

**Matteo Galise**

**LA DIMENSIONE  
UMANIZZATA DEGLI SPAZI  
PER LA SANITÀ**

---

**IL CASO DEI MAGGIE'S CENTRE**

# Politecnico di Torino

Corso di Laurea Magistrale  
in Architettura Costruzione Città

Tesi di Laurea Magistrale  
La dimensione umanizzata degli spazi per la sanità  
Il caso dei Maggie's Centre



Relatore: Prof. Riccardo Pollo  
Correlatrice: Arch. Elisa Biolchini  
Candidato: Matteo Galise

# INDICE

<b>Introduzione</b>	P. 6
<b>I. LA FLESSIBILITÀ NELLA SANITÀ</b>	P. 8
<b>1. La flessibilità nell'architettura sanitaria</b>	P.9
1.1. Fasi e tipi di flessibilità	P. 10
1.2. Livelli e strategie	P. 12
1.3. Principi ed approcci progettuali	P. 14
<b>2. La flessibilità nel sistema ospedaliero territoriale</b>	P. 19
2.1. Un quadro di riferimento per la riconfigurazione del sistema ospedaliero	P. 20
2.2. La messa in rete della filiera della salute	P. 23
2.3. Il rapporto tra le strutture sanitarie ed il territorio	P. 27
2.4. La flessibilità nella rete delle strutture sanitarie	P. 29
<b>II. UNA NUOVA DIMENSIONE NELLA SANITÀ</b>	P. 33
<b>1. La centralità della Persona nella Sanità</b>	P. 34
1.1. Dalla cura delle malattie alla promozione della salute	P. 35
1.2. L'Empowerment della persona per la promozione della salute	P. 37
1.3. La comunicazione negli spazi di cura	P. 40
<b>2. La centralità della Persona negli spazi di cura</b>	P. 45
2.1. L'importanza del controllo dello spazio per il paziente	P. 46
2.2. L'impatto della luce sul benessere del paziente	P. 48
2.3. Gli stimoli del paesaggio e della natura sul paziente	P. 50

<b>III. UNA DIMENSIONE DOMESTICA PER I CENTRI SOCIO-SANITARI</b>	P. 54
<b>1. Il Meggie's Centre: un modello per l'Architettura al servizio della Salute</b>	P. 55
1.1. Una struttura sanitaria in scala domestica	P. 56
1.2. La struttura organizzativa della rete assistenziale Maggie's Centre	P. 59
1.3. L'assistenza e il supporto alla persona malata di cancro	P. 61
<b>2. Le indagini</b>	P. 64
2.1. Classificazione degli utenti e il loro profilo	P. 65
2.2. Il quadro esigenziale utilizzato	P. 67
2.3. La selezione del campione	P. 71
2.4. Le schede di analisi	P. 73
Maggie's Barts, Steven Holl Architects, 2017	P. 74
Maggie's at The Royal Marsden, Ab Rogers Design, 2019	P. 84
Kálida Sant Pau Centre, Miralles Tagliabue EMBT, 2019	P. 96
Maggie's Leeds, Heatherwick Studio, 2019	P. 106
2.5. I risultati delle analisi qualitative	P. 115
2.6. I risultati delle analisi quantitative	P. 125
<b>Conclusioni</b>	P. 126

# INTRODUZIONE

La transizione demografica ed epidemiologica del nostro Paese, con una popolazione formata sempre più da anziani, spesso non autosufficienti e con malattie croniche, ci obbliga a ripensare l'offerta sanitaria secondo approcci e servizi innovativi nella concezione. Va compiuta una rivoluzione: va messo al centro del sistema sanitario il cittadino.

Bisogna lavorare in una logica di ecosistema, pensando al sistema sanitario non più formato da grandi cattedrali nel deserto, cioè composto da grandi nosocomi isolati nel territorio e chiusi come fortini, ma come un sistema organizzato di strutture a misura d'uomo, presenti sul territorio, interconnesse tra loro, in grado di mobilitare soggetti, risorse e competenze diverse per arrivare a soluzioni ottimali per il cittadino.

Stiamo assistendo ad un umanesimo nella sanità: l'empowerment del *Paziente* in *Persona* sta producendo un'evoluzione del concetto di salute con nuovi approcci alla cura, nuovi modi di comunicare nella sanità e conseguentemente nuovi spazi della sanità.

Sulla base di questa premessa è indispensabile focalizzare l'attenzione sull'evoluzione del rapporto che concorre tra strutture sanitarie e il progresso delle esigenze sanitarie, in modo da comprendere come il sistema sanitario territoriale del futuro possa essere flessibile, resiliente al cambiamento e umanizzato. L'umanizzazione è un tema più che mai attuale, ma che ha guadagnato l'attenzione dei progettisti sanitari ormai da molto tempo. Questi ne hanno fatto materia di studio e ricerca, traducendoli in nuovi standard e nuove specifiche per l'ambiente costruito. La tesi si compone di tre capitoli e esplora da diverse prospettive l'umanizzazione degli spazi per la sanità, sia da un punto di vista teorico-concettuale che dello stato dell'arte dell'architettura contemporanea, attraverso l'analisi di alcuni casi studio.

Nel primo capitolo sono stati approfonditi i principi della flessibilità applicata all'architettura sanitaria, con le sue fasi, tipi, livelli, strategie ed approcci progettuali. Inoltre, per poter analizzare completamente il concetto di flessibilità applicato alle strutture sanitarie si deve comprendere il ruolo dell'ospedale all'interno della rete dell'assistenza sanitaria territoriale, ponendo però particolare attenzione alla sua flessibilità e attitudine al cambiamento verso le esigenze di un territorio mutevole.

Nel secondo capitolo vi è un excursus sull'evoluzione delle esigenze di salute e benessere delle persone e la conseguente trasformazione delle scienze mediche. Questa progressione nella medicina è segnata come il passaggio dal modello bio-medico al modello bio-psico-sociale, in cui l'empowerment del paziente viene ottenuto, tra gli altri modi, attraverso nuove forme di comunicazione nella sanità. Nella seconda parte del capitolo ho analizzato come la

progettazione degli ambienti sanitari sia stata influenzata da questo progresso. In particolare l'analisi è basata sul concetto di *umanizzazione* degli spazi di cura, approfondendo la psicologia ambientale e alcuni dei fattori che influiscono sul benessere percepito da parte degli utenti.

Il terzo capitolo è sviluppato con l'obiettivo di comprendere lo stato dell'arte attuale in materia di umanizzazione degli spazi per la sanità, attraverso l'analisi di organismi architettonici realizzati. Nonostante vi sia una notevole quantità di esempi di edifici ospedalieri che pongono particolare attenzione ai principi dell'umanizzazione degli spazi, lo stesso non si può dire per le strutture sanitarie territoriali per le quali c'è una limitata disponibilità di casi studio, specialmente in Italia. Il mio lavoro di ricerca si sofferma sull'analisi delle strutture specializzate nel supporto alle persone malate di cancro, che fanno parte della rete territoriale dell'associazione benefica Maggie's Centres. In questa sezione porto avanti un'analisi critica al fine di definire le caratteristiche ambientali fondamentali di queste straordinarie strutture sanitarie e di confrontarle con gli standard di umanizzazione ricavati dalla letteratura. Per questo motivo vengono svolte analisi con metodiche di tipo indiretto quanti-qualitativo, in modo da confrontare gli oggetti architettonici con i differenti requisiti di umanizzazione e di qualità degli ambienti, in maniera organizzata e scientifica.

La lettura critica dei risultati di analisi permetterà di comprendere se le caratteristiche di tali strutture possano essere prese come base del nuovo paradigma di riferimento per l'innovazione del sistema sanitario del futuro, cioè un sistema costruito intorno alla persona, che sia capace di promuovere la salute del territorio in maniera efficace ed efficiente al sopraggiungere di cambiamenti sociali, economici, scientifici ed epidemiologici.

# I. LA FLESSIBILITÀ NELLA SANITÀ

## 1. La flessibilità nell'architettura sanitaria

Gli ospedali sono degli organismi edilizi molto articolati negli spazi e nelle funzioni, in cui il rapporto causa-effetto che corre tra innovazione ed evoluzione morfologica risulta evidente. Attualmente è impensabile che un ospedale venga ideato e considerato come un oggetto statico e finito nel momento della sua realizzazione, ma sin dalle sue origini deve essere in grado di adattarsi continuamente e ripetutamente alle innovazioni tecnologiche e scientifiche e al cambiamento del territorio circostante. Di conseguenza, i progettisti devono ricorrere alla flessibilità come requisito fondamentale di progettazione per gli attuali e futuri sistemi ospedalieri, per rispondere in modo olistico ad esigenze presenti e future.

In questo primo capitolo innanzitutto sono illustrati i principi della flessibilità applicata all'architettura sanitaria, con le sue fasi, tipi, livelli, strategie ed

approcci progettuali. Inoltre, per poter analizzare in modo accurato il concetto di flessibilità applicato alle strutture sanitarie e riuscire ad avere un quadro esigenziale-prestazionale più chiaro, bisogna condurre un'indagine multi-scalare decisamente più vasta e al di sopra del singolo organismo architettonico. L'ospedale infatti non può più essere considerato come un organismo autonomo, cioè isolato rispetto al territorio circostante, ma al contrario, va inteso come parte integrante di un sistema più vasto fatto di strutture sociosanitarie che insieme concorrono alla tutela della salute del cittadino. In quest'ottica è stato analizzato il ruolo dell'ospedale all'interno della rete dell'assistenza sanitaria territoriale, prestando particolare attenzione alla flessibilità del sistema e alla sua attitudine al cambiamento verso le esigenze di un contesto mutevole.

Stiamo vivendo un periodo in cui il ritmo del cambiamento accelera. La nostra epoca è segnata da profonde e veloci trasformazioni sociali, come: la continua innovazione tecnologica, le grandi scoperte scientifiche, il cambiamento dei trend epidemiologici che vedono l'aumentare delle malattie degenerative e croniche, il miglioramento di prospettiva e qualità della vita. Tutti questi aspetti delineano nuove e specifiche esigenze sanitarie, non solo di carattere tecnologico-scientifico ma anche connesse ai bisogni sociali e di benessere. Tali condizioni fanno sì che un edificio sanitario sia già inappropriato a pochi anni dalla sua realizzazione (Mauri 2015).

Per questo, tra gli edifici più complessi in assoluto, ci sono le strutture ospedaliere. Sono architetture in continua evoluzione, caratterizzate da utenze diversificate e da molteplici funzioni svolte nello stesso luogo. Ne risultano organismi edilizi molto articolati negli spazi in cui il rapporto causa-effetto che corre tra l'innovazione ed evoluzione morfologica risulta rapida ed evidente. Di conseguenza, i progettisti devono ricorrere alla flessibilità come requisito fondamentale di progettazione per gli attuali e futuri sistemi ospedalieri, per rispondere in modo olistico ad esigenze presenti e future.

*“La flessibilità in architettura si configura come la capacità di un edificio di adattarsi a esigenze spaziali, gestionali e funzionali mutevoli nel breve, nel medio o nel lungo periodo. Tale propensione alla trasformazione, alla versatilità della struttura e all'elasticità nella sua gestione può essere assicurata soltanto da un sistema edilizio che sia preventivamente concepito, studiato e quindi progettato secondo criteri tecnologici, strutturali ed impiantistici appositamente finalizzati alla flessibilità del sistema stesso”* (Capolongo 2012).

La ricerca nel settore dell'edilizia sanitaria, in questi ultimi anni, sta sviluppando sistemi altamente adattabili sia a livello tecnologico, strutturale e impiantistico, che a livello funzionale. Per avere strutture che siano flessibili, con questa capacità intrinseca di modificare il proprio assetto geometrico o funzionale, che permettono trasformazioni anche radicali senza dover intervenire con operazioni invasive, onerose e d'impatto sull'assetto generale della costruzione, risultano essere determinanti i componenti, le tecnologie costruttive e le tecniche di assemblaggio. Una struttura sanitaria altamente adattabile, infatti, assicura un'adeguata e continua fruibilità dell'organismo edilizio nel tempo, permettendo distruzioni e rifacimenti costruttivi, senza interferire sul normale svolgimento dell'attività sanitaria.

*“La flessibilità prevede nella sua accezione principale, la possibilità di diversificazione dell'ambiente in rapporto alla eterogeneità dei bisogni del fruitore”* (Capolongo 2012). Pertanto la persona, deve essere il punto di riferimento attorno al quale ruota la progettazione sanitaria. Ogni aspetto della struttura deve essere finalizzato verso il completo benessere fisico, sociale e psicologico di tutti gli utenti della struttura stessa. Questi ultimi non sono solo pazienti, visitatori, personale sanitario e tecnico-amministrativo per i quali l'ospedale di per sé risulta essere un luogo di lavoro altamente complesso, ma anche tutti gli utenti delle nuove e sempre crescenti funzioni che vengono assimilate dalle strutture

sanitarie. L'ospedale moderno deve essere considerato un luogo aperto, capace di integrarsi con il contesto socio-culturale, attraverso attività di carattere non esclusivamente ospedaliero ma anche con attività sociali, di intrattenimento, culturali o commerciali, con spazi collettivi di accoglienza e permeabili alla quotidianità esterna.

Attualmente è impensabile che un ospedale venga ideato e considerato come un luogo statico ed isolato, ma sin dalle sue origini deve essere in grado di adattarsi continuamente e ripetutamente al territorio circostante, integrandosi con la vita quotidiana nella quale si inserisce. L'ospedale assume così un ruolo di particolare rilievo per l'accessibilità e per le possibilità intrinseche di creare un luogo catalizzatore delle trasformazioni urbane.

*“L'ospedale contemporaneo sembra essere colpito da un male incurabile: la rapidissima obsolescenza. La flessibilità diviene quindi un'esigenza imprescindibile per l'innovazione e l'efficienza (Capolongo 2012).”*

### 1.1. Fasi e tipi di flessibilità

*“La flessibilità si connota quindi come un atteggiamento progettuale rigorosamente pragmatico in cui, viene offerta l'opportunità di un adattamento dello spazio in grado di assecondare il mutare delle specifiche esigenze dell'utenza/committenza” (Malighetti 2008).* Possiamo quindi definire flessibile un edificio, quando questo sia preventivamente pensato per permettere ai diversi utenti di modificare e riorganizzare lo spazio, in funzione dello svolgimento delle proprie attività, in arco di tempo programmato, senza trovare particolari impedimenti.

Andando ad analizzare il concetto di flessibilità all'interno del processo di progettazione, realizzazione, d'uso e gestione di un edificio, possiamo distinguere almeno due fasi temporali: la *flessibilità in fase progettuale* e la *flessibilità in fase di esercizio*. La differenza sostanziale tra questi due tipi di flessibilità sta nel momento in cui quest'ultima si concretizza operativamente: il primo si esprime in fase realizzativa, mentre il secondo viene sfruttato durante tutta la fase d'esercizio dell'edificio. Entrambe, però, devono essere attentamente studiate e programmate già durante la fase di progettazione dell'immobile.

La *flessibilità progettuale* consiste nel produrre, in fase di progettazione, diverse soluzioni distributive, spaziali e d'uso alternative. Così facendo è possibile raggiungere diversi livelli prestazionali in fase realizzativa, attraverso diverse opzioni progettuali, ognuna in grado di soddisfare le specifiche richieste di un'utenza diversificata.

La *flessibilità in fase di esercizio*, tuttavia, consiste proprio nella possibilità di modificare l'assetto geometrico o funzionale dell'edificio durante tutta la fase di utilizzo. Possiamo suddividerla in *flessibilità d'uso* e la *flessibilità dello spazio*.

*“La flessibilità d'uso prevede la possibilità da parte dell'utente di variare la modalità di sfruttamento degli spazi in base alle nuove sopraggiunte esigenze” (Capolongo 2012).* Si verifica quando l'assetto distributivo è tale da consentire diverse modalità di svolgimento delle funzioni, senza la necessità di variare la

conformazione degli spazi interni. Consiste nella capacità di un ambiente di essere polivalente, per esempio, il medesimo ambiente può essere utilizzato per svolgere un'attività la mattina e per un'altra attività completamente diversa la sera, o addirittura un ambulatorio medico potrebbe essere facilmente trasformato in ufficio. La flessibilità d'uso risulta essere strettamente legata anche al concetto di umanizzazione degli ambienti ospedalieri. Avere la possibilità di modificare, e quindi personalizzare, lo spazio di lavoro/degenza aiuta a rendere meno ostili gli spazi di cura.

*“La flessibilità dello spazio invece consente, attraverso adeguate soluzioni tecnologiche, impiantistiche e spaziali, di modificare l'assetto dell'ambiente in funzione di nuove emergenti esigenze” (Capolongo 2012).* Consisterebbe, dunque, nella capacità di riconfigurare spazialmente gli ambienti, di ingrandirli o ridurli, attraverso piccoli interventi preventivati con costi e tempi limitati per il fruitore. Per permettere questo tipo di flessibilità bisogna porre particolare attenzione alla progettazione degli elementi tecnici e attrezzature fisse, degli arredi e soprattutto sulle tecniche di assemblaggio delle partizioni, in modo da poter consentire una variazione sulla loro collocazione. L'applicazione di specifiche strategie progettuali, come la modularità e la standardizzazione, favoriscono variazioni quantitative, qualitative e localizzative rapide ed economiche. La flessibilità dello spazio può essere suddivisa in due tipi: la *flessibilità a superficie costante* e la *flessibilità a superficie variabile*.

*“La flessibilità a superficie costante è finalizzata allo studio delle possibili strategie o tecnologie in grado di conferire elevata adattabilità interna senza modificare il volume complessivo dell'edificio. Il sistema dovrebbe quindi essere in grado di potersi evolvere nel tempo accogliendo cambiamenti nella sua organizzazione spaziale e funzionale interna senza tuttavia modificare l'assetto volumetrico e la configurazione esterna originaria, ormai consolidata.*

*La flessibilità a superficie variabile è invece finalizzata allo studio delle possibili strategie o tecnologie in grado di realizzare una distribuzione dello spazio completamente differente e con un aumento complessivo dell'edificio. In tale contesto la flessibilità sarà sicuramente resa attraverso sistemi e strategie più complesse quali ad esempio l'utilizzo di volumi agganciabili alle facciate, di facciate a gradoni facilmente ampliabili per completamento o di strutture sovradimensionate per eventuali futuri rialzi” (Capolongo 2012).*

Per raggiungere un buon livello di flessibilità e adattabilità in edifici complessi come le strutture sanitarie, è importante attribuire all'edificio una combinazione delle tipologie di flessibilità elencate precedentemente. Risulta evidente che a seconda del tipo di flessibilità, corrisponderà un livello di complessità tecnologica, impiantistica e di messa in opera. Generalmente una flessibilità a superficie variabile richiederà una tecnologia costruttiva più complessa rispetto ad una flessibilità a superficie costante. Lo stesso obiettivo però può essere raggiunto con strategie varie, corrispondenti a diversi livelli di complessità. Le strategie di flessibilità quindi, possono essere classificate in base ai livelli di complessità tecnologica ed impiantistica.

Un basso livello di complessità permette di variare rapidamente la conformazione degli spazi, con assetti già prestabiliti in fase di progettazione, direttamente

dagli utenti e senza la necessità di interventi costruttivi o oneri.

Le soluzioni con medio livello di complessità tecnologica, a differenza del livello precedente, prevedono l'impiego di piccoli cantieri, ma le operazioni risultano veloci, secondo schemi progettati precedentemente, senza particolari oneri per l'utente e soprattutto senza compromettere il regolare svolgimento delle attività.

Le soluzioni con un alto livello di complessità, invece, prevedono l'uso di cantierizzazioni importanti per una trasformazione radicale dello spazio. Sono soluzioni che rendono l'edificio adattabile a esigenze sopraggiunte difficilmente prevedibili in fase di progetto. Grazie ad esse è possibile riprogettare facilmente e completamente gli spazi in tempi relativamente brevi e con costi minori.

Conseguentemente al grado di complessità tecnologica utilizzato variano, naturalmente, anche i tempi di trasformazione. Una soluzione a basso livello di complessità, infatti, richiederà tempi brevissimi rispetto ad una con un alto livello di complessità, seppur radicalmente ridotti rispetto ad una struttura che non prevede strategie per la flessibilità. Per scegliere il giusto grado di complessità tecnologica da assegnare ad una determinata soluzione costruttiva flessibile, risulta particolarmente utile analizzare la sua ciclicità di trasformazione, cioè quante volte si potrebbe manifestare l'esigenza di trasformazione durante l'arco temporale di utilizzo. Sarebbe controproducente assegnare tecnologie troppo complicate da trasformare se quell'ambiente richiede cicli quotidiani o settimanali di trasformazione. Così come sarebbe inopportuno assegnare tecnologie troppo leggere e trasformabili ad ambienti con cicli lunghi di trasformazione, perché molto probabilmente avranno standard prestazionali più bassi rispetto a tecnologie più pesanti.

## 1.2. Livelli e strategie

Come precedentemente osservato, il concetto di flessibilità in architettura risulta essere una

LIVELLI DI FLESSIBILITÀ	TIPI DI FLESSIBILITÀ	STRATEGIE PER LA FLESSIBILITÀ
Sistema ospedaliero	Flessibilità a superficie costante	Flessibilità del sistema degli accessi
		Flessibilità funzionale del sistema
		Riutilizzo del sistema ospedale
		Ridondanza degli spazi per gli impianti
	Flessibilità a superficie variabile	Presenza di superfici edificabili libere
		Strategie per l'aumento volumetrico dei singoli edifici
	Flessibilità gestionale	Impiantistica modulare, sostituibile e manutenibile
		Presenza di sistemi informatici a rete
		Utilizzo di sistemi di Building Automation and Control (BAC)
		Sistemi di flessibilità contrattuale/finanziaria
Sistema edificio	Flessibilità a superficie costante	Esternalizzazione dei servizi di supporto
		Presenza di spazi polmone
		Flessibilità strutturale
		Sovradimensionamento delle strutture portanti
		Forabilità e modificabilità dell'involucro
	Flessibilità a superficie variabile	Presenza di spazi tecnici per l'impiantistica
		Flessibilità e automazione dei percorsi differenziati
		Sovradimensionamento delle strutture portanti
		Utilizzo di facciate cieche e prive di aperture
		Possibilità di incremento modulare
Flessibilità gestionale	Configurazione dell'edificio a gradoni	
	Impiantistica modulare, sostituibile e manutenibile	
	Utilizzo di sistemi di Building Automation and Control (BAC)	
	Manutenzione programmata efficiente	
Unità funzionale	Flessibilità a superficie costante	Life Cycle Cost
		Utilizzo di partizioni interne stratificate a secco
		Utilizzo di pareti mobili e pareti attrezzate
		Utilizzo di partizioni interne amovibili
	Flessibilità a superficie variabile	Presenza di spazi tecnici per l'impiantistica
		Possibilità sopra/estensioni laterali dell'intera unità funzionale
Unità ambientale	Flessibilità gestionale	Presenza di logge/arretramenti
		Impiantistica con flessibilità di utilizzo
	Fless. a sup. costante	flessibilità funzionale dell'unità ambientale
		Possibilità sopra/estensioni laterali
Flessibilità d'uso	Previsione di ambienti multifunzionali	
	Dotazioni impiantistiche per la multifunzionalità	
	Dotazioni informatiche per la multifunzionalità	
	Utilizzo di pareti mobili e schermature verticali	
Adattività all'utente	Umanizzazione personalizzabile dell'ambiente	

Tabella 1- Strategie di flessibilità in funzione della scala edilizia. (Capolongo S. 2012)

nozione particolarmente complessa, articolata in diversi tipi, cicli temporali, fasi di applicazione e gradi di complessità, ognuno con il proprio livello prestazionale studiato in base alla specifica esigenza. Nel momento in cui, lo stesso concetto viene applicato ad un organismo edilizio mutevole, altrettanto complesso e articolato come una struttura sanitaria, è possibile cadere in errori progettuali o di applicazione, nonostante sia proprio la flessibilità il principio di base per la gestione del problema.

Un'analisi dell'organismo architettonico, in funzione della scala edilizia, è fondamentale per progettare e realizzare ospedali che siano realmente flessibili e adattabili alle esigenze degli utenti. Possiamo dunque individuare quattro livelli di flessibilità:

- *“Sistema ospedaliero: l'insieme di tutti gli edifici e gli spazi esterni che definiscono la struttura sanitaria nel suo insieme.*
- *Sistema edificio: il singolo edificio riconducibile all'interno del sistema più ampio, in caso di strutture sanitarie costituite da un singolo edificio monoblocco, questo livello avrà molti aspetti in comune con il sistema ospedaliero.*
- *Unità funzionale: l'insieme di unità ambientali raggruppate per omogeneità di funzioni ad esempio i reparti degenze, il blocco operatorio, le centrali termiche, ecc.*
- *Unità ambientale: il singolo spazio confinato delimitato da muri, distinguibile singolarmente all'interno di una unità funzionale come la camera di degenza, l'ufficio medico, ecc.”* (Capolongo 2012).

Grazie a questa scomposizione dell'edificio in parti congruenti, è possibile individuare le specifiche tipologie e strategie di flessibilità da applicare a ciascun livello per poter raggiungere l'obiettivo progettuale.

Per avere un quadro più chiaro della suddetta analisi, nella successiva tabella (Tabella 1), sono riportati tali livelli, suddivisi nelle diverse tipologie di flessibilità: flessibilità a superficie costante; flessibilità a superficie variabile; flessibilità d'uso. Ad ogni livello, poi, sono state identificate e affiancate le possibili strategie per ottenere la modificabilità richiesta. Risulta subito evidente che la flessibilità d'uso viene nominata *flessibilità di gestione* quando viene applicata ai livelli di unità funzionali, sistema edificio e sistema ospedaliero. Questo perché la flessibilità d'uso viene intesa come la possibilità di variare le modalità di sfruttamento dello spazio in relazione esigenze di comfort ambientale e funzionale direttamente dall'utente che, appunto, utilizza lo spazio.

La *flessibilità di gestione* mentre nello specifico riguarda aspetti più organizzativi e manageriali dell'immobile, come per esempio l'organizzazione funzionale, l'organizzazione dei servizi, schemi contrattuali/finanziari, la gestione e manutenzione impiantistica.

È importante sottolineare l'uso di ausili informatici e di sistemi di controllo automatizzato per ambienti e impianti tecnologici, come strategia di flessibilità gestionale/d'uso in tutti i livelli flessibilità. Innovazioni come i sistemi informatici a rete, per una condivisione di informazioni sanitarie da remoto e in tempo reale,

rappresentano un miglioramento notevole in termini di efficienza dell'intero sistema lavorativo ospedaliero, caratterizzato da strutture di grandi dimensioni. Esistono innumerevoli soluzioni tecnologiche per poter ottenere una flessibilità spaziale, sia a superficie costante che a superficie variabile. Nella *Tabella 1* sono state elencate solamente le possibili strategie per poter ottenere un determinato tipo di flessibilità ad un determinato livello dell'edificio. Sono delle linee guida che il progettista deve seguire per poter ottenere un organismo edilizio flessibile in tutte le sue parti e livelli. Bisogna porre, però, particolare attenzione alle interferenze impiantistiche e strutturali. Un edificio che sia ben progettato per la flessibilità deve definire preventivamente quale sia l'obiettivo progettuale, avendo una visione multi-scalare del problema, analizzando la sua complessità e l'interdipendenza tra i diversi livelli dell'edificio (Astley et al 2015.)

