closerdesign.it/2016/05/illustrazione-grafica-e-wayfinding-per-un-ospedale-pediatrico/>

<https://www.australiandesignreview.com/architecture/royal-children%E2%80%99s-hospital/>

<https://www.sheknows.com/health-and-wellness/articles/814733/america-s-top-pediatric-hospitals-1/>

https://www.seattlechildrens.org/uploadedImages/Seattle_Childrens/About_Us/Wayfinding/wayfinding_landingpg.jpg

<https://www.indesignlive.com/projects/royal-childrens-hospital-by-blbs#axzz1s9aaJ-muG>

<https://www.futuristarchitecture.com/7170-playgrounds.html>

<https://www.archdaily.com/878914/3xn-wins-competition-for-copenhagen-childrens-hospital-with-playfully-logical-design/59a97ac1b22e38287b0005a1-3xn-wins-competition-for-copenhagen-childrens-hospital-with-playfully-logical-design-image>

<http://archive.jsonline.com/business/by-turning-medical-scans-into-adventures-ge-eases-childrens-fears-b99647870z1-366161191.html>

<https://www.designboom.com/architecture/lyons-conrad-gargett-lady-cilento-childrens-hospital-brisbane-australia-01-22-2015/>

<https://5.beylikduzuilan.com/pin/454371049882280397>

<https://www.mobmasker.com/childrens-interior-design-ideas/>

https://www.whatisblik.com/blogs/projects/57400836-mattel-childrens-hospital-phase-1?utm_medium=Social&utm_source=Pinterest

https://www.whatisblik.com/blogs/projects/57400836-mattel-childrens-hospital-phase-1?utm_medium=Social&utm_source=Pinterest#&gid=1&pid=2

<https://3xn.com/project/copenhagen-childrens-hospital>

<https://homeadore.com/2012/10/16/royal-childrens-hospital/>

<https://construction.seattlechildrens.org/2013/01/seals-and-beavers-and-squirrels-oh-my-hospital-wayfinding-changes-are-right-on-schedule/>

<https://www.urbnexplorer.com/2012/05/10/your-first-look-at-lurie-childrens-hospital-2/>

luriechildrens.org/

<http://www.h.u-tokyo.ac.jp/english/centers-services/>

[ttp://www.jasonbruges.com/art/#/nature-trail/skyfactory.com/](http://www.jasonbruges.com/art/#/nature-trail/skyfactory.com/)

<https://www.auslromagna.it/notizie/item/1858-evento-inaugurazione-goccia-blu>

<https://www.soccorsoclown.it/it/primo-servizio-clown-ospedali-italia/la-nostra-missione/>

<https://abio.org/>

<http://www.amicidellapediatria.it/it>

<https://www.designboom.com/architecture/mikyoung-kim-inserts-crown-sky-garden-into-chicago-hospital-12-28-2013/>

<https://www.buzzfeed.com/tblacklabel/most-colorful-childrens-hospitals-from-around-the-28m7>

<https://www.urbnexplorer.com/2012/05/10/your-first-look-at-lurie-childrens-hospital-2/>

<https://www.designboom.com/architecture/3xn-reveals-proposal-award-winning-childrens-hospital-copenhagen-09-01-2017/>

www.designaround.org/roboandbobo/

<https://www.childrenwithcancer.org.uk/about-us/what-we-do/welfare-projects/bristol-royal-hospital/>

<https://www.rchsd.org/>

<https://www.pediatriaamisuradibambino.org/chi-siamo/la-nostra-storia/>

<https://www.ncchd.go.jp/en/>



POLITECNICO
DI TORINO