### 1.3. Principi ed approcci progettuali

Nel tempo, sono stati studiati dai progettisti diversi principi guida, atti a realizzare strutture in grado di potersi plasmare nel tempo in funzione delle eventuali esigenze sopraggiunte. Le prime teorie, applicate all'edilizia residenziale, nascono nel secolo scorso. Queste avevano l'obiettivo di fornire una serie di regole e teorie precise che facilitassero il progettista nel raggiungimento di standard del benessere, confort ambientale, sicurezza e di efficienza delle strutture. Di seguito ne illustreremo alcuni che vennero applicati all'architettura sanitaria.

#### Il principio dell'indeterminatezza

Come spesso accade nelle arti figurative, anche in architettura teorie di altri campi scientifici e di ricerca influenzano e ispirano nuove forme e principi compositivi. In questo caso si va ad attingere nella fisica quantistica dove Werner Heisenberg, con il suo *principio dell'indeterminazione* del 1927, afferma che è impossibile conoscere simultaneamente la quantità di moto e la posizione di una particella atomica con certezza.

John Weeks nel 1954 applico questa teoria alla progettazione ospedaliera, riconoscendo che l'ospedale non potrà mai essere considerato un edificio fatto e finito, le sue dimensioni non saranno mai definite e la sua espansione futura sarà probabilmente disomogenea e imprevedibile al momento della progettazione. Per Weeks il progettista dovrebbe accettare questa crescita disomogenea piuttosto che sforzarsi di mettere a punto una soluzione ideale, ma statica e sua volta inflessibile. Per poter gestire questa incertezza, il *principio dell'indeterminatezza*, propone di ipotizzare e pianificare le possibili trasformazioni future, osservando alcuni criteri progettuali organizzativi e funzionali, studiando una planimetria suddivisa in fasi realizzative e step temporali, tali da garantire lo spazio necessario per i cambiamenti richiesti nel tempo. Fondamentalmente si tratta di una flessibilità a superficie variabile, ottenibile attraverso l'osservazione

di alcuni criteri progettuali, organizzativi e funzionali:

- *“Sviluppo planimetrico articolato, condizionato dai vincoli locali e composto dalla possibile aggregazione di edifici con piante diversificate e uniti da una spina di collegamento orizzontale, che costituisce l'asse distributivo principale;*
- *I blocchi si dispongono lungo l'asse principale e saranno modificabili lungo i lati opposti;*
- *Realizzazione di volumetrie ad altezze differenziate in relazione alle funzioni richieste;*
- *Organizzazione dei percorsi outdoor e indoor gerarchizzata, con un asse di collegamento portante da cui dipartono i collegamenti secondari, terziari ecc;*
- *Alloggiamento degli impianti di alimentazione primaria lungo la spina di collegamento orizzontale, che assume anche la funzione di asse portante impiantistico;*
- *Organizzazione di piano differenziate e dedicate anche a più funzioni in relazione delle specifiche esigenze”* (Capolongo 2012).
- Il progetto di John Weeks per il Northwick Park Hospital di Londra è stato realizzato seguendo questo principio. Se confrontassimo, oggi, la planimetria attuale con la crescita ipotizzata dal progettista, noteremo che le differenze tra le due sono relativamente piccole, a testimonianza dell'efficienza del progetto.

#### L'approccio Open Building

Questo principio è stato sviluppato da John Habraken nel 1961 per rendere sostenibili, permanenti e mutevoli i grandi edifici dell'architettura residenziale di massa. Secondo la sua visione, nell'*Housing*, bisogna riconoscere due ambiti di azione: l'azione della comunità e quella del singolo abitante. Quando l'abitante è escluso, il risultato è uniformità e rigidità. Quando solo l'individuo agisce, il risultato può essere il caos e il conflitto. Queste due formulazioni necessitano di un equilibrio, quindi, per la progettazione degli edifici residenziali bisogna coinvolgere tutte le parti che fanno parte del processo abitativo, lasciandogli autonomia decisionale, ma allo stesso tempo tenendoli in stretta relazione tra loro.

Con l'approccio *Open Building*, quindi, si includono nel processo decisionale tutti gli utenti presenti e futuri, solitamente esclusi nell'edilizia residenziale di massa, dando loro la possibilità di personalizzare il proprio spazio attraverso la riconfigurazione degli interni. L'artefatto edilizio, così, non è più visto come un edificio finito, rigido e monouso, ma sostenibile e adattabile al sopraggiungere delle nuove esigenze degli utenti.

L'utilizzo di questo principio però, crea metodi di gestione del tutto nuovi, con due punti critici da illustrare. Il primo, è circoscrivere quali siano le competenze di realizzazione e gestione da parte degli attori del processo abitativo, cioè delineare fin dove l'utente ha possibilità di intervenire e dove inizia la giurisdizione

della proprietà. Il secondo punto è di natura più pratica e riguarda l'interazione tra i sottoinsiemi dei componenti tecnici, cioè gestire le interferenze che si possono creare durante le sostituzioni e regolarle in base alla durabilità dei vari elementi (Kendall 1999).

Il perno fondamentale, intorno a cui ruota l'approccio *Open Building*, è la scomposizione dell'edificio in tutti i suoi componenti, classificandoli per la durata temporale e distinguendoli per la giurisdizione gestionale. Questa classificazione produce due livelli di elementi, il livello *Base Building* e il livello *Fit-Out*:

- Il *Base Building* è l'insieme di tutti i componenti durevoli dell'edificio, sono di competenza gestionale della proprietà e non dovrebbero essere mai cambiati. Sono la struttura, l'involucro dell'edificio, gli impianti principali, la posizione degli accessi e dell'intero impianto distributivo come corridoi, scale e ascensori;
- Il *Fit-Out*, o riempimento, è composto da tutte quelle parti che vengono modificate e sostituite dagli utenti. Hanno una durata minore, sono facili da sostituire e totalmente indipendenti dal *Base Building*. Ne fanno parte tutti gli elementi che determinano la configurazione della planimetria, l'impianto secondario, mobili, arredi e attrezzature (Capolongo et al 2016).

Stephen Kendall, applicò l'approccio *Open Building* alle strutture sanitarie, ma trattandosi di strutture con un livello di esigenze funzionali, gestionali e tecnologiche completamente differente, si è vista la necessità di generare un nuovo metodo di scomposizione dell'edificio, suddividendolo in tre sistemi:

- *“Sistema primario: la Struttura. Può durare fino a più di 100 anni e include la struttura, l'involucro dell'edificio, sistema di distribuzione principale e impianti primari;*
- *Sistema secondario: i Componenti. Di solito possono durare circa 20 anni e sono i tramezzi, i pavimenti, i controsoffitti, gli impianti secondari e la configurazione del piano spaziale;*
- *Sistema terziario: l'Apparecchiatura. Include tutti gli elementi che, a causa dell'intensa usura o per la necessità di innovazione, di solito non durano più di 5 -10 anni”* (Capolongo et al 2016).

Ne risulta una scomposizione gerarchizzata sulla base della durata degli elementi. Questi livelli sono correlati in modo particolare: un livello superiore vincola il livello inferiore, quindi i componenti che diventano obsoleti più velocemente devono essere installati dopo i componenti più durevoli, in modo da facilitarne la sostituzione. Bisogna, inoltre, ridurre le dipendenze eccessive tra i livelli e gli intrecci tra i componenti del progetto per poter garantire un adeguato livello di flessibilità del sistema senza interferenze. Ottenere sistemi con livelli definiti chiaramente, con interfacce e connessioni ordinate, conferiscono longevità alle infrastrutture agevolando il rinnovo incrementale.

Fondamentalmente l'approccio *Open Building* risulta essere una flessibilità a superficie variabile, che scompone in parti un sistema complesso, ricomponendolo poi con connessioni e interfacce intelligenti che facilitano l'operazione di innovazione sulla specifica parte del sistema disaggregato (Kendall 2018).

## Il modello Harness

In Inghilterra, negli anni '60, furono condotti diversi studi per la ricerca di un modello ottimale per l'edilizia sanitaria. Uno di questi fu denominato *Cubith*, acronimo di *Coordinate Use of Building Industrial Technology for Health Programme*, e aveva come obiettivo il miglioramento qualitativo delle attrezzature ospedaliere, accompagnato da un contenimento dei costi di costruzione, ma tenendo conto delle esigenze dell'utente studiate attraverso una profonda analisi. Questo programma avrà poi una sua applicazione pratica con lo sviluppo del sistema *Harness*.

Il *modello Harness* fu concepito per ospedali generali di grandi dimensioni e si basava su linee operative generali standard, predefinite per il contenimento dei costi di costruzione e gestione. Gli obiettivi di questo sistema erano:

- Garantire la possibilità di crescita e di modifica nel tempo delle funzioni sanitarie;
- Garantire la possibilità di estensione dei complessi ospedalieri;
- Unitarietà morfologica della soluzione architettonica;
- Garantire un buon livello di confort ambientale, di illuminazione e di aereazione naturale;
- Interdipendenza fra i vari dipartimenti;
- Garantire la sicurezza e una rapida evacuazione in caso di incendio.

L'elaborazione di questi obiettivi produsse un sistema architettonico che si sviluppa nel tempo, per aggregazione di dipartimenti standard. I dipartimenti modulari hanno tutti forma quadrata di 15m x 15m, con un'altezza di massimo quattro piani, collegati tra di loro attraverso una spina di servizio centrale chiamata appunto *zona Harness*. Tale zona garantiva l'interscambio tra i diversi dipartimenti, non solo per i percorsi ma anche per il passaggio degli impianti accessibili e ispezionabili. La ventilazione e la luce naturale vengono garantiti lungo il perimetro di tutte le unità grazie ai cortili interni che si formano tra i moduli.

Sostanzialmente si tratta di una flessibilità a superficie variabile, con una semplificazione dell'attività di progettazione ridotta ad un assemblaggio di componenti funzionalmente autonomi, con uno sviluppo controllato e governabile nel tempo attraverso leggi costruttive e morfologiche omogenee poiché organizzati secondo la stessa griglia modulare di base. Il *modello Harness* dimostrò di avere un carattere di eccessiva rigidità, tra cui fenomeni contrapposti di sovra e sottodimensionamento di alcuni dipartimenti, che portarono allo sviluppo del *sistema Nucleus* (Capolongo 2012).

## Il sistema Nucleus

La profonda crisi economica che negli anni '70 colpì l'Inghilterra portò ad un ridimensionamento delle strutture ospedaliere e dei suoi standard edilizi. Comportò la delocalizzazione di gran parte dei servizi accessori sanitari sul

territorio, sia per ridurre i costi di gestione alberghiera sia per facilitarne l'accessibilità degli utenti.

Questo ridimensionamento portò allo sviluppo di un nuovo sistema modulare chiamato *Nucleus*, studiato per conferire capacità di espansione ad un ospedale di medie dimensioni. Come nel *modello Harness*, anche il *sistema Nucleus* si basa su linee operative standard, la cui flessibilità a superficie variabile è garantita grazie all'aggiunta di moduli omogenei attorno ad un asse principale di circolazione. La differenza sostanziale tra i due si concretizza nella forma e nelle dimensioni dei moduli divenuti cruciformi e alti massimo tre piani. Posti l'uno accanto l'altro, i moduli producono una planimetria a scacchiera, con cortili interni quadrati di 16,20 m per lato. Gli spazi interni, poi, sono suddivisi in otto sotto-griglie di 8,10 m su un asse e di 5,40 m sull'altro e tra gli spazi di queste griglie vengono disegnati gli ambienti interni, variabili a loro volta nella forma e nelle dimensioni a seconda delle necessità progettuali. I blocchi per gli ambienti di servizi di supporto come la mensa, la farmacia, magazzini e i locali caldaia non sono necessariamente standardizzati, ma possono essere disegnati secondo richieste specifiche e connessi all'asse principale.

Sebbene le dimensioni di base del blocco permettano una buona varietà nella pianificazione della distribuzione degli spazi interni, si vengono a creare delle restrizioni dovute alla presenza delle lunghe corsie, che possono risultare vincolanti alla possibilità di adeguare gli spazi per tutta la varietà di attività presenti negli ospedali, in particolar modo per le attività di laboratorio e per le sale operatorie.

In conclusione, è possibile asserire che, con il *sistema Nucleus* non sono stati risolti completamente i problemi relativi di rigidità interna del *modello Harness*, d'altro canto ha definito caratteri d'approccio progettuale sicuramente innovativi, legati sia alla semplificazione delle procedure di pianificazione, progettazione ed esecuzione, che al contenimento dei costi di costruzione ed esercizio (Capolongo 2012).

## 2. La flessibilità nel sistema ospedaliero territoriale

Per poter analizzare completamente il concetto di flessibilità applicato alle strutture sanitarie e riuscire ad avere un quadro esigenziale-prestazionale più chiaro, bisogna condurre un'indagine multi-scalare decisamente più vasta e al di sopra del singolo organismo architettonico.

Di fatti, l'ospedale non può più essere considerato come un organismo autonomo, cioè un elemento isolato all'interno del territorio, ma al contrario, come parte integrante di un insieme di strutture dal carattere sociale e sanitario che insieme concorrono alla tutela della salute del cittadino. Questo cambiamento radicale del ruolo dell'ospedale e dell'intero sistema dell'assistenza sanitaria è stato imposto da una serie di pressioni dell'innovazione di carattere sociale, tecnologico, politico ed economico. Principalmente il cambiamento dei bisogni degli utenti che accedono ai servizi ospedalieri, riflettendosi sui servizi stessi, sta lentamente plasmando e trasformando il sistema sanitario verso temi della medicina più moderni e attuali, come la prevenzione, la promozione della salute e trattamenti continuativi delle malattie. Per riuscire ad ottenere risultati soddisfacenti, con questa visione olistica della tutela della salute del cittadino, è importante potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare, andando collocare e distribuire le risorse dove più vengono utilizzate, cioè in tutto il territorio. Così il baricentro del sistema sanitario si sta spostando dall'ospedale al territorio sotto la spinta di bisogni nuovi.

Per poter discutere della configurazione di questo sistema di edifici ospedalieri e della sua attitudine al cambiamento bisogna innanzitutto comprendere il ruolo e il posizionamento che l'ospedale e le singole strutture dovrebbero ricoprire all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria. Vedremo che l'ospedale rimane il cardine fondamentale del rinnovato sistema della sanità per la salute, cioè il punto di riferimento per la fase acuta della malattia fornendo alta assistenza e alta tecnologia. Viene affiancato però da una rete assistenziale territoriale, tesa a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione e la realizzazione di percorsi assistenziali integrati.

Questo significa che si sta passando da una progettazione frammentata di ospedali, per la cura di malattie, ad una pianificazione di una rete di strutture sanitarie, che insieme concorrono alla promozione della salute. La pianificazione della rete dell'assistenza sanitaria territoriale deve porsi come obiettivo principale la centralità del paziente, ovvero il fruitore degli spazi e dei servizi. Bisogna configurare il network delle infrastrutture e dei servizi cercando di mantenere un'equità di accesso dei cittadini, rispondendo anche alle esigenze delle collettività più distanti dal centro. Attraverso questo posizionamento strategico delle funzioni sanitarie, studiato in base ai percorsi di cura e in base alle zone di maggiore utilizzo, si avranno conseguenze dirette sulla loro fruibilità. Può essere considerata come un'operazione di umanizzazione dell'intero sistema sanitario, attuata attraverso il disegno di una rete a misura di persona che risponde alla domanda di salute con il posizionamento strategico dell'offerta di servizi.

## 2.1. Un quadro di riferimento per la riconfigurazione del sistema ospedaliero

La missione principale di ogni sistema sanitario è quella di tutelare e promuovere la salute di tutti i cittadini. Nessun sistema sanitario, però, può raggiungere appieno il proprio obiettivo se non è in grado di comprendere e adattarsi ai nuovi bisogni di una popolazione che si trasforma. Per dare risposte moderne ai bisogni di salute emergenti, lentamente si è affermata la necessità di sviluppare, al di fuori dell'ospedale, un circuito strutturato di servizi assistenziali, a forte integrazione socio-sanitaria, capaci di dare una risposta differenziata ad ognuno dei diversi bisogni (Sirchia 2004).

La letteratura internazionale è concorde nel considerare che le numerose cause e le spinte che portano verso un ripensamento del sistema ospedaliero possano essere sintetizzate e raggruppate in tre differenti categorie di pressioni: pressioni sul lato della domanda; pressioni sul lato dell'offerta; pressioni sociali, politiche ed economiche.

Le pressioni sul lato della domanda possono essere identificate come i cambiamenti dei bisogni di salute della popolazione, dipesi principalmente dal cambiamento dei trend epidemiologici e demografici. Nel tempo stiamo registrando un progressivo innalzamento dell'età media della popolazione, con un conseguente aumento delle patologie cronico-degenerative collegate all'età e una riduzione delle malattie infettive e acute (Lega et al 2009).

Le stime dell'ISTAT sulla popolazione italiana del 2050 prevedono una nazione con 52,2 milioni di abitanti di cui 17,9 milioni di unità composta da cittadini anziani, cioè pari al 34% del totale. Se si tiene in considerazione che la spesa ospedaliera di un anziano mediamente supera di 3,7 volte quella degli altri assistiti si stima che il 67% del budget pubblico sarà destinato alla cura agli anziani. Questa previsione dell'aumento di persone che convivono con malattie croniche, con pluripatologie o con condizioni morbose che richiedono una maggiore durata delle cure, fa nascere l'esigenza di un'assistenza di natura diversa da quella tradizionale. Questa non può più essere basata su una gestione della sola fase acuta della malattia in regime di degenza, bensì basata su una gestione continuativa della malattia e delle cure attraverso servizi assistenziali socio-sanitari dedicati (Mapelli 2004).

È necessario, in quest'ottica, riorganizzare il sistema sanitario, rivederne le strutture e creare una rete ospedaliera territoriale capillare, cioè bisogna collocare e distribuire le risorse dove più vengono utilizzate dai cittadini, ovvero in tutto il territorio. È una riorganizzazione radicale che inverte il tradizionale sistema dell'offerta sanitaria ospedale-centrico e basato sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di un sistema cittadino-centrico, cioè che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario del cittadino. Questa riconfigurazione dell'offerta secondo un sistema che metta al centro il paziente e il suo bisogno di salute potrebbe essere definito come una sorta di Umanesimo della medicina. È un'operazione di umanizzazione dell'intero sistema sanitario finalizzata a rendere la complessità ospedaliera a misura d'uomo. Così, il baricentro del sistema sanitario si sta lentamente spostando

dall'ospedale al territorio sotto la spinta dei nuovi bisogni di salute.

La seconda categoria di pressioni, cioè le pressioni sul lato dell'offerta, possono essere definite come le nuove possibilità create dall'offerta di servizi sanitari e sono correlate principalmente alle continue innovazioni tecnologiche. Possiamo distinguere due diverse categorie di innovazioni tecnologie applicate alla sanità: le tecnologie diagnostiche e terapeutiche; le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) (Lega et al 2009).

La prima categoria di innovazione tecnologica fornisce costantemente ai medici nuovi strumenti straordinariamente efficaci per la diagnosi e la cura delle malattie che, fino a poco tempo fa, erano inimmaginabili. Potremmo considerare parte di questa categoria anche le grandi scoperte scientifiche che contribuiscono ad un cambiamento epocale nelle modalità di diagnosi o di cura come la ricerca genetica. Qui assumono un ruolo fondamentale le apparecchiature ad altissima tecnologia, che sono strumenti particolarmente costosi, complessi e utilizzabili solo da personale specializzato.

La seconda categoria di innovazioni, mentre, è relativa alla telecomunicazione di dati e di informazioni sanitarie e incide principalmente sulle modalità di erogazione dei servizi sanitari. Sono innovazioni che stanno portando verso una progressiva "virtualizzazione" dell'ospedale attraverso la telemedicina, lo sviluppo delle tecnologie per l'imaging con refertazione a distanza, la tecnologia 5G e l'uso di strumenti robotici per interventi chirurgici (Catananti 2004).

Questi due tipi diversi di innovazione tecnologica creano due differenti spinte del cambiamento che possono anche essere definite contrapposte: il primo gruppo di innovazioni tecnologiche, essendo particolarmente costose e imponendo la necessità di specializzazione dei professionisti, spingono verso una concentrazione delle risorse in un'unica sede; il secondo gruppo di tecnologie, invece, permette e asseconda la moderna necessità della diffusione del servizio ospedaliero oltre l'edificio fisico. In quest'ottica, un'ideale e razionale organizzazione della sanità moderna, vede lo sviluppo di ospedali ad alta tecnologia, cioè centri di eccellenza clinica progettati per le terapie complesse e per la fase acuta della malattia dove si concentra l'alta tecnologia, ma affiancati ed integrati ad una rete territoriale per l'assistenza socio-sanitaria, fatta di piccole strutture a media/bassa complessità e distribuite in modo capillare sul territorio, in grado di fornire i più innovativi trattamenti diagnostico-terapeutico. L'ospedale, così, rimane il cardine fondamentale del rinnovato sistema sanitario, cioè il punto di riferimento per la fase acuta della malattia e per trattamenti in regime ordinario, fornendo alta assistenza ad alta tecnologia. Resta il perno attorno al quale ruota una rete territoriale tesa a fornire la continuità tra azioni di cura e riabilitazione attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali socio-sanitari. Infine, il sistema sanitario è largamente influenzato da pressioni sociali, politiche ed economiche. Questo perché, l'ospedale e le altre strutture sanitarie, rivestono una vasta gamma di ruoli che vanno ben oltre la sola assistenza sanitaria.

Il tema delle reti territoriali sanitarie è ormai stabilmente nell'agenda politica e manageriale della sanità italiana fin dai primi anni '90 ma, nonostante ciò, le esperienze concrete sono molto limitate. Tralasciando le varie valutazioni

politiche, non propriamente di competenza di questa sede, possiamo proporre alcune riflessioni su una serie di criticità che oggi si registrano a causa di modificazioni dovute da scelte politiche, amministrative ed economiche.

Abbiamo assistito, negli ultimi anni, ad un drastico ridimensionamento del sistema ospedaliero italiano dovuto principalmente a ragioni di necessità economica. Il sistema sanitario nazionale, infatti, operando in un contesto di risorse scarse subisce costantemente particolari pressioni per il contenimento dei costi. In tale contesto, la ricerca della massima efficienza economica rappresenta un punto fermo nella programmazione delle strategie. Queste strategie per l'efficienza stanno sfociando in una progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti, a favore, quantomeno ipoteticamente, di un rafforzamento delle strutture di assistenza sul territorio. Le cause di questa caduta sono molteplici. Innanzi tutto, la riduzione dei posti di degenza è resa possibile grazie alle nuove tecnologie e innovazioni terapeutiche, che oggi consentono di trattare in day hospital, day surgery o addirittura in ambulatorio casi che in passato erano ricoverati per più giorni. Inoltre, come già abbiamo detto, gli ospedali si stanno focalizzando sulle cure intensive in fasi limitate del decorso delle malattie, dove la criticità delle condizioni giustifica l'impegno di grandi risorse scientifiche, tecnologiche, professionali ed economiche. Questo sta comportando un'ulteriore riduzione dei posti di degenza resa possibile grazie all'attivazione di strumenti assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero. Sono strumenti a cui il cittadino si rivolge per tutti i casi di minore complessità, per le fasi discendenti della malattia o addirittura pensati e istituiti per un bisogno specifico del paziente. Sono strutture meno complesse tecnologicamente ma sicuramente meno onerose nella gestione, che permettono agli ospedali di liberarsi della gran parte del carico lavorativo a bassa intensità. Quindi, si sta ottimizzando il sistema sanitario attraverso la formazione di una rete di strutture gerarchizzata, in cui è possibile utilizzare il servizio che meglio si presta alla specifica esigenza. L'efficientamento del sistema e i vantaggi economici sono determinati proprio dallo spostamento del trattamento della patologia al livello di struttura che a parità di erogazione costa meno. Infatti, esiste una stretta relazione tra il costo dell'erogazione sanitaria ed il livello tecnologico della struttura ed il conseguente costo di gestione. La stessa visita ambulatoriale, infatti, ha costi diversi se erogata in un piccolo ambulatorio o in un grande ospedale. Così come i costi di degenza sono nettamente superiori nell'ospedale di riferimento rispetto ad un hospital hotel, cioè un albergo destinato a ospitare pazienti, che non necessitano di un ricovero per cure complesse ma possono comunque trascorrere la degenza in ambito protetto. Questo consentirà di ridurre drasticamente la degenza media e la necessità di posti letto ospedalieri con un conseguente risparmio di costi (Lega et al 2009).

In questo paragrafo abbiamo riassunto brevemente e approssimativamente il quadro di riferimento in cui si trova ad operare il sistema ospedaliero. Ne risulta così un prospetto fatto da una moltitudine di spinte del cambiamento che lo stanno lentamente portando all'instaurazione di una rete sanitaria territoriale da affiancare al sistema ospedaliero. Queste forze sono le risultanti di bisogni diversificati ed esigenze emergenti ma paradossalmente tutte strettamente

interconnesse. Questo contesto potrebbe essere definito a tutti gli effetti un wicked problem, termine che si riferisce ad un problema complesso per cui non esiste un metodo univoco e semplice per la soluzione. Si tratta di un problema stratificato e composto a sua volta da una serie di problemi collegati, nessuno dei quali può essere risolto isolatamente.

Volendo semplificare, potremmo dire che il sistema sanitario, per rispondere ad una moltitudine di bisogni, sta lentamente operando una diversificazione dell'offerta attraverso la creazione di una rete di strutture dislocate sul territorio, ognuna pensata per rispondere ad una specifica esigenza del cittadino con una funzione dedicata.

## **2.2 La messa in rete della filiera della salute**

La moltitudine eterogenea di spinte del cambiamento che insistono sul sistema sanitario lo stanno lentamente indirizzando verso la promozione della salute con una completa presa a carico del paziente. Tale visione olistica della tutela della salute del cittadino può essere raggiunta, con risultati soddisfacenti, attraverso il potenziamento dell'assistenza socio-sanitaria territoriale. Cioè una rete virtuosa di servizi dislocati nel territorio dal carattere sanitario e sociale.

Cresce così l'esigenza di un sistema ospedaliero integrato, sistema in cui l'ospedale rimane il cardine fondamentale come punto di riferimento per la fase acuta della malattia fornendo alta assistenza ad alta tecnologia, integrato però da una rete assistenziale territoriale tesa a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali con la continuità tra azioni di cura e riabilitazione. In un sistema integrato, però, l'ospedale deve essere sempre meno una "cattedrale nel deserto" e deve saper dialogare con i servizi extra ospedalieri. Bisogna creare un network di forti connessioni tra l'ospedale e le diverse strutture territoriali in modo da concorrere insieme alla promozione della salute. L'organizzazione a rete di più strutture può determinare significativi benefici in termini di economie e razionalizzazione nell'utilizzo delle proprie risorse, favorendo l'identificazione di una propria vocazione tramite specializzazione ma soprattutto è in grado di favorire miglioramenti qualitativi nell'erogazione delle prestazioni sanitarie tramite la continuità dell'assistenza al cittadino.

Possiamo definire una rete ospedaliera un insieme di strutture logisticamente separate ma legate tra di loro da relazioni di interdipendenza, cioè connessioni di natura giuridica, organizzativa e professionale con obiettivi comuni. Occorre sottolineare che la presenza di semplici connessioni tra gli ospedali non sono sufficienti a determinare l'esistenza di una rete. Occorrono relazioni più forti, come quelle di interdipendenza, tali da rendere necessarie le collaborazioni tra le diverse strutture per il raggiungimento di obiettivi comuni.

L'integrazione della rete può svilupparsi con tre diversi tipi di connessioni: istituzionali, organizzative e professionali.

*"La dimensione di tipo istituzionale fa riferimento all'integrazione di natura*

normativa, cioè sancita tramite legge o atti regolamentativi. Ad esempio, la formalizzazione di un'alleanza, la costituzione per atto regionale di un coordinamento interaziendale tra gli ospedali pubblici, la fusione di diversi ospedali autonomi in una nuova entità giuridica chiamata a gestirli in rete. In sostanza è un'integrazione che tocca il sistema delle decisioni e la governance degli ospedali.

La dimensione organizzativa fa riferimento all'integrazione nei processi e nelle procedure. Ad esempio, il coordinamento nei flussi di accesso e dimissione dei pazienti tra strutture in una rete orizzontale verticalizzata, la condivisione delle stesse regole sull'informazione, l'unificazione di procedure informatiche ed amministrative, l'unitarietà di percorsi organizzativi del paziente, ecc.

La dimensione professionale fa riferimento all'integrazione nei comportamenti clinici ed assistenziali, nei protocolli di cura ed assistenza, nei processi di diagnosi e trattamento, nelle modalità di decisione collegiale sui casi complessi, multidisciplinari, ecc" (Lega et al 2009).

Per strutturare solide connessioni tra le diverse strutture, è importante svilupparle simultaneamente in tutti e tre i campi. Dal punto di vista operativo, gli atti regolamentativi devono trovare conferma in strumenti organizzativi stipulati tra le strutture, i quali sfoceranno a loro volta in collaborazioni professionali. Fino ad oggi, ha prevalso la dimensione dell'integrazione istituzionale su quelle organizzative e professionali, lasciando che tali collaborazioni rimanessero ideali e sulla carta.

Comunemente col termine rete si intende un insieme di nodi uniti da connessioni verticali e orizzontali. Anche nelle reti ospedaliere, così come nelle comuni reti, le interconnessioni prima descritte si sviluppano in queste due dimensioni, generando relazioni diverse a seconda che queste siano verticali o orizzontali. "La dimensione verticale fa riferimento all'integrazione tra aziende, strutture o professionisti posti sui differenti livelli di cura ed assistenza. La dimensione orizzontale fa riferimento a forme di cooperazione e/o specializzazione tra aziende, strutture o professionisti posti sullo stesso livello di cura" (Lega et al 2009).

L'integrazione verticale riguarda le relazioni tra i diversi livelli di assistenza in cui si articola la risposta al bisogno di salute. Una rete verticale ben costruita presenta strutture sia ospedaliere che territoriali, ed è comprensiva di tutti i livelli assistenziali utili a raggiungere l'obiettivo della tutela olistica della salute del cittadino. I processi di integrazione verticale mirano al miglioramento della presa in carico dell'assistito da parte del sistema dell'offerta, attraverso la definizione di un percorso tra le strutture sanitarie di diverso livello assistenziale che costituiscono il sistema sanitario. Favorisce il coordinamento tra i diversi livelli di cura, tale per cui il trattamento di una specifica patologia o malattia viene eseguito nella struttura più appropriata e garantisce la continuità tra i servizi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

L'integrazione orizzontale, rappresenta la messa in rete di strutture appartenenti al medesimo livello assistenziale. I processi di integrazione orizzontale mirano a ridurre l'eventuale ridondanza e duplicazione nell'offerta attraverso strategie di differenziazione dei servizi e specializzazione delle singole strutture. Sono reti

che favoriscono le strutture nell'identificazione di una propria vocazione, offrendo a ciascuna rilevanti benefici in termini di razionalizzazione delle risorse economiche nonostante l'alta specializzazione in termini tecnologici e professionali. Le singole reti orizzontali possono essere a loro volta verticalizzate, nel senso che si stabilisce una gerarchia interna tra le strutture appartenenti allo stesso livello assistenziale ma con un'offerta segmentata in relazione alla complessità di un determinato problema di salute del paziente. Questo significa che alcuni ospedali concentrano competenze e tecnologie per il trattamento dei casi più complessi e severi di determinate patologie, mentre limitano il proprio campo di azione ai casi di media e bassa semplicità in altre patologie, inviando il paziente ad altri ospedali specializzati quando il problema supera le loro capacità di intervento. Quindi potremmo riassumere che costruire le reti orizzontali e verticali corrisponde al mettere in rete la filiera della salute, rispondendo contemporaneamente ai bisogni di: ottenere una migliore presa in carico dell'utente; migliorare l'efficacia clinica; di efficienza economica complessiva.

Esistono molti modelli organizzativi per strutturare un network di connessioni tra edifici. Molti sistemi sanitari hanno scelto di riorganizzare la rete secondo il modello *hub and spokes* e il modello poli e antenne. Dietro la stessa etichetta, però, si configurano modelli organizzativi ibridi, profondamente diversi da quelli descritti dalla letteratura di riferimento.

Il modello *hub and spokes* prevede un unico centro ospedaliero polispecialistico di riferimento, ovvero un hub, e diverse strutture di prossimità, cioè gli spokes. L'hub è il perno del sistema, nel quale si effettuano gli interventi di alta e media complessità di tutte le specializzazioni mediche e in cui vengono concentrate tutte le maggiori tecnologie e le equipe specializzate. Gli spokes, hanno la funzione di primo accesso, diagnosi e trattamenti di media e bassa complessità, inviando i casi più complessi all'hub del sistema ospedaliero. I modelli *hub and spokes*, quindi, sono reti verticali che prevedono un unico perno del sistema su cui converge la maggiore complessità e l'alta specialità. Il modello composto da poli e antenne prevede la presenza di diversi centri di riferimento per particolari specialità, cioè poli a vocazione focalizzata per singole discipline di eccellenza, e diversi ospedali di prossimità, ovvero le antenne. Questo modello è basato sulla ricerca della complementarità tra vocazioni specialistiche dei diversi poli. Ogni ospedale può essere polo per una determinata disciplina e antenna per le altre. In questo caso si tratta di reti orizzontali con diversi perni ospedalieri, ciascuno specializzato in una branca medica.

Chiamare con il termine "ospedale" un edificio sanitario di grandi dimensioni è estremamente limitativo per comprenderne il ruolo che svolge all'interno della rete sanitaria. Abbiamo visto che all'interno delle reti esiste una sorta di gerarchia delle strutture, questa però è estremamente variabile e potrebbe addirittura cambiare a seconda del caso clinico. Per definirne il ruolo dobbiamo tenere in considerazione una notevole quantità di variabili e considerare il livello tecnologico e di specializzazione di ogni struttura di cui si compone la rete. Potremmo sempre definire l'ospedale come una struttura per pazienti acuti, ad alta intensità tecnologica, che eroga assistenza specialistica ma all'interno

della rete può ricoprire il ruolo di:

- Hub a vocazione focalizzata: sono centri di second referral, mono-specialistici, nei quali è trattata l'elezione ultracomplessa di specifiche branche mediche, i trapianti, le malattie rare, ecc.;
- Hub polispecialistici: sono ospedali ad alta specializzazione ma generalisti, cioè che hanno un bacino di riferimento prevalentemente regionale ma, per alcune specialità, anche interregionale o nazionale. Possono anche essere sedi universitarie, di formazione e di ricerca;
- Ospedali di riferimento: sono ospedali generalisti ma con specializzazione crescente su molte branche mediche e sedi di DEA;
- Spokes di prossimità: sono dei punti di primo intervento che eseguono una casistica generale di base in regimi assistenziali Day Hospital, Day Surgery o ambulatoriali.

Poi, distribuiti capillarmente sul territorio, abbiamo la presenza di ulteriori erogatori di prestazioni sanitarie. Questi erogatori integrano e completano la rete ospedaliera e possiamo dividerli in due gruppi:

- Erogatori che consentono di filtrare a monte la domanda di salute, riconducendo il trattamento al livello di cura più appropriato e che massimizza il rapporto costo/beneficio, sgravando l'ospedale dell'urgenza di lieve entità. Questi erogatori sono: MMG e PLS, strutture per le cure primarie, servizi specialistici ambulatoriali territoriali, ospedali di ASL di comunità, centri diagnostici, ecc.;
- Erogatori che consentono di appoggiarsi a valle per il completamento dell'iter assistenziale post fase acuta, integrati con gli ospedali in un continuum of care e che consentono di liberare rapidamente i posti letto sgravando l'ospedale di degenze non necessarie. Questi erogatori sono: strutture di riabilitazione, lungodegenza, RSA, assistenza domiciliare, Hospital Hotel con dimissioni protette, ecc.

Per la programmazione di una rete sanitaria completa è di prioritaria importanza la definizione dei ruoli ricoperti da ogni singola struttura e questa va analizzata su base territoriale. Cioè bisogna condurre una programmazione dei ruoli svolti dalle singole strutture che insistono in un determinato e circoscritto territorio. Bisogna mappare il territorio suddividendolo in Aree Ospedaliere Integrate (AOI), cioè aree geografiche nelle quali trova totale soddisfazione il bisogno di assistenza ospedaliera della popolazione residente. La costituzione delle reti non deve produrre una maggiore circolazione di pazienti, ma al contrario una migliore canalizzazione iniziale, obiettivo raggiungibile solo disegnando le AOI in relazione ai flussi di mobilità della popolazione con una piena conoscenza di strutture e professionisti disponibili (Lega et al 2009).

### 2.3 Il rapporto tra le strutture sanitarie ed il territorio

La proiezione del sistema sanitario sul territorio, ottenuta attraverso una articolazione e una dispersione delle sue funzioni, crea nuove relazioni, dinamiche e legami tra i due. Potremmo descriverlo come un processo che lentamente sfuma i confini fisici dell'ospedale e che contemporaneamente porta il territorio all'interno del medesimo sistema sanitario.

Risulta evidente che questa visione dell'ospedale-territorio comporta ben altre metodologie sia di programmazione delle strategie di sistema, sia di progettazione della singola struttura della rete sanitaria. Le funzioni sanitarie, necessarie a garantire una completa assistenza ad una porzione di popolazione, non sono più condensate all'interno di un unico edificio bensì ripartite in una serie di strutture più piccole. Si impone così un modello in cui bisogna intercettare il percorso seguito da un paziente a fronte di un suo bisogno sanitario che viene soddisfatto attraversando diverse strutture e setting assistenziali. Si sta passando da una dimensione centrata sulle strutture a una centrata sul paziente mediante un modello disegnato in base ai percorsi sanitari.

Tale ambiziosa finalità si può perseguire solo attraverso l'attento governo delle risorse disponibili, che tenga conto di tutte le realtà e bisogni locali in termini sociali, demografici, epidemiologici ed economici. Quindi, per una corretta programmazione della rete assistenziale, è indispensabile definire le dimensioni, l'organizzazione e la distribuzione delle funzioni tra le diverse strutture che la compongono in base alle caratteristiche del territorio di riferimento. Sarà proprio il territorio a dettare le esigenze necessarie per disegnare un sistema efficace, efficiente ed equilibrato per il territorio stesso, in quanto rappresentante sia della domanda di salute, attraverso la popolazione che insiste sul territorio di riferimento, sia della capacità di risposta del sistema sanitario, attraverso la rete di strutture assistenziali e ospedaliere presenti sullo stesso territorio. Potremmo dire che le scelte di pianificazione e di progettazione derivano da una duplice analisi del territorio che rappresenta contemporaneamente la domanda di salute e la rete dell'offerta.

Per domanda della salute s'intendono tutti gli elementi che caratterizzano i bisogni di salute della popolazione che insiste sul territorio di riferimento, come numerosità, tipologia, sesso, fasce di età, distribuzione geografica e informazioni sanitarie individuali (Lega et al 2009).

Per rete dell'offerta, s'intendono l'insieme delle attività e delle strutture, presenti sul territorio di riferimento, che concorrono al completo soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione. Possono essere analizzate in base alle loro caratteristiche, dimensioni, tipologia, ubicazione, numero e tipologia di posti letto, tipologia di prestazioni offerte, branche mediche presenti e tutti i relativi indicatori di attività.

L'incontro fra questi due assi di analisi orientati alla domanda e all'offerta sanitaria permetterà di popolare una base dati informativa capace di essere letta e di realizzare operazioni di benchmarking, evidenziando così le necessità e le criticità specifiche del territorio. La programmazione sviluppata sulla base di questi dati rende il sistema sanitario in grado di intercettare il percorso

assistenziale del cittadino attraverso la rete di assistenza, facilitando le operazioni di dimensionamento e collocamento delle diverse attività sanitarie e delle strutture edilizie correlate, posizionandole dove assumerebbero un maggiore peso specifico, ricercando la massima efficienza del sistema attraverso una riduzione degli sprechi dovuti a replicazioni, sovradimensionamenti o al contrario a carenze strutturali e funzionali. Attraverso questo posizionamento strategico delle funzioni sanitarie, studiato in base ai percorsi di cura e in base alle zone di maggiore utilizzo, si avranno conseguenze dirette sulla loro fruibilità.

I risultati ottenuti dall'analisi della domanda e dell'offerta non sono sufficienti a stabilire la localizzazione esatta di una nuova struttura sanitaria. Questi devono essere accompagnati da un'ulteriore analisi del territorio di carattere ambientale, geomorfologico, urbanistico, infrastrutturale e sociale. Bisogna orientare queste analisi verso l'individuazione degli interventi con un miglior impatto generato dalle trasformazioni edilizie e attraverso l'incrocio dei risultati ottenuti con quelli dalla prima tipologia di analisi sarà possibile programmare correttamente le strategie di sistema. Questo perché, nei fatti, un importante intervento come la realizzazione di una struttura sanitaria, non avrà solamente conseguenze dirette sull'efficientamento del sistema sanitario, ma colpirà di riflesso e indirettamente anche il territorio circostante. Le varie strutture, frutto delle trasformazioni di sistema, rivestiranno il pesante ruolo di generatore di riqualificazione urbana. Rappresentano un volano occupazionale per la forza lavoro, sia all'interno della struttura stessa, che nell'immediato intorno allargando il mercato delle imprese locali. Gli ospedali, infatti, sono importanti poli attrattivi dei flussi di mobilità delle persone durante tutto l'anno e devono essere integrati al meglio con il tessuto urbano circostante. Il sistema sanitario, rappresentato dalle diverse strutture che lo compongono, deve riuscire a diventare parte della città e contribuire a migliorare la salute urbanistica della città stessa, specialmente in virtù dell'aumento numerico delle strutture, con una maggiore presenza sul territorio e la conseguente capacità di trasformazione urbana maggiorata. Bisogna rompere i confini rigidi tra città e ospedale favorendo integrazione, fruibilità e accessibilità. Integrazione che deve avvenire in maniera bilaterale: l'ospedale deve aprirsi verso la città attraverso parcheggi, aree verdi e i molteplici servizi extra-ospedalieri; la città, d'altro canto, deve essere in grado di accogliere la struttura al meglio, connettendola attraverso un'accessibilità con qualsiasi mezzo e fornendo servizi come hotel, ristoranti o addirittura di carattere sanitario privato (Lega et al 2009).

L'individuazione dell'esatta posizione e del lotto su cui edificare una nuova struttura sanitaria deve essere in compatibile con i piani di sviluppo urbano della città e deve mirare a sanare determinate criticità, decongestionando il tessuto urbano e restituendo alla città vasti comparti urbani. La riqualificazione di aree dismesse, la densificazione di eventuali vuoti urbani e la rigenerazione di aree già urbanizzate o periferiche sono temi che un importante intervento infrastrutturale, come una struttura sanitaria, non può escludere. L'inserimento territoriale e la scelta della localizzazione è condizionata principalmente dalla tipologia della struttura sanitaria e dalle funzioni sanitarie che deve esercitare. Una grande infrastruttura come un ospedale, generalmente, richiede lotti per

l'edificazione mai inferiori ai 15 ettari. Con queste dimensioni risulta difficile il suo inserimento in contesti urbani, se non nei vuoti lasciati da dismissioni industriali o di grossi servizi logistici. Le aree centrali hanno anche un valore immobiliare decisamente più elevato rispetto alle zone periferiche della città. Inoltre, nella scelta del lotto, è necessario tenere conto delle condizioni di traffico e di accessibilità all'area. Il nuovo intervento, infatti, dovrà migliorare il traffico veicolare, o quantomeno non peggiorarlo, attraverso percorsi viabilistici dedicati o arterie viarie nuove.

Diverse valutazioni, invece, possono essere fatte per strutture sanitarie di medie e piccole dimensioni come i centri territoriali, ambulatori di prossimità o i centri diagnostici. A queste strutture è richiesta una presenza omogenea in tutto il territorio, anche in contesti urbani densamente abitati, per una accessibilità equa e agevolata. In aree fortemente costruite non si possono escludere interventi di ricondizionamento di strutture esistenti, soprattutto quando l'intervento può servire come elemento riaggregante e di riqualificazione urbana, restituendo alla città intere porzioni di territorio (Dell'Ovo 2016).

La complessità e la molteplicità degli aspetti che legano le strutture assistenziali e territorio risultano cruciali per il buon funzionamento dell'intero sistema sanitario nel lungo periodo. L'estrema difficoltà di prevedere la reale evoluzione nel tempo del territorio, delle città, della distribuzione della sua popolazione e delle conseguenti attività sanitarie comporta una assoluta necessità di flessibilità delle singole strutture per potersi adattare a cambiamenti oggi non ipotizzabili.

#### **2.4 La flessibilità nella rete delle strutture sanitarie**

Abbiamo visto come un sistema sanitario che sia in grado di tutelare e promuovere la salute di tutti i cittadini debba necessariamente diversificare la sua offerta di salute in risposta ad una moltitudine di bisogni eterogenei. Questo obiettivo, principe di ogni sistema sanitario, può essere raggiunto attraverso l'istituzione di una rete territoriale socio-sanitaria, cioè una rete fatta di diversi edifici con funzioni sanitarie e sociali distribuiti capillarmente in tutto il territorio. Ognuno di questi edifici sarà nominato a rispondere ad una specifica esigenza del cittadino con una specifica funzione dedicata.

Risulta evidente che in un sistema così complesso, articolato e interconnesso la flessibilità rimane una capacità imprescindibile. Infatti, in una rete, il cambiamento apportato ad un singolo elemento si riflette conseguentemente a quello adiacente, modificando via via l'intero sistema finché non si raggiunge un equilibrio di rete. In altre parole potremmo dire che il cambiamento non viene assorbito solamente dal singolo nodo ma viene in qualche modo ammortizzato e ridistribuito all'intero sistema. Questa diversificazione delle funzioni dislocate in una moltitudine di strutture, quindi, dona una un'ulteriore flessibilità intrinseca all'intero sistema ospedaliero.

Per comprendere tale capacità possiamo partire prendendo in prestito dall'economia la definizione di flessibilità funzionale: *“Misura la capacità dell'impresa*

*di riorganizzare i propri lavoratori su diverse mansioni, differenti luoghi e tipi di lavoro” (Pagani 2012).*

È importante sottolineare che questa definizione è riferita ad una singola impresa. Cioè vale a dire che questa dattabilità sarà destinata a rimanere solo una qualità potenziale se tale rete non inizi a funzionare come un singolo sistema omogeneo e integrato. Bisogna porre quindi l’attenzione, non più sulle singole strutture ma sui collegamenti e le interconnessioni tra di esse che di fatto rendono una serie di nodi separati una rete unica. Cresce così l’esigenza di creare un canale stabile di comunicazione che sia in grado di coinvolgere tutte le strutture a tutti i livelli. Bisogna creare un sistema informativo sanitario, cioè uno strumento essenziale per il governo della sanità, che permetta la condivisione di informazioni sanitarie che, per quantità, qualità e tempestività, possano supportare adeguatamente i vari enti sanitari nelle attività di programmazione, organizzazione e controllo sul funzionamento delle strutture sanitarie (Pellegrini et al 2005).

Il sistema informativo sanitario rappresenta un patrimonio informativo unico che permette, attraverso i flussi sistematici di dati provenienti dalle strutture, di fotografare periodicamente le attività svolte, i costi e le risorse utilizzate nel territorio di riferimento, al fine di poter operare un’adeguata azione di programmazione delle risorse sanitarie. È lo strumento che dà la possibilità di tracciare il percorso dei cittadini-pazienti dentro il sistema sanitario in modo analitico attraverso il monitoraggio di tutte le prestazioni socio-sanitarie erogate dal sistema sanitario, individuando per ognuna di esse l’individuo destinatario, il medico prescrittore, la struttura erogante e i tempi di attesa. Attraverso la lettura critica di questi dati sarà in seguito possibile individuare le criticità e le eccellenze presenti nelle reti sanitarie, regalando così la possibilità di intervenire con modifiche puntuali sulla rete ospedaliera e territoriale attraverso operazioni di chiusura, ridimensionamento, riposizionamento, apertura di un servizio o di un’unità operativa. Il sistema sanitario, così, acquisisce la capacità di riorganizzare e ridistribuire la propria offerta sanitaria in funzione della domanda di salute, in altre parole acquisisce flessibilità funzionale e gestionale. (Bergamaschi 2005) Tale sistema informativo, però, genera un’enorme quantità di dati con un dedalo intricato di linguaggi, codifiche, classificazioni, metodologie di analisi e strumenti di misura. Occorre perciò una chiave di lettura unica con la quale uscire per trovare chiarezza. In sostanza bisogna costruire un linguaggio comune, cioè un linguaggio condiviso, puntuale, trasparente e confrontabile per consentire l’interscambio informativo a tutti i livelli. In assenza di un linguaggio comune, l’intero sistema informativo non funziona perché non ha la capacità di riconoscere grandezze omogenee, cioè non è in grado di trasformare i dati, di per se privi di significato, in informazioni utili e rappresentative dei processi di produzione dell’assistenza (Pellegrini et al. 2005).

Per creare un linguaggio comune si necessita di:

- Una classificazione degli oggetti da misurare: classificazione delle strutture insieme ad una classificazione delle prestazioni sanitarie. Una volta che tutte le prestazioni e le tipologie di struttura saranno classificate e codificate, consentiranno di avere tutti gli elementi informativi per il monitoraggio

dei costi per destinazione;

- La definizione dei contenuti informativi: definizione delle informazioni sanitarie individuali in grado di fornire dati aggregati per struttura erogatrice. Sono un insieme di dati identificativi, anagrafici del cittadino e di dati identificativi, informativi del prescrittore, della struttura e della prestazione sanitaria erogata che permetteranno in seguito il monitoraggio dei dati;
- Metodologie unificate e condivise di misura e codificazione dei dati: si propongono di definire metodologie di lettura dei fenomeni, di analisi dei dati e di creazione omogenea dei contenuti informativi. Permettono di individuare le eccellenze o le criticità nella rete attraverso le misure dell’appropriatezza clinica, il monitoraggio dei tempi di attesa, le misure d’esito e dell’outcome;

Le performance delle reti ospedaliere sono strettamente legate al buon funzionamento di della rete informativa cosiddetta intelligente. Cioè una rete che abbia capacità di attuare una reale condivisione di questa enorme fonte informativa di dati tra tutti gli attori istituzionali e che permetta una efficace ridistribuzione delle risorse sanitarie attraverso strumenti di business intelligence (Bergamaschi 2005).

Per l’attivazione di questi flussi informativi il sistema richiede necessariamente la presenza di strumenti informativi e informatici minimi in tutte le strutture. Questi strumenti sono l’insieme dei sistemi digitali che permettono lo scambio informativo fra le diverse strutture e di raccogliere e rendere le informazioni richieste per le attività di analisi.

Questa capacità di gestire e mettere in relazione fra loro enormi basi di dati può essere ottenuta attraverso l’attivazione di una o più strutture dedicate allo studio del benchmarking e della diffusione nel sistema delle best practice di rete. A queste strutture di datawarehouse centrale è demandato il compito di raccogliere e analizzare i dati provenienti dalle diverse strutture, per poi studiare e attuare le soluzioni di rete che consentano una migliore e più equa distribuzione dell’offerta. Sono strutture di straordinaria forza nell’aiutare gli enti nei processi decisionali per la chiusura, ridimensionamento, riposizionamento, apertura di un servizio o di un’unità operativa. Possono essere considerate una sorta di cabine di regia, cioè strutture di governo delle funzioni che devono facilitare una programmazione di sviluppo equilibrato e armonico del settore ospedaliero.

Per rispondere ai nuovi bisogni organizzativi dati dall’applicazione delle varie logiche aziendali e di rete, che potremmo quasi definire dei flussi logistici industriali, l’ospedale moderno deve riorganizzare e ripensare la sua divisione interna del lavoro. Molte risorse, dal posto letto alla tecnologia, dalla sala operatoria all’ambulatorio, devono essere gestite in modo unitario dall’intera rete per conseguire economie di scala. Aumenta così l’importanza del lay-out e la distribuzione degli spazi, organizzati ormai per piattaforme logistiche e produttive. Le moderne e avanzate strutture ospedaliere di fatti sembrano essere caratterizzate da elementi architettonici comuni quali: il blocco operatorio, il poliambulatorio unico, aree di degenza modulari e sviluppate orizzontalmente. Tali elementi potrebbero essere considerati i mattoni organizzativi degli ospedali.

Per comprendere, dal punto di vista strutturale, questa programmazione degli

ospedali in un'ottica di sistema o di rete, possiamo analizzare l'organizzazione della capacità di degenza e del numero di posti letto degli ospedali.

In una rete, con il termine capacità si intende il numero di posti letto complessivo di un sistema ospedaliero. Quindi la capacità complessiva di una rete è data dalla sommatoria delle capacità degli ospedali e delle strutture di cui si compone. Il sistema ospedaliero però deve avere una capacità complessiva di posti letto adeguata per dare una risposta completa al fabbisogno di salute di un determinato territorio di riferimento. Infatti, abbiamo visto precedentemente che con l'introduzione di processi di ricovero pre e post acutizie in strutture non ospedaliere si sta differenziando notevolmente l'offerta di degenza, riducendo drasticamente anche le degenze medie all'interno dell'ospedale. Quindi il numero di posti letto non è più un indicatore adeguato di attività ma vanno invece pesati in base alle prestazioni sanitarie da loro fornite. In questa prospettiva, la tradizionale logica di allocazione dei posti letto per le specialità medica non è più coerente con l'organizzazione sanitaria, che invece risponde a criteri di intensità e complessità di assistenza. La capacità in termini di posti letto, quindi, deve essere coerente con l'andamento della domanda in relazione alla tipologia di attività da erogare. Si sta così affermando l'idea di spazi di degenza e di attività il più possibile indistinti per vocazione e specialità ma caratterizzati per diversa intensità assistenziale e instabilità clinica. L'obiettivo è introdurre flessibilità di gestione nelle aree di degenza che consenta il massimo utilizzo delle strutture e una programmazione dei posti condivisa con le altre strutture. L'obiettivo della logistica nella sanità è ottimizzare la macchina produttiva dei percorsi di cura. Per le diverse strutture della rete territoriale, la flessibilità dovrà essere un vincolo imprescindibile. Solo con questo presupposto l'intero sistema sarà in grado di modificarsi continuamente alla ricerca di un equilibrio tra bisogni di salute e scelte strategiche di sistema, in relazione alla tipologia di attività da erogare. In questa maniera il sistema ospedaliero sarà realmente efficiente e proattivo, cioè capace di saper reagire preventivamente o tempestivamente a qualsiasi fenomeno che possa minare l'efficacia e l'efficienza del sistema stesso.

*“L'organizzazione dell'ospedalità deve co-evolvere con i bisogni di salute, che da un lato sfumano i confini disciplinari, dall'altro richiedono una specializzazione crescente. Far convivere nell'ospedale e nella rete ospedaliera questi due poli (integrazione e specializzazione) è la vera sfida. Le nuove possibilità nell'offerta dei servizi devono far riflettere sui confini fisici dell'ospedale, aiutare a progettare ospedali futuri più adattabili alle innovazioni che arriveranno, spingere alla ricerca di soluzioni di cura ed assistenza con il miglior rapporto costo-efficacia”* (Lega et al 2009).

## II. UNA NUOVA DIMENSIONE NELLA SANITÀ

Il concetto di promozione della salute, nella sua continua evoluzione, pone sempre più al centro del sistema sanitario la Persona. In un'assistenza sanitaria in cui il paziente non viene visto più come semplice portatore di una malattia ma come persona nella sua interezza, la comunicazione svolge sempre più un ruolo fondamentale, essendo alla radice della relazione indispensabile tra paziente, famiglie e caregiver. Nel primo paragrafo di questo capitolo si approfondisce l'evoluzione del concetto di salute e in particolare il passaggio dal modello bio-medico al modello bio-psico-sociale, in cui l'empowerment del paziente viene ottenuto, tra gli altri modi, attraverso nuove forme di comunicazione nella sanità. Con tali approcci alla cura, le esigenze riferite agli spazi di cura si stanno profondamente modificando

ed evolvendo, rivolgendosi sempre più verso la ricerca del benessere delle persone. Di fatti, è largamente dimostrato che determinati elementi del design di edifici sanitari sono dei fattori attivi che influiscono direttamente sulla sfera psico-fisica e sociale degli utenti e sul loro conseguente benessere percepito. L'insieme di questi fattori viene già considerata da anni come centrale dai progettisti sanitari che ne hanno fatto materia di studio e ricerca, traducendoli in nuovi standard e nuove specifiche per l'ambiente costruito. Nel secondo paragrafo vengono approfondite le tematiche principali della psicologia ambientale, il concetto di umanizzazione degli spazi di cura e alcuni dei fattori che influiscono sul benessere percepito da parte degli utenti.

## 1. La centralità della Persona nella Sanità

Il cardine della preminenza e dell'innovazione in campo sanitario, è l'assistenza incentrata sul paziente, non più visto come tale ma come persona nella sua interezza, attraverso questa azione si cerca di riportare l'individuo al centro del sistema usufruendo di un'arma indispensabile: la comunicazione, radice di una relazione indispensabile tra persona, famiglie, caregiver, tale *modus operandi* prende il nome di assistenza patient-centered.

Per far sì che il questo concetto possa realizzarsi, molte organizzazioni hanno dato grande rilievo all'educazione medica soprattutto dal punto di vista comunicativo, con l'ausilio di esperti atti a trasmettere le nozioni durante la pratica professionale quotidiana.

Questo tipo di formazione è stato identificato dall' Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), l'American Board of Internal Medicine (ABIM), l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates e l'American Board of Medical Specialties (ABMS) che hanno etichettato le tecniche comunicative e relazionali come "competenze core" della classe medica, finalizzate alla capacità di instaurare un rapporto di fiducia con pazienti e familiari ma anche con gli altri utenti dei servizi sanitari e tutta la gamma di operatori dei vari contesti socioculturali.

Nel documento "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century" (2001), l'Institute of Medicine definisce l'assistenza incentrata sulla persona, come uno degli elementi imprescindibili per migliorare i sistemi sanitari, delineando quattro elementi che la descrivono: "1. *Un'assistenza compassionevole ed empatica, in grado di rispondere ai bisogni del paziente nel rispetto dei suoi valori e delle sue preferenze;* 2. *Il coordinamento e l'integrazione delle strutture e del personale tutto, affinché gli eventi legati alla salute siano percepiti come coerenti ed integrati tra loro, e allontanino dal paziente e dalla famiglia quel senso di abbandono che spesso sperimentano di fronte allo scollamento dei servizi e delle risposte di cura;* 3. *L'informazione, la comunicazione, l'educazione: dimensioni che si fondano su una visione della persona come unica responsabile della propria esistenza e della sua continua evoluzione, nonché unica in grado di attribuirle significato.* 4. *Il comfort che deriva dall'organizzazione di tempi e spazi a misura di uomo; ad esempio i colori, gli arredi, i luoghi, i ritmi sono espressioni di un ospedale che esprime l'attenzione alla persona anche attraverso l'armonia di un ambiente intenzionalmente pensato per l'uomo, dove c'è posto e tempo per le relazioni e dove anche la famiglia trova il suo spazio per essere supportata da adeguate iniziative di sostegno e di cura e per essere consapevolmente coinvolta nell'assistenza al paziente."*

La cultura medica ha cercato di definire una vasta gamma di contenuti e metodologie di trattamento che navigano tra la psicologia medica e l'antropologia sanitaria, tra le arti e la filosofia, tra l'etica e la sociologia; evolvendo quel concetto di modello biomedico che non basta più; questo nuovo approccio prende il nome di Medical Humanities ( Haidet e Stein 2006).

### 1.1. Dalla cura delle malattie alla promozione della salute

Uno dei primi contributi nella cultura occidentale riguardo la ricodifica del concetto di salute è stato portato da Ippocrate nel 460 a.C. circa. Prima delle teorie del "padre della medicina" la salute era concepita come un dono degli dei e la malattia veniva considerata un fenomeno magico e religioso. Ippocrate, nelle sue pratiche da medico, non si soffermava solo sulla malattia del paziente e la sua manifestazione, ma esaminava anche diversi aspetti della vita del paziente in generale, come l'alimentazione, elementi psicologici e le relazioni interpersonali. Ciò che lo caratterizzava era la sua idea di valutare l'individuo in modo globale piuttosto che parziale, teoria più che mai attuale.

Progressivamente nei secoli, con lo sviluppo delle scienze mediche, si è venuto ad affermare il cosiddetto modello bio-medico della salute. Questo modello è caratterizzato dal paradigma causa-effetto e segue il processo organico della malattia. Cioè si individua prima la causa per poi intervenire con una terapia efficace. Qui la buona salute è considerata come un'assenza di disturbi e di interferenze nel funzionamento biologico del corpo, in altre parole di assenza di dolore o di una disfunzione corporea. La malattia viene interpretata come un guasto dovuto ad agenti patogeni che innescano processi somatici, completamente separati da quelli psicologici e sociali, ritenuti gli unici responsabili della sua genesi. Il modello biomedico, modello che persiste ancora oggi, presuppone che la diagnosi e il relativo trattamento siano compito esclusivo dei medici esperti in materia e che la malattia sia completamente fuori dal controllo del paziente (Krzysztof 2020).

Un passo fondamentale verso l'attuale concezione di salute è stato fatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quando, nel 1946 adottò una nuova definizione di salute nella sua costituzione definendola come "*uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*". In poche parole, mira al benessere come suo unico obiettivo. Il benessere è uno stato che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano, e caratterizza la qualità della vita di ogni singola persona nella società. In altre parole "stare bene" o "essere bene" è la capacità di rimanere "in forma" e essere "in forma" da un punto di vista psicologico vuol dire essere in grado di attivare le risorse individuali, fisiche, mentali, psichiche con le quali possiamo affrontare efficacemente le situazioni stressate. Quindi la salute viene intesa come una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico, dell'individuo, integrato nel suo ambiente naturale e sociale. Paradossalmente tale passo in avanti risulta essere in parte un ritorno all'antica concezione di salute di Ippocrate.

Ci sono voluti circa trent'anni affinché il mondo psichiatrico, grazie all'intervento di George Libman Engel nel 1977, si accorgesse di questa breve citazione della costituzione dell'OMS. Engel ne fece un paradigma di riferimento nell'approccio alla persona e introdusse il modello bio-psico-sociale in clinica. Tale modello impiega sistematicamente i fattori biologici, psicologici e sociali, incluse le loro complesse interazioni, nella comprensione della salute psicofisica e nella scelta dell'intervento terapeutico. Pone il paziente al centro di un ampio

sistema influenzato da molteplici variabili in cui le componenti psicologiche e sociali giocano un ruolo importante. Per comprendere e risolvere la malattia il medico, non deve occuparsi solo delle disfunzioni corporee, ma deve approfondire e rivolgere l'attenzione anche ad aspetti psicologici, sociali e interpersonali dell'individuo. Tutti aspetti fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia (Krzysztof 2020).

Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello bio-medico per concezione. Nonostante ciò diversi autori concordano che i due modelli non si escludono a vicenda nei percorsi terapeutici, ma si integrano. Il modello BPS, basato sull'approccio unitario e globale alla persona, costringe alla collaborazione interdisciplinare tra le varie professioni, quali medici, psicologi, professionisti sociali ed educatori. Le numerose competenze richieste per l'approccio olistico, non possono essere concentrate in un unico professionista. Di conseguenza l'unica strategia è quella che prevede attività di équipes multiprofessionali interagenti con il paziente. Queste sono attività particolarmente efficaci per percorsi socio-assistenziali duraturi nel tempo. Di fatti è la stessa Organizzazione Mondiale di Sanità che promuove questo modello per la creazione di percorsi di cure primarie per pazienti con malattie croniche, per gli anziani non autosufficienti o per progetti socio-educativi complessi (Becchi et al, 2009).

Nel 1986 l'Organizzazione Mondiale della Sanità sancisce la "Carta di Ottawa per la promozione della salute". Questo documento codifica il concetto di promozione della salute, pur essendo un concetto teorizzato in varie epoche storiche, e a distanza di più di trent'anni costituisce ancora un importante quanto attuale testo di riferimento per lo sviluppo di politiche orientate alla salute.

Innanzitutto la Carta ci fornisce la definizione di promozione della salute come "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla". Rappresenta quindi un processo sociale e politico globale, che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività. Questa definizione implica:

- Creare ambienti adeguati alle persone e che offrono un supporto per il perseguimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso condizioni di maggiore sicurezza e gratificazione;
- Rafforzare e sostenere l'azione delle comunità, per poter operare autonomamente scelte per quanto riguarda i problemi relativi alla salute dei cittadini che vi appartengono;
- Riorientare i servizi sanitari, nella logica di renderli più adeguati ad interagire con gli altri settori, in modo tale da svolgere un'azione comune per la salute della comunità di riferimento.

In seconda battuta la Carta definisce quelli che sono i determinanti della salute come: "I fattori personali, sociali, culturali, economici e ambientali che influenzano lo stato di salute di individui e popolazioni". I determinanti della salute possono essere raggruppati in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio,

condizioni di vita e di lavoro, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali socio-economiche, culturali, ambientali e fattori genetici. Studi internazionali hanno stimato quantitativamente l'impatto dei fattori sulla durata della vita della comunità, che vengono utilizzati come indicatori indiretti di salute:

- Fattori socio-economici e stili di vita 40-50%;
- Stato e condizioni dell'ambiente 20-30%;
- Eredità genetica 20-30%;
- Servizi sanitari 10-15%.

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sui determinanti di salute e, quindi, di migliorare la stessa. "L'uomo non è una riduttiva somma degli organi che lo compongono, funzionanti o non, una mente sana o malata, ma una realtà etica. Per questo motivo i moderni approcci alla malattia trattano il paziente come una Persona con tutta la sua complessità e totalità, dove accanto alla dimensione biologica, psicologia e sociale sono presenti anche altre dinamiche che incidono significativamente sul benessere o malessere della persona" (Krzysztof 2020.)

### 1.2. L'Empowerment della persona per la promozione della salute

Abbiamo visto come la promozione della salute, con la definizione della Carta di Ottawa, sia considerata come un processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Ovvero, i cittadini devono assumere la capacità e il controllo della propria vita, di padroneggiarla, di acquisire un ruolo attivo verso la propria esistenza e l'ambiente ponendosi davanti alle difficoltà con un atteggiamento positivo e costruttivo. Inoltre, abbiamo detto che, parlare di benessere fisico significa assumersi la responsabilità e l'attenzione del curare se stesso, dello star bene nel migliore dei modi possibili. Il termine benessere indica in questo contesto una filosofia in termini olistici che vede l'individuo singolo responsabile, attivamente coinvolto nel processo volto a migliorare e aumentare la propria salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1997, con la Dichiarazione di Jakarta, "Portare la Promozione della Salute nel XXI secolo", ha assunto tale approccio come uno dei principi guida nella promozione della salute. Questo lo evinciamo nelle cinque priorità che sono state individuate nella Dichiarazione di Jakarta:

- Promuovere una responsabilità sociale per la salute;
- Aumentare gli investimenti per il miglioramento della salute;
- Ampliare le partnership per la promozione della salute;
- Accrescere le capacità della comunità ed attribuire maggiore potere agli individui;
- Garantire un'infrastruttura per la promozione della salute (OMS 1997).

Qui si riconosce chiaramente che l'azione della comunità e l'empowerment del cittadino sono due requisiti fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi di salute. Il termine inglese "empowerment" non trova un corrispettivo in italiano che possa rendere chiaramente la complessità semantica della parola. Non esiste una parola che la traduca puntualmente, dandosi che assume sfumature diverse a seconda del campo teorico in cui viene applicata. A concordare un significato comune nel campo della sanità è stato lo stesso OMS, grazie al report "*What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*", commissionato nel 2006 alla professoressa Nina Wallerstein. Di seguito è riportata la seguente definizione di empowerment: "*L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita.*" Innanzitutto, analizzando questa definizione, l'empowerment è inteso come un processo che non riguarda solo i singoli individui, ma anche organizzazioni e comunità, cioè come un costrutto multilivello proprio per la caratteristica di potersi sviluppare nei tre diversi livelli. Questo vuol dire che la salute non è più una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma una responsabilità condivisa di tutte le risorse del territorio, cittadini compresi. In pratica, la promozione della salute parte dalla capacità del singolo individuo o del gruppo, di identificare le proprie aspirazioni e di soddisfare i propri bisogni, interagendo con l'ambiente e modificandolo a tal fine. Rappresenta un processo sociale e politico globale, che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività. Racchiude il senso unitario e perfettamente olistico del bene-essere, dell'ambiente che forma l'individuo, dall'educazione al concetto di salute, non come fatto che riguarda il singolo individuo, ma come impegno sociale, della comunità, come diritto/dovere della *polis*.

Un altro aspetto importante da analizzare della definizione è che la professoressa Wallerstein non ha appositamente utilizzato il termine paziente. Questa parola, infatti, suggerisce una concezione passiva del malato rispetto al medico e alle cure, infatti "Paziente" dal latino "*patior*" significa: tollerare, sopportare, patire e ne deriva "paziente" e "patire". L'empowerment apporta una rivoluzione del normale rapporto medico-paziente tale da rendere inadeguato questo termine che dà l'idea della Persona malata come di un soggetto che subisce. Con questo processo il paziente è un soggetto attivo, in cui la storia personale e la condivisione sono elementi fondamentali. L'uso del termine "paziente" indica un soggetto in una particolare condizione clinica e non una persona con i suoi desideri e bisogni. L'esistenza di malattia, sofferenza o disabilità, infatti, non può essere considerata un ostacolo alla libertà di espressione e al riconoscimento di sé. Infatti, la prima persona a cui viene chiesto di affrontare questa difficoltà è la persona stessa e questa responsabilità non può essere delegata a nessuno (Ministero della Salute 2011).

All'interno del report poi, si definiscono con grande concretezza le tre componenti fondamentali dell'empowerment, cioè quelle competenze, nominate nella

definizione, che i soggetti devono sviluppare affinché possano padroneggiare le proprie vite:

- Controllo: si riferisce alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza;
- Consapevolezza critica: consiste nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco e le risorse mobilitate vengono influenzate;
- Partecipazione: consiste nell'operare insieme agli altri attori per ottenere i risultati desiderati e condivisi.

Quindi i processi empowering sono quelli nei quali è fondamentale acquisire il controllo, ottenere le risorse di cui si ha bisogno e comprendere criticamente il proprio ambiente sociale. Promuovere empowerment non significa, dunque, dare "potere" a chi non ne ha, ma aiutare le persone a sviluppare le competenze per prendere decisioni volte a risolvere indipendentemente i propri problemi. Per tale motivo, l'empowerment non è qualcosa che può essere calato dall'alto o essere replicato con modalità standardizzate, ma è il frutto di un processo costruito insieme alla persona, organizzazione o comunità a cui è rivolto (Caracci 210).

Questo significa che l'intervento di empowerment, deve essere costruito attraverso l'alfabetizzazione alla salute delle persone e delle comunità. Attraverso questo intervento sociale si riesce a modificare consapevolmente e durevolmente il comportamento della popolazione in favore della salute e a conferirle la capacità di comprendere e agire. L'educazione alla salute non significa solo comunicare decisioni e informazioni, ma anche di fornire alle persone le motivazioni, le abilità, la fiducia e la possibilità di intraprendere azioni volte a migliorare la propria salute. È un processo di apprendimento costruito per l'aumento delle conoscenze, volto allo sviluppo di life skills, atteggiamenti e comportamenti che contribuiscano alla salute del singolo e della comunità. Pertanto, l'obiettivo principale di questo metodo è ridurre la normale asimmetria informativa tra medici e pazienti per fornire una maggiore consapevolezza e partecipazione, consentendo così scelte più responsabili da parte della persona.

Abbiamo visto come la trasformazione nella concezione della persona, da semplice contenitore di patologie a soggetto attivo nel percorso di cura e riabilitazione, abbia portato alla nascita e allo sviluppo di teorie che fanno della comunicazione e della condivisione di conoscenze i loro fondamenti. Le persone in un'ottica di empowerment, sono i protagonisti dei processi di cura e di riabilitazione e per questo sono soggetti da guardare nell'insieme, spesso e con un diverso approccio. Parlare di empowerment significa innanzitutto mettere la persona al centro del processo riconoscendola come soggetto attivo e avente diritto (Ministero della Salute 2011).

### 1.3. La comunicazione negli spazi di cura

Come sopra anticipato, nel processo di empowerment della persona, oltre alle rigorose scienze mediche, anche il rapporto di comunicazione tra pazienti e personale medico e tra pazienti e istituzioni mediche gioca un ruolo centrale.

Il tema della comunicazione nel campo della medicina e della sanità, infatti, coinvolge diversi ambiti, da quelli più classici, come il rapporto tra caregiver e pazienti, a quello delle relazioni nella comunità dei curanti, a quello formativo e informativo in veste di comunicazione sociale, fino ad influenzare direttamente la progettazione degli spazi.

Innanzitutto, bisogna specificare che comunicare non è solo informare. L'informazione possiamo definirla come un passaggio unidirezionale di un insieme di dati, considerati utili da chi se ne serve. Tuttavia, avere a disposizione molte informazioni, non garantisce il fatto di essere informati. Inoltre, in questo passaggio di dati, l'informatore si ritrova ad esercitare un notevole potere sul destinatario. L'informazione, se non contestualizzata, potrebbe risultare un agglomerato indistinto di dati. Per essere tale, dunque, l'informazione deve portare alla persona che la riceve una conoscenza effettivamente utile e utilizzabile, un valore aggiunto ai dati, che di per sé è inutile. Per questo motivo, quando si parla di informazione, bisogna sempre considerare il contesto di riferimento a cui si riferiscono i dati, e solo in base a questo contesto possono essere decodificati e attribuiti un significato specifico.

La comunicazione, invece, non è solo uno scambio di informazioni oggettivo e impersonale. Al contrario, può essere considerata come una forma di relazione stabilita tra individui, che costruiscono attivamente il significato del loro discorso e lo contestualizzano nell'ambiente sociale in cui si muovono. Il processo di comunicazione è sempre un processo cooperativo, in cui due o più persone negoziano e determinano la visione della realtà, e assegnano un significato soggettivo al contenuto della comunicazione stessa; un processo ciclico in cui i partecipanti si basano sulle risposte esplicite o implicite dei partecipanti, si influenzano a vicenda e rinegoziano costantemente il contenuto e la forma dei loro scambi.

Da tempo i piani regionali hanno attribuito un ruolo importante all'informazione e alla comunicazione con utenti e cittadini per garantire: l'equità e la semplificazione dell'accesso ai servizi; per la difesa dai rischi per la salute, per l'espressione da parte degli utenti di un consenso alle cure proposte, per il riconoscimento dei corretti rapporti tra operatori sanitari e utenti come uno degli elementi centrali nel definire l'adeguatezza e l'efficacia dei servizi erogati.

Le istituzioni sanitarie sono sempre più caute nel considerare i rischi dell'impatto dei loro comportamenti comunicativi sulle sensibilità e le aspettative dei cittadini. Infatti è stato sottolineato in più circostanze, che la comunicazione resa adeguata alle aspettative dei destinatari, aumenta il livello di gradimento e di percezione della qualità dei servizi e delle prestazioni medico-sanitarie fornite. L'aumento di eventi con delle criticità comunicative può talvolta dipendere da comportamenti comunicativi negativi in alcuni ruoli chiave di prima influenza. Queste barriere comunicative tra gli individui, influenzano direttamente il rischio di errore che va dalla somministrazione di farmaci fino alla comunicazione/

informazione di tipo procedurale e interpersonale. L'efficienza comunicativa nei reparti, la formazione e motivazione del personale, il sistema di accoglienza, l'informazione e il coinvolgimento positivo dei clienti-pazienti e di tutti coloro che entrano nell'organizzazione anche temporaneamente rappresentano dei punti nodali nella percezione della qualità delle strutture.

Il pensiero di Engel, cioè che la malattia non impatta solo a livello biologico ma sull'intero sistema di relazioni ed affetti, ha portato a diverse riflessioni teoriche orientate sulla comunicazione e sulla relazione medico-paziente. Sono emersi, con varie sensibilità e approcci, movimenti in cui risultano centrali: la tensione verso il tentativo di comprensione del paziente e della sua storia di malattia. Le Medical Humanities, e le successive Narrative Based Medicine e Patient Based Medicine, tendono a recuperare una dimensione della clinica attenta all'individuale, alla narrazione, alla dimensione emotiva, al pensiero morale e alle idee di bene e di felicità.

Attraverso la comunicazione si crea un rapporto medico-paziente che permette di sviluppare riflessioni approfondite su grandi temi, quali ad esempio il significato della malattia, la morte e il morire. Queste sono esperienze necessarie e che devono essere spiegate in contesti sanitari in modo scientifico. Difficilmente però potranno essere comprese nel loro significato individuale attraverso tali ambiti poiché il vissuto di malattia, non può essere spiegato scientificamente ma solo compreso nella sua singolarità. Tali ambienti possono rappresentare un modo per insegnare e conoscere davvero l'esperienza di malattia nella sua complessità e quindi nella sua inevitabile dimensione di vissuto.

Qui, per il curante, è centrale la consapevolezza di come la malattia, evento biologico, si innesta sulla storia del paziente, evento storico ed esistenziale, nonché di come il paziente legge se stesso e costruisce la struttura narrativa. Qualsiasi atto curativo, quindi, deve essere preceduto da una cornice narrativa in cui il curante deve avere la capacità di immergersi per enucleare gli aspetti clinicamente rilevanti che sarebbero sfuggiti ad un approccio esclusivamente basato sulle evidenze. Si tratta di costruire il colloquio clinico sulla base di aperture socio-emotive, che danno luce al mondo del paziente, al suo vissuto, stabilendo così un'alleanza terapeutica tra curante e paziente (Del Nord 2012). Questa pratica pedagogica prende il nome di "Educazione Terapeutica" e se correttamente eseguita, permette di diminuire sensibilmente l'esigenza di nuovi ricoveri, limita l'insorgenza di acuzie ma soprattutto limita il senso di frustrazione e di delusione nei pazienti per non essere stati accolti nell'interezza della loro persona. Si facilita così il processo di trasferimento di competenze dal gruppo dei curanti ai pazienti o ai loro stakeholders. L'Educazione Terapeutica viene definita dall'Organizzazione Mondiale di Sanità come la pratica clinica "...finalizzata ad aiutare i pazienti ad acquisire o mantenere le competenze di cui hanno bisogno per gestire al meglio la loro vita con una malattia cronica. Comprende attività organizzate, incluso un sostegno psico-sociale, ideate per rendere i pazienti coscienti e informati della loro malattia, delle cure, dell'organizzazione e delle procedure ospedaliere, dei comportamenti legati alla salute alla malattia. Ha lo scopo di aiutarli (insieme alle loro famiglie) a comprendere la loro malattia e il loro trattamento, collaborare e

*assumere nella propria presa in carico per aiutarli a mantenere e migliorare la loro qualità della vita”* (WHO 1998). L'Educazione Terapeutica è quindi centrata sulla strutturazione di competenze di autocura, e sulla formazione di una concreta determinatezza individuale autoaccudimento, basato quindi su un programma personalizzato, condiviso e che promuove un processo di empowerment del paziente.

Per costruire e mantenere quest'alleanza nella fiducia è necessario dunque che il curante, o la comunità di curanti, assuma un atteggiamento empatico. Essere empatico significa avere la capacità di mettersi nei panni dell'altro, di riuscire a capire le ragioni, i dolori e i significati che la persona vive, di *com-pa-tire* cioè di patire assieme (Cattorini 2008). In tal senso studi della psicologia sociale rivelano di come l'attenzione non debba concentrarsi solo sulle dinamiche verbali, ma sull'intera gamma delle comunicazioni paraverbali presenti in una dinamica relazionale (Watzlawick 1971).

Per comunicazione si può intendere tutto ciò che incida su atteggiamenti e comportamenti, in maniera implicita o esplicita, ovvero tutto ciò che può modificarli o rafforzarli. Infatti, tra gli strumenti della Medicina per la comunicazione, vengono riconosciuti anche i valori semantici degli spazi architettonici e tutte le modalità con le quali è possibile comunicare e trasmettere un messaggio attraverso le relazioni con l'ambiente, più o meno consapevolmente. Nei precedenti approcci psico-sociali, assume notevole importanza il contesto della comunicazione, ovvero l'ambiente in quanto luogo nella quale si svolge l'interazione comunicativa. La struttura sanitaria costruisce parte della comunicazione e ne determina sia lo stile che i contenuti.

Studi americani, infatti, hanno evidenziato come l'ambiente influisce sull'interazione dei diversi attori in gioco e come la comunicazione varia a seconda se questa si svolge all'interno di un'hospice o di un ospedale. Interessante è il fatto che l'ambiente ospedaliero non agevoli la comunicazione, anzi spesso la ostacola sino ad arrivare ad una situazione di scarsa gestibilità, generando un loop comunicativo che si avvitava su sé stesso. Il clima più accogliente dell'hospice, mentre, favorisce l'emergere di contributi da parte del paziente e dei suoi familiari, essendo un ambiente che si presta ad un maggior coinvolgimento del paziente nella comunicazione clinica. Coinvolgimento agevolato dal fatto che, in questo contesto, sono diminuiti gli aspetti che portano il paziente a sentirsi in una posizione di minorità, ovvero stanze con più persone, la presenza di elementi istituzionali, ovvero un ambiente gestito in funzione dell'apparato e non della persona (Lannamann 1989).

In un colloquio tra un operatore sanitario ed un paziente o un suo familiare bisogna tener conto di tre aspetti essenziali: dove, quando e come.

Mentre gli ultimi due aspetti riguardano il tempo della comunicazione le modalità con la quale viene affrontata, il primo riguarda in maniera diretta gli spazi sanitari ed è opportuno analizzarlo in questa sede.

Per fare l'esempio di una comunicazione tipica svolta in ospedale, il luogo dove un operatore sanitario affronta generalmente un colloquio è nei pressi del letto del paziente. Questa è una situazione che, nonostante appaia naturale, presenta più di una controindicazione.

In primo luogo, il paziente si trova in una condizione di inferiorità rispetto al suo interlocutore, e quindi produce una comunicazione fortemente asimmetrica e sbilanciata. Infatti il personale medico quasi certamente starà in piedi, mentre il paziente sarà sdraiato sul letto e lo guarderà dal basso verso l'altro. In questo modo l'asimmetria della comunicazione aumenta in modo esponenziale, asimmetria di fatto già presente per via della natura del ruolo di curante e curato. Inoltre, non è certo facile garantire la riservatezza e l'intimità della comunicazione a letto del paziente, elemento essenziale in ogni comunicazione clinica. C'è una certa asimmetria inerente alle interviste cliniche, ma da un lato serve per espandere questa asimmetria e, dall'altro, è un tentativo di limitare questa asimmetria. Come è stato più volte sottolineato, non dovrebbero esserci elementi evidenti per rafforzare il ruolo professionale del personale, il che aggraverà l'asimmetria. Inoltre, per il paziente che si trova a letto non è certo facile garantire la riservatezza e l'intimità, elemento questo assolutamente necessario in tutte le comunicazioni. Come si è sottolineato più volte, non dovrebbero essere presenti elementi che rafforzino il ruolo professionale del personale in maniera eccessiva, questi elementi tenderebbero ad accentuare l'asimmetria. Una certa asimmetria, infatti, è connaturata al colloquio clinico, ma un conto è cercare di limitarla, un altro è ampliare questa asimmetria (Del Nord R., 2012). Secondo i contributi della Prosemica, cioè la disciplina semiologica che studia i gesti, il comportamento, lo spazio e le distanze all'interno di una comunicazione, sia verbale sia non verbale, dovremmo prestare particolare attenzione alla distanza che ci separa dal paziente. Il termine prosemica è stato introdotto e coniato dall'antropologo Hall nel 1963, dal latino *prox(i-mitas)* «prossimità», per indicare lo studio delle relazioni di vicinanza nella comunicazione. Hall ha osservato che la distanza relazionale tra le persone è correlata con la distanza fisica e ha individuato quattro zone spaziali principali: la distanza intima, la distanza personale, la distanza sociale e la distanza pubblica (Hall 1968).

La distanza intima attiene alla sfera più privata e gelosa della persona. È una zona che si estende per circa 45 cm intorno al corpo nella quale il contatto con gli altri è escluso o consentito solo a persone con le quali si condivide una forte intimità. È la distanza nella quale sono avvertiti con forza gli odori personali e nella quale avviene il contatto sessuale.

In questa sfera tutte le intrusioni sono sgradite, anche quelle necessarie per la pratica clinica. Infatti, sebbene l'operatore sia autorizzato, deve avere un atteggiamento delicato e rispettoso, e il più possibile limitato nel tempo. Pertanto, si raccomanda di rispettare l'inviolabilità di questa zona durante il colloquio con il paziente e effettuare operazioni cliniche strettamente necessarie.

L'area personale, mentre, è l'area in cui avvengono i dialoghi e l'interazione sociale privata, la permanenza in quest'area è comunque considerata invadente e sono consentite solo determinate persone: partner, amici intimi, bambini, ecc. Si estende per circa un metro e venti intorno a noi. L'area dovrebbe essere protetta in modo che solo professionisti medici e membri della famiglia possano entrarvi, ad esempio evitare che un membro della famiglia di un altro paziente possa entrarvi.

La zona sociale è l'area da adottare quando si discute con una persona con cui si ha un rapporto formale e permette di trovare una situazione di comfort quando ci si ritrova a dover parlare nell'ambito di colloqui di lavoro o trattative importanti. Si estende da un metro e venti sino a una distanza di circa tre metri e mezzo ed è la zona in cui si dovrebbe svolgere la comunicazione clinica. I luoghi ad essa deputati dovrebbero quindi permettere di mantenere la distanza tra gli interlocutori di almeno un metro e venti, distanza che si realizza se due persone parlano sedute ad un tavolo o ad una scrivania. È importante, quindi, che il personale sanitario organizzi e controlli lo spazio in maniera da mantenere la giusta distanza e posizione tra gli interlocutori. Le sedute, quindi, devono permettere di tenere gli occhi sulla stessa linea per non enfatizzare l'asimmetria e, nel contempo, tenere le ginocchia degli interlocutori abbastanza distanti da non invadere le rispettive zone intime, ma abbastanza vicine da non manifestare lontananza. In generale, la distanza tra gli interlocutori data da una scrivania può essere considerata sufficiente e soprattutto facile da identificare e gestire per l'operatore.

La distanza pubblica infine, è la distanza che viene adottata nelle conversazioni in pubblico in cui è praticamente impossibile interagire con il singolo ed è per questo che non la prenderemo in esame. Esempi di conversazioni che usano questa distanza sono i comizi, oppure gli spettacoli (Hall 1968).

## 2. La centralità della Persona negli spazi di cura

Il concetto di umanizzazione in sanità ha trovato un fondamento nel processo evolutivo, in questo processo sono cambiati il modo di considerare la salute e gli strumenti utilizzati per garantire la salute. Il passaggio dai metodi biomedici (dove curare le malattie significa curare gli organi malati) ai metodi bio-psi-co-sociali introduce una prospettiva sanitaria multidimensionale che sposta l'attenzione dalla malattia agli individui complessi. In questa visione viene considerato come fulcro il concetto di centro paziente, e quindi il suo rapporto con lo spazio circostante e le persone ad esso legate. Nell'ambito di questo approccio, il paziente è inteso non solo come portatore di malattia, ma anche come persona con bisogni psicologici, emotivi e relazionali oltre che fisici e funzionali. Numerosi studi hanno dimostrato che, anche sulla base dell'indagine diretta, lo stile di vita e le sensazioni di malattia dei pazienti e dei loro familiari sono influenzati da fattori clinici, medici e professionali, oltre che da altri fattori. Oltre alle rigorose caratteristiche biologiche, come la comunicazione e le caratteristiche dell'ambiente fisico (Del Nord et al. 2015).

Dunque, l'evidenza scientifica asserisce che questi fattori che non hanno nulla a che fare con il livello tecnico, scientifico e professionale delle cure fornite, non solo hanno un grande impatto sullo stile di vita e sulla comprensione delle malattie, ma hanno anche un impatto sugli stessi risultati clinici. (Ulrich, 1992). Nello specifico, le questioni importanti che sono state evidenziate hanno analizzato i seguenti aspetti, quali il livello di interazione tra personale medico, pazienti e familiari, l'acquisizione di informazioni, la qualità dell'ambiente fisico per il trattamento e l'uso di metodi per supportare il trattamento. La totale complessità di una persona: mente, corpo e spirito (Frampton et al., 2006).

Per quanto riguarda ospedali e altri ambienti sanitari, l'umanizzazione spaziale e fisica, rappresenta una caratteristica del concetto ad ampio spettro di umanizzazione ospedaliera, essa include aspetti organizzativi, razionali e terapeutici oltre alla qualità dell'ambiente (Bonnes et al., 2008).

L'umanizzazione, quindi, è intesa come interpretazione dei bisogni psicologici e sensoriali degli utenti, in primis i pazienti, poi dei caregiver, dei medici e del personale sanitario e si riferisce a diversi ambiti strettamente correlati. Questi campi vanno dalla scienza medica, alla comunicazione tra pazienti e personale medico, e dalla comunicazione tra pazienti e istituzioni mediche, al rapporto con la progettazione dello spazio infermieristico (Del Nord 2006).

Soprattutto per i requisiti dell'ambiente di progettazione, è necessario non solo soddisfare requisiti funzionali, come l'accessibilità e la distribuzione spaziale, ma anche soddisfare le proprietà psicologiche, emotive e sociali delle persone, come la salute psicologica e sensoriale, che costituisce un'estensione del quadro dei bisogni generalmente definito.

L'attenzione verso queste caratteristiche, che viaggiano di pari passo con l'evoluzione della medicina, contribuiscono a dare il supporto necessario al paziente caratterizzato da un'importante progetta emotiva causata dall'ospedalizzazione. Il concetto di umanizzazione, a livello internazionale, che prende in esame pazienti e caregivers, è espresso con l'espressione dichiarata da IAPO

(International Alliance of Patients' Organization) nel 2007, patient centered care, secondo cui il sistema delle cure deve essere costruito in base alle necessità del paziente.

Nello scenario europeo, l'European Observatory on Health Systems and Policies, partner dell'OMS, ripropone il modello patient centered concentrandosi sulla centralità del paziente. Questa prospettiva può essere caratterizzata dal rispetto dei valori e delle preferenze della persona come informazione, comunicazione supporto emotivo e comfort fisico; questo approccio trova i suoi riferimenti nelle Medical Humanities, sorte negli anni '70 negli Stati Uniti, che hanno censito la chiave di volta nella riscoperta della relazione medico paziente con aspetti specificatamente riferiti alla sfera umana e personale (Del Nord et al 2015).

Nell'ultimo decennio si è insediato l'approccio family-centered che vede le persone legate al paziente non solo biologicamente ma anche affettivamente, come partner del personale sanitario, con cui mettere in azione un piano terapeutico incentrato anche sulla sfera affettiva, con cui condividere riflessioni e decisioni (Frampton et al. 2011).

L'adeguamento fisico spaziale del setting può essere più o meno in linea con le esigenze dei pazienti e con l'ambientazione generale, per esempio un'ambientazione spazio-fisica ospedaliera può sia facilitare che inibire comportamenti di pazienti personale e visitatori; infatti attraverso la ricerca di psicologia ambientale gli aspetti fisici sono stati considerati una "figura completa" non solo uno sfondo. L'obiettivo di ambienti ospedalieri umanizzati si riferisce agli attributi di design spaziali, fisici e di design funzionali che gli ambienti sanitari dovrebbero possedere sia per: (i) ridurre il livello di stress che può essere molto alto sia per pazienti che per il personale, dato il loro contatto quotidiano con malattia, dolore e (in alcuni casi) morte; e (ii) promuovere e aumentare il benessere e la qualità della vita degli utenti dell'ospedale. Un'attenzione specifica dovrebbe essere data a diverse caratteristiche progettuali che potrebbero soddisfare meglio le esigenze degli utenti (Bonnes et al. 2008).

Queste caratteristiche includono il layout e la configurazione spaziale, non di minor importanza è la scelta dei colori del mobilio e delle pareti, opere d'arte e giochi di luce naturale, spazi aperti e verdi, comfort spaziale e sensoriale in termini visivi (cioè, un'adeguata illuminazione e viste panoramiche) o in termini uditivi (per esempio, evitare rumori fastidiosi) o in termini climatici (per esempio, adeguatezza della temperatura e umidità); privacy e interazione sociale, senso di controllo da parte del paziente, tutte queste sono tra le caratteristiche fondamentali che una buona struttura dovrebbe possedere per definirsi "umanizzata" (Bonnes et al. 2008).

### **2.1. L'importanza del controllo dello spazio per il paziente**

Molti studi hanno evidenziato che il senso di controllo svolge un ruolo fondamentale nella gestione degli eventi o di situazioni emotivamente pressanti, incluso lo stress associato all'ospedalizzazione lo stato di malattia. Con il termine

"controllo" si definisce la capacità reale o soggettiva delle persone di gestire le proprie azioni (Gatchel et al. 1989).

Macroscopicamente, le persone che realizzano di avere un determinato controllo su eventi e situazioni, affrontano lo stress il mondo più razionale, controllando lo stato di salute con consapevolezza, al contrario di chi non riesce ad acquisire il controllo su sé stesso. Lo stress derivante dalla mancanza di controllo ha dimostrato di avere molteplici effetti negativi, tra cui depressione, impotenza, riduzione delle prestazioni cognitive, pressione sanguigna elevata, livelli più alti di ormoni dello stress circolanti e sovraespressione del funzionamento immunitario. Nel dettaglio, numerose ricerche hanno scoperto che l'acquisizione di un controllo reale sullo stress sembra alleviare gli effetti nefasti dello stress ambientale, condizioni incontrollabili di quest'ultimo (rumore o illuminazione), sono tipicamente fonte di stress (Evans et al. 1987).

Nelle persone ili, la perdita del senso di controllo è un problema frequente che genera stress e influenza negativamente i risultati, le esperienze legate alla malattia e all'infortunio sono di per sé stressanti in quanto incontrollabili, come ad esempio: procedure diagnostiche inevitabili e sgradevoli, generano nell'individuo un forte stress, derivato dalla privazione dell'autonomia e della privacy. La mancanza di privacy è considerata dunque, un fattore di stress ambientale e sociale legato all'assenza del controllo dell'esposizione della persona e il libero accesso ad essa. Si dà il caso che gran parte dello stress dell'ospedalizzazione derivi dalla perdita di controllo, che a sua volta genera mancanza di informazioni, perdita della privacy, perdita del controllo spazio-temporale, mancanza di autonomia, di regolare l'illuminazione della temperatura dell'ambiente che si ospita e forte difficoltà di orientamento in edifici complessi come gli ospedali (Ulrich 1999).

Consapevolezza da parte degli operatori sanitari che la mancanza di controllo è un problema da non sottovalutare, ha motivato questi ultimi a cambiare organizzazione, regolamenti e routine per garantire al paziente maggiore autonomia. Ospedali americani ed europei hanno adottato una filosofia sanitaria che prende il nome di Planetree, che promuove il senso di controllo al paziente permettendogli di accedere alla propria cartella clinica, rendendo fruibili informazioni circa il proprio stato di salute e mettendo a loro disposizione mezzi in grado di determinare gli orari di risveglio, evitando il risveglio forzato, tipico della stragrande maggioranza dei nosocomi (Ulrich 1999).

B.L. Driver e collaboratori hanno identificato un beneficio legato al controllo chiamato fuga temporanea, emesso successivamente in numerosi studi; l'evasione temporanea potrebbe essere passiva come ammirare una piacevole vista fuori dalla finestra, ho solo nella mente quando si immagina di essere in un posto piuttosto che in un altro; la fuga temporanea sembra essere fortemente legata al controllo poiché le persone fuggono da stress o situazioni negative e di conseguenza stanno ottenendo un controllo su se stessi che può essere reale o semplicemente percepito. (Kaplan et al. 1993) hanno utilizzato la definizione "essere lontani" in un modo simile alla fuga temporanea, intesa come prendere le distanze dalle richieste quotidiane imposte dal lavoro o da situazioni nefaste (Ulrich 1999).

Sulla base di questi pensieri è stato necessario munire le strutture sanitarie di aree verdi per favorire il ripristino e il coping, fornendo il controllo agli utenti, pazienti e operatori devono sapere che quest'area esiste e essere in grado di raggiungerla senza barriere architettoniche. Il paziente, dunque, verrà meno a quella sensazione di perdita del controllo, mostrandosi più propenso all'uso in loco di un giardino a pochi passi dalla sua stanza, aumentando il controllo attraverso delle caratteristiche di design che facilitano il way-finding e permettono a tutti gli utenti visitatori dell'area green di regolare la privacy prevedendo la perdita di controllo e lo stress (Carpman e Grant 1993).

## 2.2. L'impatto della luce sul benessere del paziente

La luce è un mezzo indispensabile, oltre a permettere lo sviluppo delle attività quotidiane è un elemento che influisce considerevolmente sulla psicologia e la fisiologia umana.

Numerose referenze hanno documentato il ruolo della luce nel ridurre la depressione, diminuire la stanchezza e regolare i ritmi circadiani e il trattamento di condizioni come l'iperbilirubinemia del neonato itterico (Anjali 2006).

È stato analizzato, inoltre, che la presenza di luce naturale nei luoghi di lavoro generi una maggiore concentrazione e soddisfazione e positività andando ad agire sul rilascio di serotonina. La luce del sole fornisce uno spettro equilibrato di tonalità con elementi di tutta la gamma di lunghezze d'onda visibili, queste ultime presenti nella luce del giorno variano nel corso del giorno con la latitudine, condizioni meteorologiche e stagioni. Di contro, la luce artificiale bianca fredda o a incandescenza che essa sia è composta da lunghezze d'onda di luci concentrate in aree limitate dello spettro di luce visibile come dal giallo al rosso o dall'arancione al rosso (Edwards & Torcellini 2002).

Si dal il caso che seppur la luce del giorno non sia intrinsecamente superiore all'illuminazione artificiale per i compiti visivi. La luce naturale ha dei vantaggi sull'uomo per quanto riguarda la regolazione dei ritmi circadiani e sul concetto di salute propriamente detto.

La luce ha un forte impatto sulla salute e sulle prestazioni umane, attraverso quattro meccanismi:

- Esecuzione compiti visivi.
- Gestione ritmi circadiani.
- Influenzare l'umore e la percezione.
- Facilitare l'assorbimento diretto per le reazioni chimiche critiche nel corpo.

(Boyce et al. 2003). Secondo lo studio di Boyce et al. del 2003 la natura del compito, la quantità, lo spettro e la distribuzione della luce determinano il risultato finale. Un esempio è stato fatto negli ospedali d'oltre oceano dove la forza lavoro a un'età avanzata e quindi ci si avvale di illuminazioni diverse in base ai ruoli da svolgere per far sì che l'utente renda al meglio.

La luce che cade sulla retina e viene trasmessa all'ipotalamo controlla il ritmo circadiano del corpo (eventi biologici che si ripetono a intervalli regolari), che sono responsabili della sincronizzazione dell'orologio interno del corpo alle 24 ore.

Il sistema circadiano umano è composto da tre componenti: un oscillatore interno che si trova nel nucleo soprachiasmatico dell'ipotalamo; una serie di oscillatori esterni come luce buio, giorno notte, che possono trascinare l'oscillatore esterno e un ormone, la melatonina, secreto dalla ghiandola pineale che scandisce il tempo attraverso il flusso sanguigno. L'attivazione della ghiandola pineale provoca la soppressione della melatonina, i livelli di quest'ultima determinano lo stato di stanchezza sono alti o stato di allerta a bassi livelli, di conseguenza, se nel luogo di lavoro la luce artificiale è insufficiente, la naturale soppressione o produzione dei livelli di melatonina viene meno e ne conseguono rapidi cambiamenti d'umore accompagnati da sonnolenza e depressione (Edwards & Torcellini 2002).

Dunque una buona gestione del sistema circadiano, riduce la depressione tra i pazienti con disturbo affettivo stagionale e depressione bipolare.

- Diminuisce la durata del soggiorno in ospedali.
- Migliora il sonno e i ritmi circadiani.
- Diminuisce l'agitazione tra pazienti affetti da demenza, allevia il dolore.
- Migliora l'adattamento al lavoro notturno del personale.

L'influenza della luce sull'umore dell'individuo è prettamente soggettiva, sicuramente la luce è la chiave ma i comportamenti e l'umore in relazione ad essa variano da persona a persona. Per le stesse condizioni di illuminazione qualcuno può provare disagio, qualcun altro gioverebbe in base al proprio stato prima ancora di recarsi sul luogo di lavoro (Boyce et al. 2003). Leather et al. nel 1998 definirono sette diversi obiettivi: comfort psicologico, aspetto e gradevolezza dell'ufficio, salute generale, salute visiva, aspetto cromatico di persone e arredi, prestazioni lavorative e lavori che richiedono l'osservazione fine. Inoltre, fattori come l'abbagliamento e il disagio termico possono effettivamente influenzare l'umore e le prestazioni dei compiti in modo negativo. La radiazione luminosa viene assorbita direttamente dal corpo attraverso la pelle, e questo stimola le reazioni chimiche nel sangue e negli altri tessuti.

I meccanismi in discussione in ambito sanitario sono i seguenti.

- supporta il metabolismo della vitamina D e
- previene l'ittero.

Per questi motivi si è giunti a delle conclusioni circa l'esposizione degli ambienti sanitari:

- Fornire finestre per l'accesso alla luce naturale nelle stanze dei pazienti, insieme a disposizioni per il controllo l'abbagliamento e la temperatura.
- Orientare le stanze dei pazienti per massimizzare l'esposizione al sole del primo mattino.
- Valutare l'adeguatezza dell'illuminazione dei livelli di illuminazione nelle aree di lavoro del personale.
- Fornire alti livelli di illuminazione per compiti visivi complessi.

- Fornire finestre nelle sale del personale in modo che questo abbia accesso alla luce naturale (Anjali 2006).

### 2.3. *Gli stimoli del paesaggio e della natura sul paziente*

Wilson nel 1984 ha coniato il termine “biofilia” per rilevare empiricamente nell’essere umano la tendenza innata a concentrare il proprio interesse sulla vita e i suoi processi ad essa correlati. Un numero sempre più alto di studi rivela che la costruzione di ambienti che riconducono l’individuo alla natura renda quest’ultimo più favorevole al benessere emotivo.

Indipendentemente dalla presenza di luce diurna, dall’aria fresca, dalle piante da interno e dal panorama vi sono prove sempre più numerose che certificano il benessere di persone che occupano edifici costruiti con determinati standard come ospedali, uffici e altri spazi per la comunità. Roger Ulrich in una ricerca mostra costantemente come la visione passiva della natura attraverso le finestre o semplicemente un quadro promuove stati d’animo positivi e minore quantità di stress. Allo stesso modo, una ricerca di Rachel Kaplan ha scoperto che i lavoratori con finestre che affacciano sugli alberi hanno una visione più positiva della vita e punteggi nettamente inferiori di stress rispetto a quelli che svolgono un lavoro simile ma la cui finestra si affacciava su un parcheggio. Oltre ai benefici psicologici ed emotivi, la connessione con la natura fornisce anche brevi pause mentali che possono aiutare la capacità di concentrazione.

Per antonomasia si dice che la natura sia ristoratrice rispetto ad un ambiente urbano, per esempio, le persone possono trovare le vacanze in ambienti rurali rilassanti, perché come società ci è stato “insegnato” che questi paesaggi sono calmanti e ristoratori. Un’altra teoria è che l’ambiente urbano risulta essere sovrastimolante, causando un aumento dello stress fisico e mentale.

Alla luce di queste teorie, molti studiosi hanno cercato quale potesse essere la soluzione per creare l’ambiente giusto che coinvolgesse benessere fisico e psichico, si propose di creare aree verdi nelle strutture sanitarie da mettere a disposizione del personale e dei pazienti per mitigare lo stress e incentivare l’esercizio fisico. Ulrich spiega in un altro articolo, che la vista attraverso una finestra può influenzare il recupero da un intervento chirurgico, riducendo il periodo di degenza.

Nancy Gerlach-Spriggs sostiene che la semplice esposizione alla natura fa diminuire la frequenza cardiaca, la tensione muscolare e la pressione sanguigna. Un altro studio della dottoressa Joanne Westphal, un medico e architetto del paesaggio, ha valutato gli effetti dell’esposizione a un giardino sui pazienti di Alzheimer, la risposta è stata che i pazienti che hanno trascorso da zero a cinque minuti in un giardino per visita, hanno mostrato poco o nessun effetto sul comportamento, sull’uso dei farmaci, sulle pulsazioni, pressione sanguigna e variazioni di peso mentre i pazienti che vi hanno trascorso più di dieci minuti nel giardino hanno mostrato grandi miglioramenti in tutte le categorie tranne che

nell’uso dei farmaci, che rimasto lo stesso (Westphal 2003).

Nel caso di ospedali e altre strutture sanitarie, ci sono sempre più prove che i giardini abbiano un ruolo benefico per quanto riguarda favorire il recupero dei pazienti stressati, dei membri della famiglia e del personale (Ulrich R.S., 1999). I giardini ospedalieri ben progettati, non solo forniscono una vista calmante e piacevole nella natura ma possono anche ridurre lo stress e migliorare i risultati clinici attraverso altri meccanismi, per esempio, favorendo l’accesso al supporto sociale e alla privacy, e fornendo opportunità di fuga da ambienti clinici stressanti. Per quanto riguarda la fuga, hanno asserito che molti impiegati sanitari usavano i giardini come un mezzo efficace per ottenere una piacevole fuga ristoratrice dallo stress lavorativo e dalle condizioni avverse dell’ospedale (Cooper et al.1995).

Questi “Giardini Curativi” hanno evidenziato dei successi da descrivere:

**Sostegno sociale:** Gli utenti sono incoraggiati a incontrare altre persone, condividere storie o esperienze e ricevere supporto spirituale o aiuto fisico che può aiutare a ricostruire la loro fiducia in sé stessi e migliorare la guarigione (Cooper et al.1995).

**Senso di controllo:** Il senso di controllo è un fattore importante che influenza la capacità di una persona di far fronte a eventi o situazioni stressanti, incluso lo stress associato alla malattia e all’ospedalizzazione.

**Esercizio:** L’esercizio fisico può diminuire lo stress, la pressione sanguigna e la depressione e rafforzare il corpo e la mente, specialmente le funzioni di cuore, polmoni e sistema nervoso (Ulrich 1999).

**Distrazioni positive:** Le distrazioni positive sono elementi ambientali che possono attirare le persone, disturbando così pensieri o emozioni negative e migliorando i problemi di pressione sanguigna e lo stress (Ulrich 1992), per esempio la musica, l’arte fiori e animali.

**Riduzione della fatica mentale:** Usufruire di un ambiente naturale serve per diminuire la fatica mentale. Le persone, impegnandosi nell’ambiente naturale e stando lontani da fattori di stress, si sentono rilassate e riducono notevolmente la fatica mentale (Kaplan 1993).

Diverse analisi su gruppi di non pazienti (come gli studenti universitari) così come i pazienti hanno costantemente dimostrato che, guardare ambienti dominati da verde, fiori o acqua - rispetto a scene costruite prive di natura (stanze, edifici, città) - è significativamente più efficace nel promuovere il recupero o il ripristino dallo stress (Ulrich 1999).

C’è una notevole evidenza che gli effetti riparatori delle scene di natura sono manifestati entro soli tre-cinque minuti, come sopraccitato, in una combinazione di cambiamenti psicologici/emozionali e cambiamenti fisiologici. Per quanto riguarda i primi, psicologici/emozionali, molte viste di vegetazione o con caratteristiche simili al giardino elevano i livelli di sentimenti positivi (piacevolezza, calma), e riducono le emozioni di tono negativo come la paura, la rabbia e la tristezza. Per quanto riguarda le manifestazioni fisiologiche di recupero dello stress, tramite indagini di laboratorio e cliniche, hanno dimostrato che la visione di ambienti naturali può produrre un ripristino significativo in meno di cinque minuti, come indicato da cambiamenti positivi, per esempio, nella pressione

sanguigna, nell'attività cardiaca, nella tensione muscolare e nell'attività attività sinaptica del cervello (Ulrich 1999).

Il modello dei dati fisiologici ha ulteriormente supportato l'interpretazione che la natura, rispetto agli ambienti costruiti, ha moderato più efficacemente l'attività del sistema nervoso simpatico, regolando la risposta allo stress.

Capitolo II

# III. UNA DIMENSIONE DOMESTICA PER I CENTRI SOCIO-SANITARI

## 1. Il Maggie's Centre: un modello per l'Architettura al servizio della Salute

Nel 1995 la fondatrice Maggie Keswick Jencks scrisse queste parole emblematiche sulla sua esperienza di cancro: *“Una diagnosi di cancro ti colpisce come un pugno nello stomaco... Nessuna strada. Nessuna bussola. Nessuna mappa. Nessun addestramento... Una volta, non potevo sedermi, mentire, o stare in piedi, ascoltare o parlare coerentemente perché la mia mente distrutta vibrava così violentemente attraverso il mio corpo che mi sentivo potrebbe disintegrarsi”* (Keswick Jencks 1995).

Di fatti, nel 1988 le fu diagnosticato un cancro al seno e nel periodo di cure e trattamenti, Maggie, ebbe una visione di un centro di supporto per le persone malate di cancro che potesse alleviare e rendere l'esperienza di diagnosi e trattamento più facile da sopportare. Comprese che i pazienti non hanno bisogno soltanto di spazi destinati ai trattamenti e alle cure mediche, ma anche di luoghi dove condividere le proprie paure e speranze. I Maggie's Centre nacquero proprio come spazi dedicati a ricevere conforto, compagnia e consigli, per riflettere, passare il tempo e condividere la propria esperienza con altre persone che si trovano nella stessa situazione.

Una seconda riflessione emblematica riguarda la straziante povertà spirituale ed estetica, dei reparti di oncologia, degli ospedali e dei luoghi di cura in generale. Maggie a riguardo disse: *“C'è qualcosa di profondamente deprimente negli spazi in cui viviamo i nostri momenti più importanti, traumatici, emotivi e gioiosi. Gli ospedali, gli edifici in cui nasciamo e talvolta sperimentiamo la nascita dei nostri stessi figli, in cui potremmo morire e in cui, essendo una popolazione che invecchia rapidamente, passeremo una parte sempre più ampia della nostra vita, sono tristi”* (Keswick Jencks 1995).

Per Maggie non sono questi gli spazi in cui un malato di cancro dovrebbe ritrovarsi in determinati momenti psicologicamente delicati. I centri della sua visione sono dei luoghi che cercano di sollevare l'anima delle persone, non solo attraverso consulenze professionali specializzate o attraverso l'ascolto ed il conforto, ma anche attraverso l'architettura, attraverso il potere comunicativo dello spazio, della luce e della scultura. I Maggie's Centers sono il tentativo di trasformare quella visione in una forma architettonica, sono strutture sanitarie meravigliose che sfruttano al massimo le piccole cose come la luce naturale, la vista su paesaggi, la vegetazione, uno scorcio di cielo o il rumore dell'acqua vicina (Heathcote 2006).

Sono questi i presupposti che hanno spinto Maggie ed il marito Charles Jencks a pensare ad un'alternativa. In stretta collaborazione con il suo team medico, in particolare il professor Bob Leonard e l'infermiera oncologica Laura Lee, questa visione divenne realtà nel 1996. Il primo Maggie's Centre è stato realizzato ad Edimburgo, progettato dall'architetto e amico della coppia Richard Murphy, riuscendo ad incarnare alla perfezione il tipo di intimità domestica e atmosfera amichevole come antidoto agli sterili e formali corridoi degli ospedali. Ora ci sono trenta centri in tutto il Regno Unito, in Europa e in Asia, con il programma di realizzarne altri nel futuro prossimo.

Questo capitolo esplora lo stato dell'arte attuale in materia di umanizzazione degli spazi per la sanità, attraverso l'analisi di organismi architettonici realizzati. Tra la grande quantità di tipologie di edifici ospedalieri ho scelto di dedicare lo studio a le strutture socio-sanitarie territoriali, ovvero le strutture più affini allo sviluppo di un sistema territoriale a misura d'uomo. Tuttavia c'è una limitata disponibilità di casi studio, specialmente in Italia, ed è per questo che lo studio si è soffermato sulle strutture dell'associazione inglese Maggie's Centres.

I Maggie's Centres, sono una rete di strutture socio-sanitarie non residenziali dedicate a dare supporto ai malati di cancro, ai loro familiari e amici. Si tratta di piccoli edifici che offrono un programma di assistenza olistica, ovvero che pongono l'attenzione sulla necessità di accompagnare in modo completo il paziente e i caregivers nel percorso di

cura, concentrandosi su dimensioni fondamentali per il loro benessere come quella emotiva, fisica, e sociale. Come vedremo, le qualità architettoniche, spaziali e ambientali di queste strutture, progettate nella maggior parte dei casi da architetti di fama mondiale, sono alla base del programma di assistenza e del suo funzionamento.

L'obiettivo di questo capitolo è quello di definire le caratteristiche ambientali fondamentali di queste strutture sanitarie non ordinarie. Verranno analizzate con metodiche di tipo indiretto quanti-qualitativo, in modo da confrontare gli oggetti architettonici ai differenti requisiti di umanizzazione e di qualità degli ambienti, in maniera organizzata e scientifica. Infine con un commento critico dei risultati, si analizza in che modo e per quali motivi tali strutture possano costituire un esempio valido per sviluppare un sistema sanitario capace di promuovere la salute del territorio in maniera efficace.

I Maggie's Centres sono una rete di strutture socio-sanitarie non residenziali dedicate a dare supporto ai malati di cancro, ai loro familiari e amici. Si tratta di piccoli edifici collocati all'interno dei confini fisici dei grandi hub per la cura del cancro esistenti.

Sono delle strutture che offrono un programma di assistenza che si concentra sulla necessità di accompagnarle in modo completo, ovvero concentrandosi su dimensioni come quella emotiva, fisica, pratica o sociale, fondamentali per il loro benessere e la qualità della vita durante l'esperienza del cancro. All'interno troviamo uno staff medico eterogeneo ma specializzato: psico-oncologi, infermieri specializzati nel supporto al cancro, assistenti sociali, nutrizionisti, arte-terapisti, insegnanti di yoga, esperti in medicina del sonno, e volontari per il supporto e la gestione di faccende quotidiani. Tutte queste figure partecipano sinergicamente, in modo multidisciplinare e interdisciplinare, affrontando tutti gli aspetti che completano ed integrano i trattamenti medici. La cura del paziente è molto più che il solo trattamento della malattia. Questi centri contribuiscono dal lato umano fornendo supporto sociale-emotivo-pratico sia attraverso il programma di supporto che attraverso i centri stessi. Non sono dei centri dove si svolgono le cure ed i trattamenti, ma collaborano con le unità di oncologia e sono strettamente legati ad esse, garantendo così che il paziente sia completamente supportato. (Maggie's)

Questi centri hanno cercato di incarnare quell'insieme di aspetti fatto di psicologia e relazioni, di cui ha bisogno il paziente, in forma costruita. Non è il primo esempio che troviamo nella storia della sanità nel tentativo di usare l'architettura come un balsamo. Basti pensare a gli squisiti ospedali dell'Italia rinascimentale o gli Invalides di Parigi o dell'ospedale reale di Wren a Greenwich, la storia è colma di edifici che curano l'anima e il corpo. (Heathcote E., 2006)

Anche se molti studi recenti hanno ampiamente dimostrato che la vista di alberi, della vegetazione, dell'arte, del cielo e della luce naturale contribuisce ad una guarigione più rapida, potremmo fare una considerazione più semplice, cioè che le persone si sentono meglio in spazi curati e ben pensati. Non ci sono molti altri grandi esempi per questo approccio. L'architettura non cura e non potrà mai curare il cancro, quello che può sicuramente fare è di provare a sollevare l'anima.

### 1.1. *Una struttura sanitaria in scala domestica*

Per comprendere a pieno quest'iniziativa, che portò alla realizzazione di una rete di centri socio-sanitari, dobbiamo illustrare brevemente il background della sua ideatrice.

Come abbiamo detto, le basi per i Maggie's Center sono state posate da Maggie Keswick, architetto paesaggista, e da suo marito Charles Jencks, critico d'architettura. Lei e la sua famiglia hanno sperimentato in prima persona che l'ambiente ospedaliero non poteva offrire loro il supporto di cui avevano bisogno, né per quanto riguarda le esigenze informative e di supporto, né per

quanto riguarda il comfort degli ambienti in cui vengono accolti. Così, forti del loro sapere riguardo le materie architettoniche, svilupparono una loro visione per un centro di cura del cancro. Questa visione vedeva un luogo dove le persone malate di cancro possono incontrarsi, condividere le proprie esperienze ed essere supportati in questo percorso. Un luogo dove le persone potevano sentirsi a proprio agio, come a casa loro, diventando partecipanti attivi, prendendo maggiore controllo su ciò che stava accadendo loro e che offriva tutto questo attraverso il suo design.

Il concetto è stato sviluppato per la prima volta da nel 1995 durante gli ultimi mesi prima di morire di cancro incurabile. Il progetto della prima struttura è stato sviluppato con l'architetto, grande amico della coppia, Richard Murphy in stretta collaborazione con lo staff del Western General Hospital di Edimburgo, ma seguendo gli esigenti parametri forniti dalla stessa Maggie. Il primo centro è un modesto edificio che già insisteva in un lotto di fianco al General Hospital di Edimburgo. Convertendolo, questa struttura è riuscita ad incarnare proprio il tipo di intimità domestica intesa da Maggie. All'interno troviamo un mix di attività e tranquillità che lo rendono un luogo in cui le persone possono andare tra gli appuntamenti, mentre aspettano i trattamenti, oppure semplicemente per sedersi e rilassarsi con la famiglia, gli amici o gli altri pazienti e farsi una tazza di tè. Il centro non dispone di reception, non ci sono corridoi bianchi o cartelli indicativi. È un luogo informale in cui troviamo un tavolo da cucina, lampade, poltroncine e piante da vaso. Un luogo in cui le persone iniziano ad aiutare gli altri e se stesse, dove iniziano a prendere il controllo sulla propria vita nonostante la situazione in cui si trovano. Un luogo che si contrappone all'ospedale tradizionale dove i pazienti spesso sono intimiditi e con la lingua legata, dimenticando talvolta di fare le domande giuste, condizionati dall'ambiente ostile e dalle formalità. I Maggie's Center sono luoghi unici, progettati da illustri architetti, esempio lampante di come l'ambiente può influire sul benessere. Ogni edificio è stato progettato per poter svolgere l'intera gamma di attività del programma di cura, mantenendo allo stesso tempo un'atmosfera e le dimensioni domestiche.

Come sottolinea lo stesso Charles Jencks, ciò che è particolarmente degno di nota sui Maggie's Centres è lo sviluppo di una nuova tipologia architettura sanitaria ibrida. Cioè un'architettura che unisce le caratteristiche degli ambienti domestici a quelle degli ospedali, riflettendo così la tendenza attuale della ricerca di edifici meno formali e più attenti verso i nuovi standard di umanizzazione, con ambienti somiglianti a quelli di hotel, villaggi o persino santuari e gallerie d'arte (Jencks et al, 2010).

Queste strutture agiscono su due livelli. In primo luogo cercano di produrre un'esperienza spaziale, sensoriale ed emotiva personale attraverso i propri ambienti. Questi sono progettati per alleviare il disagio e di far star meglio le persone semplicemente essendo al proprio interno. In secondo luogo, la particolare tipologia dell'edificio ne supporta il suo funzionamento, sempre attraverso i suoi ambienti e soluzioni progettuali specifiche ma infondendo fiducia nei pazienti, agevolandoli così nell'aprirsi con il personale (Van der Linden et al 2016).

Un altro aspetto particolarmente importante è il fatto che l'organizzazione, ma più nello specifico, la visione di questi spazi di cura abbiano avuto origine proprio da una paziente. Questo riflette chiaramente attuali filosofie e metodologie di progettazione che vedono la collaborazione all'interno di team multidisciplinari per la gestione di questioni complesse derivanti dalla progettazione di edifici con funzioni o prestazioni particolari. Tale approccio definito "*progettazione integrata*" è spesso utilizzata nel concepimento di strutture sanitarie, essendo di definizione gli ospedali strutture altamente complesse, sia nella struttura che nelle funzioni. Nel nostro esempio, mentre, la complicazione ed il grado di difficoltà stanno nella capacità di immedesimazione del progettista nelle emozioni spaziali e sensoriali che prova il paziente in determinate situazioni psicologicamente delicate.

È per questo il motivo per cui la visione di Maggie si dimostrò un progetto di un successo tale da renderlo modello nella cura del cancro. Si sviluppò così una rete di centri, prima in tutto il Galles, poi nel Regno Unito, e successivamente in Europa ed in Asia.

Charles Jencks ha perseverato con la visione che ha sviluppato insieme a Maggie, realizzando un'impresa di beneficenza intitolandola con il suo nome in maniera commemorativa.

I centri che sono stati costruiti finora sono stati progettati tutti da architetti di fama mondiale, la maggior parte dei quali conosceva bene Jencks. Per ottenere ogni volta oggetti architettonici con caratteri che corrispondono ai Maggie's Centre, viene presentato a gli architetti un brief architettonico, cioè una breve definizione del progetto che raccoglie le informazioni, gli obiettivi e le richieste, finalizzate alla corretta realizzazione del progetto.

Questo non è un classico brief architettonico perché non viene menzionato nessun requisito tecnico. Il documento è più una descrizione delle diverse attività che il centro ospita e, in particolare, le atmosfere e le esperienze spaziali e sensoriali. Queste atmosfere sono descritte dal punto di vista degli utenti, agevolando gli architetti nel difficile compito di immedesimazione attraverso una descrizione del loro stato emotivo. Troviamo anche esempi su come umanizzare gli spazi, semplici strategie che replicano un ambiente domestico piuttosto che istituzionale. Il brief dialoga con i progettisti in modo narrativo piuttosto che attraverso un elenco di requisiti. L'unico elenco che troviamo riguarda gli ambienti di cui dovrebbe essere fornito il centro. Vengono illustrati: l'ingresso, zona sosta, biblioteca, ufficio, cucina, le sale per le attività, stanze per le consulenze private, salotti ed il bagno. Per fare un esempio di quello che viene descritto nel brief leggiamo: "*Gli spazi interni non dovrebbero essere così aperti verso l'esterno che le persone si sentono nude e non protette. Dovrebbero sentirsi al sicuro abbastanza dentro che possono guardare fuori e anche uscire se loro voluto ...*" (Maggie's).

Anche se ogni nuova struttura deve rispondere ai dettagliati parametri del brief, ogni Maggie's Center è diverso dagli altri. Questo perché c'è la necessità che venga accettato dalla comunità locale e che lo riconosca come proprio. Le persone che vivono vicino devono sapere che hanno un posto meraviglioso a cui rivolgersi se hanno bisogno di usarlo. Inoltre questo aspetto è particolarmente

importante per la raccolta fondi di ogni centro, necessaria visto che sono autofinanziati. Ogni nuovo centro varierà di dimensioni in proporzione alla popolazione locale e ci saranno variazioni specifiche del lotto e del contesto.

Potremmo fare un esempio molto discusso, quello del centro di Fife, progettato nel 2006 da Zaha Hadid. L'esterno dell'edificio è nero, spigoloso ed ostile, mentre l'interno è luminoso e chiaro. Le critiche sottolineano che probabilmente i malati, già sconvolti dalla diagnosi ricevuta, non gradiscano di avere a che fare con una costruzione così strana ed oscura. A tale critica però rispose la direttrice del centro dicendo che la struttura si presta perfettamente per cominciare una conversazione con un esempio metaforico, nel suo passaggio dall'oscurità dell'esterno alla luminosità dell'interno. Il dibattito sull'effettiva utilità di strutture così particolari ha portato l'organizzazione a riconsiderare l'opportunità di elaborare un disegno standard da replicare in tutti i siti, giungendo però alla conclusione elaborata da Laura Lee, amministratore delegato di Maggie's Centres, secondo cui "*Non possiamo diventare un McDonald's della cura del cancro*" soprattutto perché "*un edificio che desta curiosità, che è vivo e vibrante è un segnale dato al mondo: è un posto da vedere e frequentare, e non un posto di cui vergognarsi. I malati di cancro hanno la sensazione che tutti li evitino, quindi il fatto che l'edificio a loro dedicato sia oggetto di attenzioni e curiosità è importante*" (Maggie's).

Senza contare che la partecipazione al progetto di architetti di fama aiuta molto nella raccolta fondi e nella notorietà della rete stessa.

## **1.2. La struttura organizzativa della rete assistenziale Maggie's Centre**

Come abbiamo detto, il primo Maggie's Centre fu inaugurato ad Edimburgo nel Novembre 1996 grazie ad una fondazione benefica fondata da Maggie Keswick Jencks e Charles Jencks, Maggie fu l'ideatrice del progetto e riuscì, prima di morire a causa del cancro, a realizzare le basi per quello che sarebbe diventato il più esteso network di centri d'accoglienza inglese, atti ad accogliere malati oncologici ed assisterli a 360° durante il percorso della malattia. La "Maggie Keswick Jencks Cancer Caring Centre Trust" è una società a responsabilità limitata gestita da un ente di benefico, il cui il comitato direttivo è composto dal Presidente Unico rappresentato da Sua Altezza Reale, la Duchessa di Cornwallia e da professionisti in ambito medico, culturale e architettonico. La componente economica trae finanze e sostegno da enti benefici, responsabili di organizzare raccolte di fondi i cui proventi sono unicamente destinati al sostenimento e alla crescita dei Maggie's Centre, fino ad ora, attraverso le donazioni benefiche è stata raggiunta la cifra £31.6m.

A gestire Maggie's Centre sono volontari impegnati nell'organizzazione e costituiscono l'organo più alto della Fondazione, aiutano a promuovere l'entità, e ne garantiscono il raggiungimento degli obiettivi, stabiliscono politiche

generali e prendono decisioni strategiche, oltre ad approvare budget e conti annuali. Le persone nominate “Ambassadors Maggie’s Centre” sono sempre nominate e/o rinnovate all’unanimità dal Consiglio, su proposta del Comitato Esecutivo di Maggie’s Centre. Gli Ambasciatori d’Onore sono persone che meritano un riconoscimento speciale per il legame storico simbiotico con la Fondazione e il costante contributo alla missione. Gli Ambassadors sono coloro che, attraverso il coinvolgimento, forniscono visibilità, proiezione e reputazione all’entità.

Maggie’s Centre si impegna ad offrire alle persone colpite dal cancro, alle loro famiglie e ai caregiver, un programma di assistenza completo che si pone come obiettivo quello di accompagnarle in tutte le fasi, ponendo l’attenzione, non solo sull’aspetto materiale della malattia ma andando ad analizzare e sostenere anche la sfera emotiva, fisica e sociale, cardini della qualità di vita durante la fase del cancro. Un team esperto di psico-oncologi, infermieri specializzati e assistenti sociali, sono il cuore pulsante che opera in Maggie’s Centre, sempre accompagnato dal supporto di volontari. Di questo staff fanno parte anche nutrizionisti, arteterapisti, insegnanti di yoga ed esperti in medicina del sonno. Questa sinergia tra figure esperte che operano in modo interdisciplinare sostiene il lavoro della classe medica in modo esemplare, offrendo al paziente, tutta l’assistenza della quale necessita. Per far sì che i team sanitari possano dedicarsi totalmente al supporto emotivo, pratico e sociale, l’organizzazione generale del Maggie’s Centre ha messo in atto una squadra di manager esperti in comunicazione, raccolta fondi, amministrazione per la gestione interna e HR. Affinché la singola unità, possa offrire aiuto psicosociale gratuito alle persone che popolano i Centri, ci si è avvalsi del supporto di volontari per sostenere la gestione quotidiana della struttura, nelle attività di sensibilizzazione e nell’organizzazione di eventi per attrarre fondi, sullo stampo della gestione interna della Fondazione.

Sin dall’inizio Maggie’s Centre ha lavorato gomito a gomito con il nosocomio come partner nella sperimentazione di un’efficace cura del cancro mantenendo stretti rapporti di lavoro con i vari ospedali partner e circa il 50% dei visitatori di Maggie viene indirizzato in un Centro dal proprio medico o infermiere.

L’attenzione al supporto psicologico e alle informazioni diramate, chiare per tutti i malati di cancro, è collegata alla continua implementazione di cure migliori da parte dell’ospedale. Anche la strategia governativa per la riforma del cancro (2007) sottolinea la necessità di sostenere e responsabilizzare le persone usando Maggie’s come caso studio.

Maggie’s contribuisce enormemente al lato umano della cura del cancro e, lavorando in collaborazione con le unità di oncologia degli ospedali, garantendo al paziente tutto il supporto del quale necessita, avviene sia attraverso il programma di supporto che attraverso i Centri stessi.

Il rapporto tra l’ospedale e il Maggie’s Centre è mutualistico, quest’ultimo è situato all’interno del terreno ospedaliero specializzato nella cura dal cancro.

Il ruolo del nosocomio è quello di diagnosticare e curare la malattia nella forma più letterale del termine, mentre, l’approccio di Maggie’s è aiutare in modo olistico l’individuo e coloro che gli sono accanto. Dunque, l’ospedale e Maggie’s

hanno ruoli differenti ma combattono per lo stesso nemico, ciascuno dei due riconosce l’altro come indispensabile per sconfiggere il cancro.

L’ospedale è orientato alla fruibilità dei servizi medici, per le esigenze di molteplici persone, sono strutture enormi, che tendono a crescere con lo sviluppo delle nuove tecnologie in ambito medico-scientifico; agli occhi del paziente è come se fossero dei labirinti, con cartelli segnaletici, scale e lunghi corridoi che dividono i reparti; questo tipo di struttura non può che suscitare, nella persona già fragile, un senso di ospedalizzazione e spersonalizzazione.

Per il motivo sopracitato, la scala all’interno di Maggie è volutamente domestica, esattamente l’opposto di quella del nosocomio, il centro è improntato sulla scomposizione dei caratteri asettici dell’ospedale, l’attenzione è posta totalmente sul benessere della persona, con luoghi aperti e spaziosi, luce naturale, poche porte e nessun cartello segnaletico.

### **1.3. L’assistenza e il supporto alla persona malata di cancro**

La diagnosi del cancro può avere un effetto devastante sulla vita delle persone, può essere causa di reazioni emotive importanti come ansia, depressione, angoscia, impotenza e incertezza sul domani, un quadro psicologico da non sottovalutare. Per molti può scatenare una crisi esistenziale con conseguenze talvolta apparentemente irreversibili sul senso di stare al mondo; questo impatto così forte si ripercuote anche sui propri cari, amici, tutori.

Oltre ad affrontare le conseguenze sopracitate le persone spesso hanno bisogno di informazioni adeguate alle loro circostanze, potrebbero aver bisogno di consulenze in merito alla gestione degli effetti collaterali oppure ricerca di una giusta alimentazione da plasmare in base al proprio stato fisico e psichico.

#### **Supporto psicologico**

I Maggie’s Centers accolgono le persone affette da cancro, la famiglia e gli amici, in qualsiasi fase dell’esperienza del cancro: diagnosi, trattamento, post-trattamento, recidiva, fine della vita e lutto.

Il centro accoglie le persone interessate in ogni momento, senza necessità di appuntamento e senza dispendio di denaro, ogni visitatore è libero di usufruire servizi del personale esperto per un tempo illimitato, accedendo al programma di supporto principale che comprende informazioni pratiche, supporto psicologico ed emotivo, gestione dello stress e del disagio e aiuta a fare scelte per vivere diversamente.

La chiave è comprendere le circostanze di ogni individuo, atto fondamentale per determinare ciò di cui ha bisogno e per guidare ogni persona attraverso gli aspetti del programma più appropriato per le esigenze richieste.

Il sostegno emotivo fornito dal Maggie’s Center è gestito in modo flessibile, basato sulle esigenze della persona, qualcuno potrebbe avere la necessità di

colloquiare con uno specialista nel servizio di assistenza, altri potrebbero aver bisogno di sessioni individuali con i psicologi presenti nel centro; non per forza fisicamente in struttura, ma anche da remoto, così da poter dare la possibilità a tutti di accedere ai servizi.

Alla base di tutte le attività c'è l'opportunità di incontrare altre persone con le quali condividere e/o identificarsi, sia in uno degli ambienti domestici del centro sia nei workshop o gruppi di supporto messi a disposizione dalla struttura. Sono spazi fisici o virtuali per parlare liberamente e con sicurezza di paure, preoccupazioni e dove imparare a gestire e sviluppare strategie per affrontare l'impatto del cancro. Ascoltare storie personali di come gli altri hanno superato gli ostacoli, può essere uno dei mezzi più efficaci per aiutare le persone ad incrementare o acquisire stima e fiducia di sé stessi per affrontare la sfida del cancro; evidenze scientifiche hanno dimostrato che coloro che partecipano a gruppi di sostegno sperimentano miglioramenti nel loro umore e nella qualità della vita.

Le forme di terapia, come indicato precedentemente, sono molteplici, le sessioni di supporto tra gli argomenti affrontati toccano anche la fine della vita, condizione purtroppo comune tra i pazienti, Maggie's prevede il supporto delle emozioni derivate dalla fine del processo di vita sia per il protagonista che per gli altri personaggi coinvolti, il sostegno può essere fatto attraverso sessioni di terapia individuale, di coppia o familiare, nonché in gruppi di persone che vivono circostanze simili.

Un altro tipo di terapia è quella artistica, corsi stimolati da arteterapeuti professionisti, in cui vengono accettate tutte le sensazioni che abitano gli adulti nel processi del cancro, sia quelle propositive che paure e incertezze; molto spesso questo lavoro si svolge in gruppo per condividere i successi.

### Supporto pratico

Spesso una diagnosi di cancro travolge la persona al punto tale da non saper nemmeno che domande porre, può avere un impatto significativo sulla quotidianità. È stato dimostrato che la fornitura di informazioni e supporto nella comprensione delle informazioni stesse sulla malattia è un elemento chiave per diminuire l'ansia e l'incertezza e per ritrovare un senso di controllo.

L'obiettivo di Maggie's è aiutare le persone a trovare e comprendere le informazioni rilevanti per la loro situazione particolare, fornendo supporto per chiarire la comprensione delle persone e formulare domande da riportare al team sanitario.

Sebbene le persone ricevano informazioni eccellenti direttamente dal proprio team sanitario, molte di esse non riescono a ricordare le nozioni fornite durante la consultazione, a causa dello stato di confusione psichica che stanno vivendo, quindi può essere necessario un ulteriore aiuto in questo caso.

Un aspetto molto importante è quello finanziario, ogni centro possiede un consulente per i benefici che è disponibile a supportare i visitatori e gli assistenti nell'organizzazione delle loro finanze, nell'assicurarsi i benefici e i diritti

associati alla malattia. La disabilità dovuta alla malattia può significare che le persone non sono in grado di lavorare per determinati periodi di tempo e talvolta a tempo indeterminato, con conseguente riduzione o perdita di reddito.

Anche le abitudini salutari fanno parte dei servizi messi in atto da Maggie's, attraverso workshop o sessioni monografiche tenute da professionisti esperti, vengono offerti consigli nutrizionali durante l'esperienza del cancro, modi per affrontare i disturbi del sonno che provoca, suggerimenti per riattivare il corpo in sicurezza.

I centri offrono corsi di nutrizione e laboratori che informano e supportano i visitatori nel benessere nutritivo, scelte alimentari che possono modificare il rischio di recidiva del cancro compensano gli effetti collaterali del trattamento e migliorano il fisico in associazione allo stato di salute psicologica, in alcuni casi lo stile di vita errato può essere stato propriamente uno dei motivi di insorgenza e proliferazione della malattia causando successivamente un problema di mancata accettazione delle condizioni attuali e carente gestione della nutrizione.

Nei centri è possibile anche attivare programmi di attività fisica, al fronte di studi che affermano gli effetti dell'esercizio sulla gestione degli effetti collaterali e aumento della vitalità; Maggie's aiuta le persone a incorporare le attività fisiche nel loro stile di vita attraverso l'opportunità di partecipare a corsi di t'ai chi, yoga, workshop sulla gestione della fatica, corsi e sessioni psicologiche di gruppo o individuali per costruire la fiducia necessaria per riprendere l'esercizio.

### Supporto sociale

Il cancro è una delle malattie con il maggiore impatto sulla situazione sociale delle persone e ha conseguenze sia sul paziente che sull'ambiente circostante. A seguito della diagnosi e del successivo trattamento, come illustrato in precedenza, è molto comune che le persone colpite e i caregiver necessitino di lunghe assenze per malattia o interrompano la loro attività professionale se lavoratori autonomi. Una delle conseguenze più comuni è la riduzione sostanziale del reddito e l'insorgere di difficoltà dell'intero nucleo familiare.

Nei centri vengono affrontati aspetti socio-professionali come: il congedo medico, questioni pratiche legate alla riorganizzazione familiare che devono essere affrontate frequentemente durante il processo oncologico, questioni più legate all'impatto economico che il cancro spesso provoca nelle famiglie o aspetti legali derivanti dalla nuova situazione. Si tratta specificatamente di workshop pensati come spazi in cui persone in situazioni sociali simili possano condividere le loro esperienze e preoccupazioni in relazione a diversi argomenti, ricevendo informazioni verificate dagli assistenti sociali e da esperti esterni.

Oltre all'aspetto lavorativo e finanziario è importante far sì che queste persone rimangano attive all'interno della società, evitando l'autoisolamento in tutte le sue forme, che esso sia da remoto (social network) o fisico, l'individuo deve sentirsi accettato. Questo percorso è possibile nei centri attraverso iniziative informative specifiche, attività ricreative come il giardinaggio sociale oppure, tornando al principio di questo paragrafo, attraverso l'aiuto di sociologi e psicologi

esperti, che dopo aver analizzato la situazione di partenza possono incentrare il lavoro sulla persona con la quale stanno colloquiando incoraggiandola ad uno stile di vita attivo anche al di fuori de centro.

## 2. Le indagini

Le successive indagini sono state finalizzate per lo studio sull'effettivo stato dell'arte in termini di soluzioni ambientali e del modo di trattare gli spazi verso il tema dell'umanizzazione. Sono state svolte con metodiche di tipo indiretto quanti-qualitativo su diverse strutture che compongono la rete benefica di supporto alla persona malata di cancro Maggie's Centre, di recente realizzazione nel Regno Unito e nell'Europa Continentale. Le analisi del campione dei centri sono state strutturate sotto forma di schede organizzate in tre parti.

La prima parte è di tipo descrittivo, contiene i dati identificativi, i dati dimensionali, la localizzazione, la cronologia dell'intervento, la struttura ospedaliera di riferimento, l'inserimento nel contesto, le scelte compositive e tecnologiche operate dal progettista. Questa parte ha l'obbiettivo di presentare l'oggetto architettonico al lettore, descrivendola anagraficamente e di illustrando brevemente il processo compositivo di queste architetture d'autore.

La seconda parte è di tipo analitico-qualitativo e si concretizza in una lettura critica della documentazione planimetrica e fotografica selezionata, dalla quale sono state estratte le soluzioni progettuali e gli aspetti tipologici, ambientali e tecnologici considerati significativi ai fini dell'umanizzazione dell'ambiente di cura. La lettura delle immagini è focalizzata a sottolineare le motivazioni e le modalità di interazione tra lo spazio e i diversi utenti e sull'influenza che alcune scelte spaziali e tecnologiche hanno sulla relazione interpersonale tra le categorie individuate. Per ognuna delle soluzioni etichettate, poi, è stato segnalato l'utente principale a cui le scelte progettuali sono rivolte e le aree esigenziali che tale soluzione progettuale influenza. Gli strumenti di analisi utilizzati, cioè il quadro esigenziale e le categorie di fruitori, sono stati acquisiti dall'approfondito studio dei Prof. Del Nord R. e Peretti G. "*L'umanizzazione degli spazi cura. Linee guida*" del 2012. L'obbiettivo di questa parte è quello di ottenere gli elementi base per poter confrontare, nella fase di analisi successiva, l'oggetto con un quadro esigenziale ben strutturato e ottenuto della letteratura. Contestualmente è stato possibile assoggettare gli elementi di base ricorrenti nei diversi spazi di cura in tutti i centri oggetto di esame, cioè riuscire a capire quali sono le soluzioni progettuali adottate arbitrariamente dai diversi progettisti ma che coincidono negli ambienti non proprio convenzionali dei diversi centri socio-sanitari oggetto d'esame.

La terza parte è di tipo quantitativo e si è svolta attraverso l'utilizzo di uno strumento grafico realizzato ad hoc sotto forma di un pallogramma capace di contenere tutti i dati reperiti nella fase precedente suddivisi nei molteplici ambiti del quadro esigenziale utilizzato, consentendo così una valutazione quantitativa e comparativa delle diverse strutture considerate. L'obbiettivo di questa parte è

quello di verificare e ponderare l'influenza delle diverse esigenze considerate, e soprattutto quanto e in che maniera queste possano influenzare il progettista nel processo di realizzazione delle strutture sanitarie. In particolare, l'obbiettivo specifico dell'indagine è stato quello di indagare l'importanza dei singoli espedienti architettonici e confrontarli ai differenti requisiti di umanizzazione e di qualità degli ambienti, in maniera organizzata e scientifica.

Le considerazioni di base hanno prodotto un lavoro che si è posto lo scopo di indagare, ai diversi livelli, il rapporto tra persone, esigenze e ambienti di cura, consentendo di comprendere anche una gerarchia di importanza delle configurazioni degli spazi di cura caratterizzati da una maggiore attenzione al grado di umanizzazione. Coerentemente a tali obiettivi, si è optato per la scelta di strumenti che rispecchiano le esigenze di indagine. In particolare è stata adottata una metodologia ibrida comprendente metodi sia qualitativi che quantitativi ispirata dalla letteratura.

### 2.1. Classificazione degli utenti e il loro profilo

Gli strumenti di analisi utilizzati, cioè il quadro esigenziale e le categorie di fruitori, sono stati acquisiti dall'approfondito studio dei Prof. Del Nord R. e Peretti G. "*L'umanizzazione degli spazi cura. Linee guida*" del 2012. In tale studio, con quanto previsto dalla teoria esigenziale prestazionale, sono stati definiti i connotati degli spazi di cura che meglio garantissero agli utenti la condizione di soddisfacimento nei riguardi dei requisiti di umanizzazione. In tale studio sono state individuate i contenuti e le esigenze condivise da molteplici categorie che costituiscono la rappresentazione delle diverse tipologie di persone che utilizzano le strutture sanitarie attraverso differenti modalità: Paziente ricoverato in struttura complessa di medicina generale; Il paziente della struttura complessa di oncologia; Familiari, Personale Medico; Personale Infermieristico; ecc ecc. Nelle nostre schede di ricerca, per facilitare le operazioni di analisi, la distinzione è stata semplificata in due categorie: Personale e Fruitori Esterni.

Questo perché le strutture sanitarie, oggetto delle nostre analisi, sono dei piccoli centri socio-sanitari specialisti nell'assistenza psico-sociale della persona malata di cancro e dei suoi familiari. Per tale motivo il range di fruitori è particolarmente ristretto e presentano esigenze simili e assimilabili. Così è stato possibile apportare questa semplificazione.

Per quanto riguarda la categoria "Fruitori esterni" questa è composta da Pazienti e da Familiari e il testo li definisce come:

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

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

Per quanto concerne i familiari gli aspetti che determinano le richieste esigenziali sono connessi, oltre che alle caratteristiche individuali, culturali, sociali, etc., della persona, al tipo di patologia da cui è affetto il paziente da assistere e alla specifica esperienza di ospedalizzazione o, più in generale, di utilizzo di servizi socio-sanitari. Risultano pertanto significativi, il tipo di supporto richiesto dalla patologia da cui è affetto il paziente (interazione con attrezzature complesse, bisogno di compagnia durante periodi di immobilità a letto, ...) e le policy del reparto in cui si trova ricoverato (orari di visita, possibilità di fermarsi durante le ore notturne, etc.)” (Del Nord 2012).

Nel particolare a noi interessano determinate sottocategorie, cioè il paziente della struttura complessa di oncologia ed il suo familiare-accompagnatore, che vengono definiti come:

*“Il paziente della Struttura Complessa di Oncologia, presenta un profilo riferibile al modello biopsicosociale. Il modello biopsicosociale rappresenta le correlazioni tra i diversi fattori che concorrono contestualmente alla patogenesi di un disturbo, a livello somatico, psichico e a livello relazionale-spaziale.*

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

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

*Per quanto riguarda soprattutto la Struttura Complessa di Oncologia, bisogna tener conto del fatto che nel caso di un paziente oncologico si instaurano con i familiari relazioni emozionali molto intense e maggiore è la necessità di un forte supporto assistenziale e psicologico. Diversi studi hanno definito la patologia oncologica come malattia familiare, dal momento che l'impatto della malattia ha forti ripercussioni sulle relazioni e sull'equilibrio della struttura familiare. È documentato che il familiare che assiste un paziente oncologico, in fase avanzata di malattia, che presenta disturbi di tipo psicologici, quali ansia o depressione, dimostra un incremento del rischio di sviluppare un analogo disturbo emozionale. Nel familiare sono identificabili delle fasi di reazione alla diagnosi di cancro, spesso complementari a quelle individuate per il paziente,*

*che concernono l'ambito della morte di cui occorre tener conto nella caratterizzazione del profilo” (Del Nord 2012).*

Per quanto riguarda il personale medico la letteratura scrive:

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

- *Il primo si riferisce alla ‘persona’, ed è mirato a descrivere le caratteristiche culturali, sociali, individuali etc. che, su base statistica, possono ritenersi generalizzabili al caso della categoria di utenti rappresentanti dallo staff sanitario. Questo livello di descrizione prescinde dallo specifico ambito sanitario nel quale il personale presta servizio;*
- *Il secondo si riferisce al personale in quanto ‘lavoratore in ambito socio-sanitario’; nella definizione del suo profilo risultano quali elementi di connotazione specifica le condizioni lavorative caratteristiche dell’unità o della struttura dove presta servizio.*
- *È sempre necessario, inoltre, considerare che la struttura sanitaria costituisce, per il personale sanitario, l’ambiente di lavoro” (Del Nord 2012).*

Nel nostro specifico, per quanto riguarda il personale occupato nella struttura di oncologia, *“...i principali elementi connotanti riguardano:*

- *L’alto carico lavorativo determinato dalla crescente complessità dei casi clinici oncologici e dei trattamenti, dall’aumento di pazienti oncologici anziani a seguito di un allungamento medio della durata della vita che richiedono più complessi interventi assistenziali;*
- *La presenza di specifici rischi occupazionali quali quelli connessi con l’utilizzo di farmaci antitumorali e di trattamenti radianti;*
- *Gli alti livelli emotivi a cui sono sottoposti, dovuti al contatto con persone molto malate o in fin di vita, al ripetersi di eventi luttuosi, al dover comunicare notizie infauste ai pazienti” (Del Nord 2012).*

## **2.2. Il quadro esigenziale utilizzato**

Sulla base della precedente definizione dei profili degli utenti e delle loro attività svolte all’interno delle strutture sanitarie, è stato definito una serie di classi esigenziali che gli utenti esprimono. Queste classi, a loro volta, sono formate da un insieme di esigenze specifiche per la categoria di riferimento. L’insieme di queste classi formano così il nostro quadro esigenziale relativo all’umanizzazione specifico per ogni utente.

### **Le classi esigenziali per il paziente ed il familiare**

*Benessere psico-emotivo: “Il benessere psico-emotivo è connesso alla positiva reazione psicologica ed emotiva dell’individuo in relazione alle condizioni*

*endogene, caratteristiche proprie della sua unicità e specificità, ed esogene, caratteristiche dell'ambiente circostante"* (Del Nord 2012).

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Privacy;
- Concentrazione;
- Condivisione;
- Continuità con l'ambiente domestico;
- Disimpegno mentale;
- Accudimento;
- Assistenza da parte di un familiare;
- Supporto psicologico;
- Controllo dell'intorno;
- Controllo degli stati d'ansia;
- Allontanamento del contatto con la morte;
- Informazioni e coinvolgimento;
- Mantenimento dell'identità culturale;
- Supporto religioso;
- Controllo del trascorrere del tempo;

*Benessere ambientale: "Il contesto ambientale costituito dalle strutture socio-sanitarie è fonte di stress per gli utenti, a causa della presenza di fattori (stressori ambientali) che influenzano negativamente il comfort psicofisico e sensoriale.*

*Tali fattori espongono maggiormente a condizioni di stress gli utenti più fragili, quelli più stanchi o malati, influenzando la pressione sanguigna, il battito cardiaco, gli stati di ansia e di depressione, con conseguenti ricadute sulla durata della permanenza in ospedale o sulla quantità di antidolorifici assunti.*

*Il benessere ambientale è dunque da intendersi come insieme delle condizioni che garantiscono il benessere fisico e sensoriale"* (Del Nord 2012).

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Benessere acustico;
- Benessere termoigrometrico;
- Benessere visivo;
- Benessere olfattivo;
- Benessere tattile;

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

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

*In quest'ottica, al fine di limitare tutte le fonti di stress legate al concetto di*

*fruibilità, è necessario estendere il concetto di 'barriera' da 'barriera fisica/architettonica' legata ad utenti disabili, già ampiamente normata, a 'barriera cognitiva' legata ad una vasta fascia di popolazione"* (Del Nord 2012).

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Facilità di orientamento wayfinding;
- Accessibilità e praticabilità;
- Uso agevole di oggetti;

*Sicurezza: "La sicurezza del paziente è definita come la "dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti... Rientrano nella valutazione del rischio, oltre ai fattori umani, di cultura, di formazione e informazione, legati al personale sanitario, ai pazienti e ai familiari, anche fattori organizzativo-gestionali, come la gestione delle cartelle cliniche, le condizioni in cui si svolge l'assistenza sanitaria e fattori strutturali e tecnologici legati alle caratteristiche ambientali, all'ergonomia e all'uso delle attrezzature mediche"* (Del Nord 2012).

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Controllo del rischio clinico;
- Incolumità fisica della persona;
- Protezione da incidenti;
- Protezione dalla diffusione delle infezioni;
- Protezione dalle intrusioni;
- Sicurezza nella custodia degli effetti personali;

### **Le classi essenziali per il personale sanitario**

*Benessere lavorativo: "Il personale sanitario è una categoria occupazionale particolarmente interessata dal fenomeno dello stress lavoro-correlato ... Certe condizioni di sovraccarico lavorativo (fisico o mentale), infatti, possono incidere direttamente sulla salute del personale o fungere da fattori che causano errori. L'esigenza di benessere lavorativo, pertanto, si riferisce alla necessità per il personale di svolgere la propria attività lavorativa in condizioni contestuali che, non ostacolandone o rendendone più gravosa di quanto necessario l'effettuazione, non costituiscono un evitabile aggravio delle proprie mansioni."* (Del Nord 2012).

Possiamo dividerlo in due categorie:

*Benessere fisico: "esigenza di benessere che fa riferimento alle condizioni lavorative che possono generare nel personale affaticamento o discomfort fisico"* (Del Nord 2012).

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti;
- Poter disporre di spazi adeguati;
- Minimizzazione delle distanze percorse;

*Benessere mentale: “Esigenza di benessere che fa riferimento alle condizioni lavorative che possono essere causa di fatica mentale” (Del Nord 2012).*

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Facilità di controllo operativo della struttura;
- Divisione tra pazienti pediatrici dai pazienti adulti;
- Disponibilità di postazioni di lavoro personali;
- Supporto nel minimizzare le interferenze;
- Controllo nelle interazioni con i pazienti e familiari;

*Benessere occupazionale: “La classe esigenziale di ‘benessere occupazionale’ si intende riferita al complesso di bisogni del lavoratore, spesso impliciti o inespressi, che attengono alla possibilità di accedere a risorse fisiche e psico-sociali che gli consentano di evitare o di combattere gli stressori generati dal lavoro. Il poter accedere a condizioni che promuovono la rigenerazione da stati di stress e ad iniziative, a livello individuale, organizzativo, ambientale, esplicitamente mirate ad incrementare la soddisfazione occupazionale, aumenta la resilienza individuale al fenomeno dello stress lavoro-correlato e, in tal senso, assume il valore di promozione di migliori condizioni di benessere e salute del lavoratore” (Del Nord 2012).*

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Supporto sociale;
- Supporto gender-related;
- Integrazione e mantenimento dell’identità culturale;

*Sicurezza: “In letteratura i rischi a cui il personale è sottoposto sono generalmente suddivisi in due macro-categorie: rischi fisici di natura radiologica, chimica, biomeccanica, biologica e rischi psico-fisici. Oltre al danno diretto, la presenza di rischi fisici può influenzare anche in maniera indiretta la salute del personale andando ad incidere sulla sua percezione dell’essere in pericolo generando così condizioni di stress psicologico. I rischi psico-fisici concernono gli aspetti organizzativo-gestionali del lavoro e i loro contesti ambientali e sociali, che potenzialmente possono dar luogo a danni di natura psicologica, sociale o fisiologica... Per quanto concerne l’esigenza di tutela dell’incolumità fisica dei pazienti, assume una rilevanza centrale la categoria di rischio costituita dagli errori medici che, sulla base di indagini condotte nel contesto statunitense, rappresenta una preminente causa di morte. Il controllo dell’insorgenza di infezioni nosocomiali costituisce un’ulteriore, fondamentale, declinazione dell’esigenza di tutela dell’incolumità dei pazienti che vede direttamente coinvolto il personale sanitario.”*

Inoltre “Garantire la sicurezza dei dati e delle informazioni dei pazienti al fine di prevenire nei confronti di estranei un’esplicita correlazione tra l’interessato e reparti o strutture, indicativa dell’esistenza di un particolare stato di salute, costituisce una specifica responsabilità del personale sanitario” (Del Nord 2012).

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Essere tutelati nella propria sicurezza fisica;

- Essere agevolati nella tutela della sicurezza fisica del paziente;
- Poter predisporre e somministrare le terapie;
- Poter agevolmente consultare la documentazione relativa al paziente;
- Disporre di sistemi di gestione informatizzata delle informazioni;
- Essere agevolati nell’intervento tempestivo;
- Essere agevolati nella tutela della riservatezza dei dati e delle informazioni del paziente;

*Benessere ambientale: “L’esigenza di benessere riferita alle condizioni lavorative fisico-ambientali fa riferimento a quelle condizioni lavorative che possono generare situazioni di discomfort” (Del Nord 2012).*

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Benessere acustico;
- Benessere termoigrometrico;
- Benessere visivo;
- Benessere olfattivo;
- Benessere tattile;

*Benessere psico-emotivo: “L’esigenza di benessere riferita al carico psichico fa riferimento alle condizioni lavorative che possono generare nel personale delle reazioni di tipo psico-emotivo negative” (Del Nord 2012).*

Le esigenze specifiche che lo compongono sono:

- Privacy;
- Supporto nelle comunicazioni e nei colloqui;
- Disimpegno mentale;

### **2.3. La selezione del campione**

I casi oggetto dell’indagine indiretta sono stati selezionati in modo da poter essere utili alla costruzione di uno studio dello stato dell’arte il più possibile ampio, completo e specifico secondo i parametri prima esplicitati.

In primo luogo l’anno di realizzazione: sono stati presi in esame casi il cui completamento fosse posteriore all’anno 2017. La motivazione risiede nella possibilità di reperire della documentazione planimetrica e fotografica con una soddisfacente qualità grafica, essendo materiale fondamentale per le indagini di tipo indiretto ma facilmente reperibile nelle attuali riviste e magazine di architettura contemporanea.

In secondo luogo, tra quelle più recenti, sono state selezionate i centri che sorgono in lotti e contesti diversi tra loro: dal denso contesto storico a quello periferico debolmente urbanizzato. Questa scelta è stata compiuta per avere uno spettro più ampio di soluzioni progettuali adottate per risolvere le diverse problematiche specifiche di ognuno dei contesti. Inoltre è stato selezionato un centro sorto nell’Europa continentale, unico nel suo genere.

Per quanto il materiale fotografico reperito è stato selezionato per avere immagini significative riferite alle unità spaziali tipo che compongono l'atipico centro sanitario oggetto della ricerca. Il concetto di Umanizzazione è stato affrontato nella letteratura di riferimento analizzando quelli che sono gli spazi standard che tipicamente costituiscono una struttura sanitaria: Camera degenza; Ambulatorio; Spazio colloquio; Accettazione; Attesa; Spazi esterni ecc ecc. Essendo il Maggie's Centre una struttura con delle unità spaziali innovative vengono utilizzati gli stessi strumenti di indagine proposti dalla letteratura per poter confrontare e verificare la compatibilità e le assonanze con essi.

Capitolo III

## 2.4. LE SCHEDE DI ANALISI

MAGGIE'S CENTRE BARTS	p.74
MAGGIE'S AT THE ROYAL MARSDEN	p.84
CENTRO KÀLIDA SANT PAU	p.96
MAGGIE'S LEEDS	p.106

# MAGGIE'S CENTRE BARTS

## LOCALIZZAZIONE

Stato : Inghilterra  
Regione : Grande Londra  
Città : Londra, Smithfield  
Indirizzo : W Smithfield

## OSPEDALE DI RIFERIMENTO

St Bartholomew's Hospital

## PROJECT TEAM

Architetto/studio : Steven Holl Architects  
Design Director : Chris McVoy  
Ing. strutturale : Arup  
Arch. paesaggista : Darren Hawkes Landscapes  
Arch. illuminotecnico : CDM

## INIZIO/FINE CANTIERE

2011/2017

## DATI DIMENSIONALI

Sup. interna : 607 m<sup>2</sup>  
Sup. lotto : 725 m<sup>2</sup>

## COSTO DI COSTRUZIONE

-

## SITO WEB

www.maggies.org

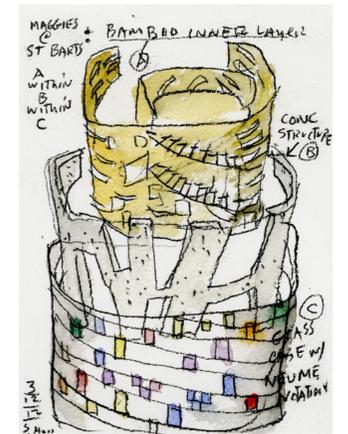


## DESCRIZIONE

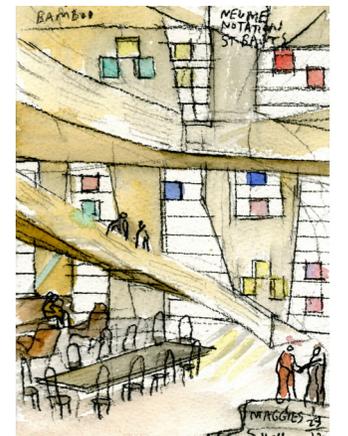
Steven Holl è andato alla ricerca dello spirito del luogo e del tempo medievale attraverso la particolare acustica della chiesa che lo ispirò facendolo pensare alla musica come chiave di lettura del nuovo Maggie's Centre: "La musica come l'architettura invade lo spazio in cui viviamo, non si può ignorare perché colma di sé l'ambiente o invade il nostro orizzonte percettivo". Da questo nasce l'idea di riprodurre il neuma come traccia del disegno della facciata del nuovo edificio in vetro opaco bianco intervallata da pezzi di vetro colorato. Utilizzata nel canto gregoriano, il neuma è un segno della notazione musicale di epoca medioevale, antecedente all'introduzione del pentagramma. La sua etimologia dal greco pneuma, soffio vitale, richiama anche il concetto ispiratore dei centri Maggie's e la loro missione di sostegno nella malattia e valorizzazione dell'esperienza di vita. Steven Holl così progetta una struttura traslucida, un parallelepipedo dagli angoli arrotondati, dotata di grande leggerezza e dinamismo. Il Maggie's Centre Barts segue uno sviluppo verticale concepito come una sovrapposizione di tre layer: la struttura è costituita da un telaio in cemento, con uno strato interno in bambù perforato e un rivestimento esterno di vetro bianco opaco con frammenti colorati. L'interno del centro è organizzato attorno a una scala curva a tre piani, che conduce a un giardino terrazzato alberato e a una sala comune multifunzionale. Lungo la salita, la scala attraversa spazi aperti e semichiusi per consulenza, discussioni di gruppo e esercizi leggeri. Il risultato è una struttura apparentemente semplice che integra e contrasta con l'ambiente ospedaliero, visivamente e programmaticamente.

## TECNOLOGIE COSTRUTTIVE

Come già abbiamo detto la struttura dell'edificio è molto semplice tecnologicamente. L'edificio nasce da tre layer sovrapposti che Holl chiama "un vaso all'interno di un vaso all'interno di un vaso". La struttura portante ramificata e a sezione variabile è in cemento, l'interno è rivestito in pannelli di bambù perforati, ma la vera innovazione tecnologica riguarda la pelle esterna e il disegno della facciata. Questa è un elemento continuo che avvolge letteralmente l'interno, è definito orizzontalmente dal ripetersi di una serie di barre metalliche orizzontali parallele spaziate di 90 cm che in corrispondenza della scala si curvano e ne seguono l'andamento inclinato. Sono stati appositamente prodotti e progettati per questo intervento pannelli in Okalux traslucido curvi e isolanti con specifiche prestazionali elevate.



Concept della struttura (www.stevenholl.com) - FIG.1.

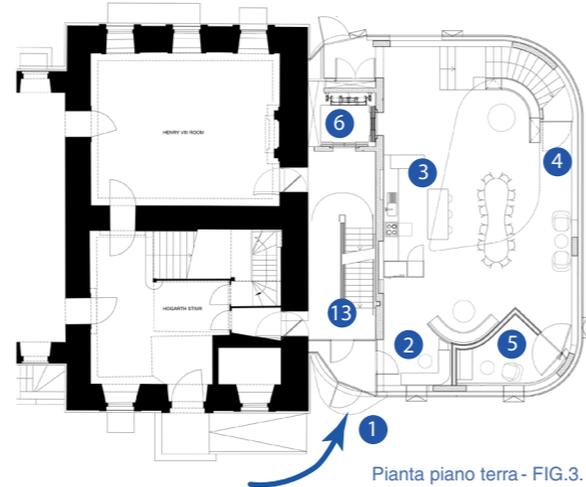


Sketch primordiale (www.stevenholl.com) - FIG.2.

**INSERIMENTO  
NEL CONTESTO**

Il sito nel centro di Londra è adiacente al grande cortile del St. Bartholomew's Hospital. Questo fu fondato da Rahere a Smithfield nel XII secolo ed è l'ospedale più antico di Londra. Profondi strati di storia caratterizzano questo sito unico, arrivando fino alla cultura medievale di Londra. La struttura, la seconda del suo genere a Londra, sorge proprio in questo contesto urbano e fortemente connotato, prendendo il posto di una costruzione eretta negli anni sessanta a seguito del suo abbattimento. Il piccolo centro sorge su di un lotto di 607 mq e si sviluppa in verticale su tre piani appoggiandosi al monumentale complesso settecentesco. Steven Holl ha voluto enfatizzare le differenze tra la preesistenza ed il nuovo edificio, contrapponendo una struttura che per la sua plasticità sembra quasi un oggetto solido ad una scala architettonica. Ad una facciata con modanature e cornici in pietra si affianca un volume con angoli smussati, liscio e rivestito di vetro satinato. Anche se la scala dimensionale resta la stessa, il cambio di registro è sorprendente. Sembra quasi che "il nuovo si ritrae" andando ad evidenziare i dettagli dell'antico complesso.

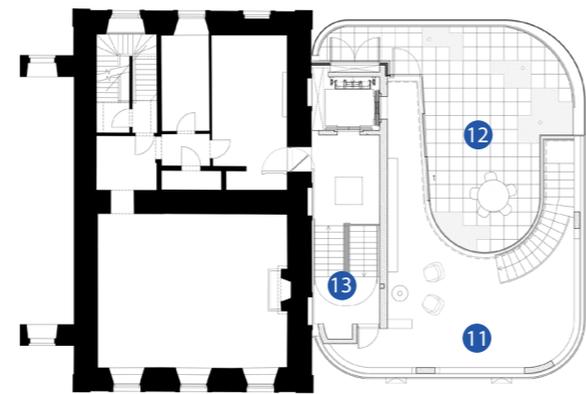
- AMBIENTI**
- (1) ingresso
  - (2) spazio sosta
  - (3) cucina
  - (4) dispensa
  - (5) stanza consulenza
  - (6) ascensore
  - (7) bagno
  - (8) biblioteca
  - (9) ufficio
  - (10) stanza consulenza
  - (11) stanza polifunzionale
  - (12) terrazza
  - (13) scale di emergenza



Pianta piano terra - FIG.3.



Pianta primo piano - FIG.4.



Pianta piano secondo - FIG.5.

**1 INGRESSO**



Vista esterna dell'ingresso (www.stevenholl.com) - FIG.6.

Avvicinandosi al Maggie's Center Barts si notano subito differenze sostanziali con gli altri centri di questa associazione benefica. Mentre la maggior parte dei Maggie's sorgono in contesti verdeggianti e si sviluppano orizzontalmente immersi in giardini rigogliosi e sentieri protetti, questo ricade in pieno centro storico, circondato da palazzi antichi e si sviluppa verticalmente. Il forte contrasto materico tra il bugnato delle preesistenze e la sua leggerezza architettonica trasferisce istintivamente l'idea di un nuovo approccio alla cura. Nelle ore serali, in cui la luminosità interna vince su quella esterna, l'edificio si trasforma letteralmente in una lanterna urbana. In corrispondenza dello scalone interno che sale fino al tetto giardino, la facciata opaca si solleva seguendo l'inclinazione della rampa, lasciando così spazio all'ingresso e ad una vetrata trasparente che mostra parte dell'interno.

**SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE**

- 1 Ingresso posizionato lateralmente rispetto la piazza
- 2 Design in contrasto con le preesistenze
- 3 Facciata continua in vetro bianco opaco
- 4 Disegni colorati sulla facciata
- 5 Dimensioni complessive contenute
- 6 Copertura bassa dell'ingresso per diminuirne le dimensioni
- 7 Parete trasparente nella facciata d'ingresso

**MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE**

- Consente di allungare leggermente il percorso di accesso al centro, nonostante si trovi in un contesto intensamente edificato, aumentando il tempo utile al paziente per metabolizzare e affrontare la soglia psicologica dell'ingresso
- Permette al paziente di riconoscere facilmente il centro ricercando la sua curiosità per non apparire ostile e generare ansia nel paziente
- Garantisce contemporaneamente la privacy e la maggior quantità possibile di luce naturale all'interno dell'edificio
- Non apparire ostile e generare ansia nel paziente. Mantenimento dell'identità culturale
- Non apparire ostile e generare ansia nel paziente
- Continuità con l'ambiente domestico, controllo dell'ansia e protezione dagli agenti atmosferici
- Immediata identificazione dello spazio e delle attività svolte all'interno

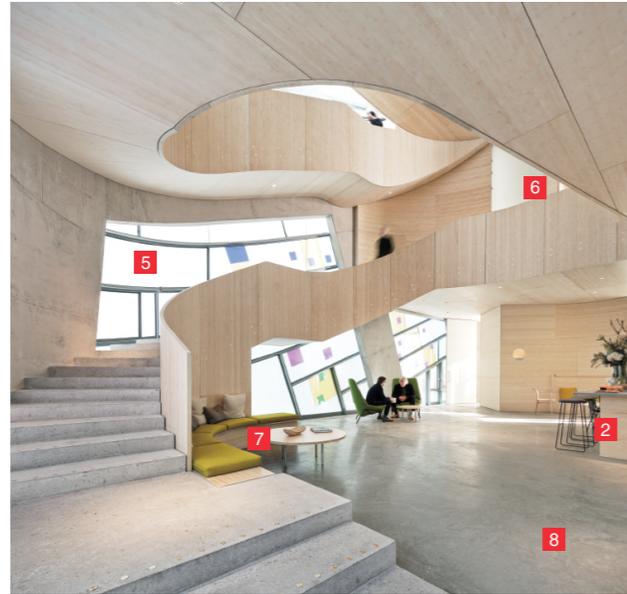
**LEGENDA**

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emotivo
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

**AMBITI ESIGENZIALI**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

## 2 SPAZIO SOSTA



Vista dalla zona di sosta (www.stevenholl.com) - FIG.7.

### LEGENDA

Punto di scatto	
Soluzione progettuale adottata	<b>0</b>
Ambiente	<b>0</b>
Esigenza riferita al paziente e/o al familiare	✓
Esigenza riferita al personale	✓
Benessere psico-emozionale	
Benessere ambientale	
Fruibilità	
Sicurezza	
Benessere lavorativo	
Benessere occupazionale	



Appena dentro, si ci ritrova in una piccola zona di sosta da qui è possibile avere una vista diretta sul grande open space dell'edificio. Frontalmente si ci ritrova la tavolata comune attorno alla quale si snoda una scala fluida e curva che collega tutti gli ambienti dei diversi livelli formando così un grande spazio aperto, unico ma articolato. La pelle esterna, vetrata e opaca, trasforma lo spettro luminoso della luce solare naturale in una luce bianca, immergendo l'ambiente in un'atmosfera che potremmo quasi definire divina.

### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1** Unico spazio aperto e articolato
- 2** Cucina con isola
- 3** Presenza di sedute vicino l'ingresso
- 4** Assenza di reception
- 5** Involucro perimetrale in vetro opaco
- 6** Spazio per gli uffici aperto ma posizionati al piano superiore
- 7** Diversificazione delle sedute
- 8** Pavimentazione liscia e riscaldata

### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Immediata identificazione dello spazio, delle attività e delle persone presenti all'interno del centro da parte del paziente. Agevolare le funzioni di sorveglianza e controllo visivo degli spazi per il personale

Grande cucina domestica con isola per corsi di cucina e alimentazione per i pazienti. Continuità con l'ambiente domestico e non istituzionale del centro

Per la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze durante l'attesa

Diminuisce l'istituzionalità apparente del centro

Garantire la maggior quantità possibile di luce naturale, distribuirla in maniera omogenea e diffusa, aumentare lo spazio percepito dell'ambiente, mantenere la privacy all'interno dell'edificio

Spazio per il personale separato dall'ambiente lavorativo ma che allo stesso tempo permette di avere il controllo visivo su di esso

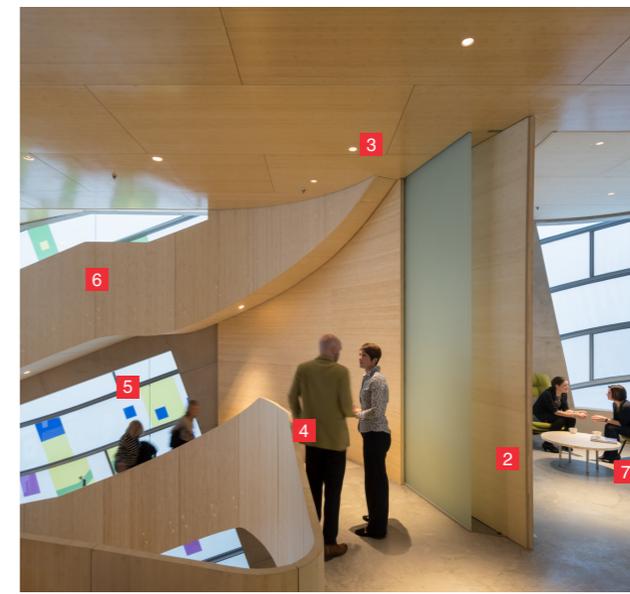
Per la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze di riservatezza o di socializzazione o grado di relax

Fruibilità in condizioni di sicurezza. Impianto integrato nel pavimento per rendere l'ambiente più gradevole e armonico alla vista

### AMBITI ESIGENZIALI

✓	✓				
✓	✓				
✓					
✓	✓				
✓	✓				
✓					
✓					
✓					

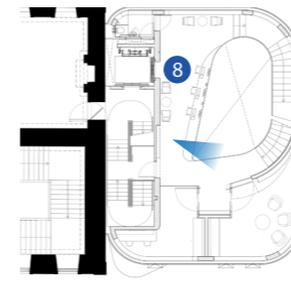
## 8 BIBLIOTECA



Vista delle scale monumentali dalla biblioteca - FIG.8. (www.stevenholl.com)

### LEGENDA

Punto di scatto	
Soluzione progettuale adottata	<b>0</b>
Ambiente	<b>0</b>
Esigenza riferita al paziente e/o al familiare	✓
Esigenza riferita al personale	✓
Benessere psico-emozionale	
Benessere ambientale	
Fruibilità	
Sicurezza	
Benessere lavorativo	
Benessere occupazionale	



La scala è stata pensata come il cuore strutturale e funzionale attorno al quale si sviluppa l'intero edificio. Questa si sviluppa come un percorso avvitato e ascendente che porta ad ogni singolo ambiente che forma l'edificio fino ad arrivare al tetto giardino. Costruita come un monolite in calcestruzzo e fornisce l'ancoraggio strutturale portante sia per la l'involucro esterno vetrato sia per le balaustre e le finiture degli interni in laminato di bambù. Lungo la scala il percorso si apre in una serie di spazi, adibiti alle diverse attività di cura, resi flessibili da pareti e setti mobili che permettono all'occorrenza di chiuderli e isolarli dal resto del centro.

### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1** Unico spazio aperto e articolato
- 2** Setti divisorii mobili e porte a scomparsa
- 3** Faretto per l'illuminazione artificiale
- 4** Personale senza uniforme
- 5** Involucro perimetrale in vetro opaco
- 6** Scelta di materiali naturali e dal colore chiaro
- 7** Mobili domestici leggeri e facili da spostare

### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Permette di ottenere una diversificazione degli spazi, ognuno con un diverso grado di privacy, nonostante si tratti di un unico ambiente

Aumenta la flessibilità d'uso degli ambienti. Maggiore controllo e possibilità di personalizzazione degli ambienti da parte dei pazienti

Garantire un adeguato livello luminoso dal colore gradevole e dalla diffusione ottimale

Mantiene l'aspetto del centro non istituzionale, aiutando a non generare ansia nel paziente

Garantire la maggior quantità possibile di luce naturale, distribuirla in maniera omogenea e diffusa, aumentare lo spazio percepito dell'ambiente, mantenere la privacy all'interno dell'edificio

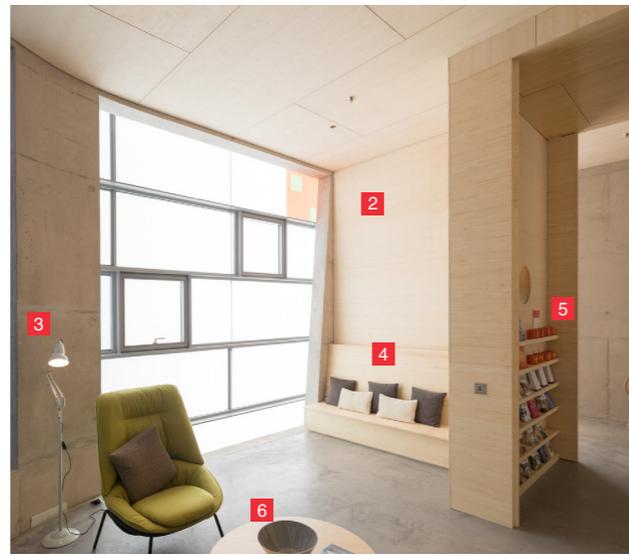
Materiali gradevoli al tatto, alla vista e con colorazioni chiare che favoriscono la propagazione della luce evitando disagi psicologici

Continuità con l'ambiente domestico. Aumenta la flessibilità d'uso degli ambienti. Maggiore controllo e possibilità di personalizzazione degli ambienti da parte dei pazienti

### AMBITI ESIGENZIALI

✓				
✓	✓			
✓	✓			
✓	✓			
✓	✓			
✓	✓			
✓	✓			

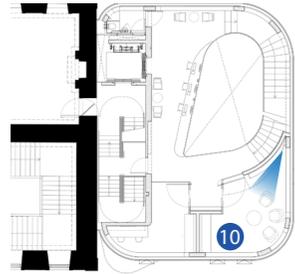
## 10 STANZA CONSULENZE



Vista della stanza consulenze (www.stevenholl.com) - FIG.9.

### LEGENDA

Punto di scatto	
Soluzione progettuale adottata	<b>0</b>
Ambiente	<b>0</b>
Esigenza riferita al paziente e/o al familiare	✓
Esigenza riferita al personale	✓
Benessere psico-emozionale	
Benessere ambientale	
Fruibilità	
Sicurezza	
Benessere lavorativo	
Benessere occupazionale	



Lungo il percorso, l'edificio si apre in una serie di spazi, ognuno adibito ad una attività specifica. Questa è la stanza per la consulenza e la terapia privata ed è un luogo dove si ricerca la massima privacy.

### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Ambiente piccolo e raccolto
- 2 Scelta di materiali naturali e dal colore chiaro
- 3 Presenza di lampade da terra
- 4 Diversificazione delle sedute
- 5 Piccola biblioteca
- 6 Suppellettili domestici
- 7 Sedute poste alla stessa altezza
- 8 Abbastanza sedute da permettere la presenza di un parente

### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Aumenta il senso di privacy, raccoglimento e protezione all'interno dell'ambiente evitando disagi psicologici

Materiali gradevoli al tatto, alla vista e con colorazioni chiare che favoriscono la propagazione della luce evitando disagi psicologici

Continuità con l'ambiente domestico e possibilità da parte del visitatore di poter personalizzare l'ambiente in base alle proprie necessità di comfort visivo

Per la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze di riservatezza o di socializzazione o grado di relax

Informazione e coinvolgimento sia del paziente abituale sia del visitatore saltuario come un accompagnatore

Aumentano il senso di continuità con l'ambiente domestico e l'aspetto non istituzionale del centro

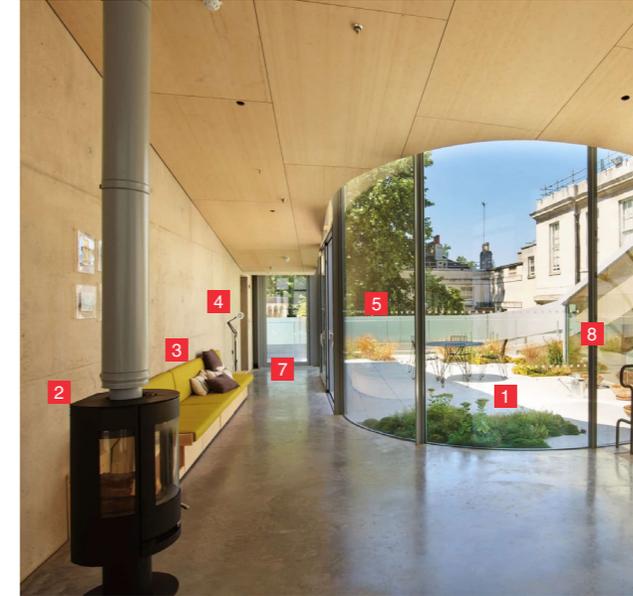
Assicura ai due interlocutori di trovarsi con lo sguardo alla stessa altezza, quindi allo stesso livello

Supporto psicologico e assistenza da parte di un familiare

### AMBITI ESIGENZIALI

✓✓	
✓✓	
✓	
✓	
✓✓	
✓	
✓✓	
✓	

## 11 STANZA POLIFUZIONALE



Vista della sala gruppi e della terrazza al piano superiore - FIG.10. (www.stevenholl.com)



La grande sala per le attività di gruppo, che si trova al terzo piano e alla fine del percorso della scalinata, è l'unico ambiente del centro che presenta un'apertura e una vista diretta dell'esterno e su elementi naturali. Qui, un camino e altri elementi di arredo riportano la mente dei visitatori all'ambiente domestico. I vari materiali sono stati scelti e utilizzati per le loro qualità tattili e complesse. La scelta dell'utilizzo di cristalli trasparenti produce un cambio cromatico e un ritorno alla luce naturale che infonde nel visitatore sicurezza e armonia.

### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Presenza di vegetazione
- 2 Termocamino
- 3 Sedute con cuscini
- 4 Presenza di lampade da terra e altro mobilio domestico
- 5 Parapetto in vetro satinato
- 6 Unico grande ambiente
- 7 Accesso diretto al roof-garden
- 8 Grandi finestre trasparenti

### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Benefici terapeutici e psico-ambientali dati dalla vista e interazione diretta con la vegetazione

Rappresenta il focolare, aumenta il senso di continuità con l'ambiente domestico e l'aspetto non istituzionale del centro

Continuità con l'ambiente domestico e possibilità da parte del visitatore di poter personalizzare l'ambiente in base alle proprie necessità di comfort e relax

Continuità con l'ambiente domestico e possibilità da parte del visitatore di poter personalizzare l'ambiente in base alle proprie necessità di comfort visivo

Protezione visiva dall'esterno per garantire la privacy e riservatezza del paziente

Aumenta la flessibilità d'uso dell'ambiente.

Possibilità per il paziente di poter interagire in maniera diretta con elementi naturali

Garantire la maggior quantità possibile di luce naturale nell'ambiente, percezione del trascorrere del tempo e delle stagioni

### LEGENDA

Punto di scatto	
Soluzione progettuale adottata	<b>0</b>
Ambiente	<b>0</b>
Esigenza riferita al paziente e/o al familiare	✓
Esigenza riferita al personale	✓
Benessere psico-emozionale	
Benessere ambientale	
Fruibilità	
Sicurezza	
Benessere lavorativo	
Benessere occupazionale	

### AMBITI ESIGENZIALI

✓✓	
✓✓	
✓	
✓	
✓	
✓✓	
✓✓	
✓✓	

- BENESSERE PSICO-EMOTIVO**
- A. Privacy
- B. Concentrazione
- C. Condivisione
- D. Continuità con l'ambiente domestico
- E. Disimpegno mentale
- F. Accudimento
- G. Assistenza da parte di un familiare
- H. Supporto psicologico
- I. Controllo dell'intorno
- J. Controllo degli stati d'ansia
- K. Allontanamento del contatto con la morte
- L. Informazioni e coinvolgimento
- M. Mantenimento dell'identità culturale
- N. Supporto religioso
- O. Controllo del trascorrere del tempo

- BENESSERE AMBIENTALE**
- P. Benessere acustico
- Q. Benessere termoigrometrico
- R. Benessere visivo
- S. Benessere olfattivo
- T. Benessere tattile

- FRUIBILITÀ**
- U. Facilità di orientamento wayfinding
- V. Accessibilità e praticabilità
- W. Uso agevole di oggetti

- SICUREZZA DEL PAZIENTE**
- X. Controllo del rischio clinico
- Y. Incolumità fisica della persona
- Z. Protezione da incidenti
- Aa. Protezione dalla diffusione delle infezioni
- Ba. Protezione dalle intrusioni
- Ca. Sicurezza nella custodia degli effetti personali

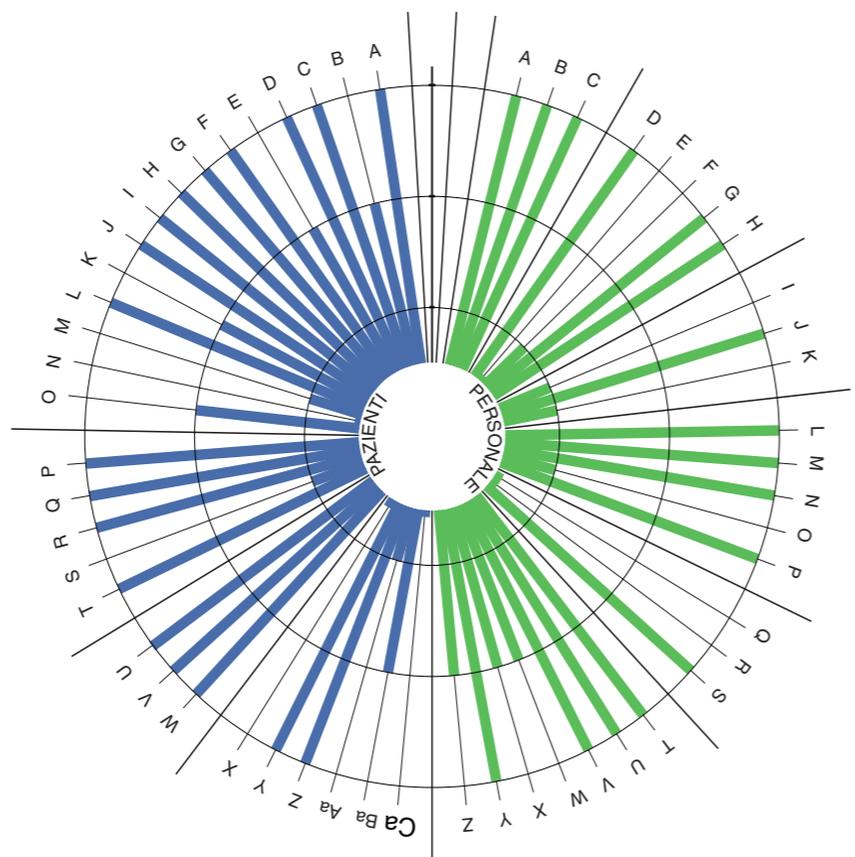
- BENESSERE LAVORATIVO**
- BENESSERE FISICO:**
- A. Poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti
- B. Poter disporre di spazi adeguati
- C. Minimizzazione delle distanze percorse
- BENESSERE MENTALE:**
- D. Facilità di controllo operativo della struttura
- E. Divisione tra pazienti pediatrici dai pazienti adulti
- F. Disponibilità di postazioni di lavoro personali
- G. Supporto nel minimizzare le interferenze
- H. Controllo nelle interazioni con i pazienti e familiari

- BENESSERE PSICO-EMOTIVO**
- I. Privacy
- J. Supporto nelle comunicazioni e nei colloqui
- K. Disimpegno mentale

- BENESSERE AMBIENTALE**
- L. Benessere acustico
- M. Benessere termoigrometrico
- N. Benessere visivo
- O. Benessere olfattivo
- P. Benessere tattile

- BENESSERE OCCUPAZIONALE**
- Q. Supporto sociale
- R. Supporto gender-related
- S. Integrazione e mantenimento dell'identità culturale

- SICUREZZA**
- T. Essere tutelati nella propria sicurezza fisica
- U. Essere agevolati nella tutela della sicurezza fisica del paziente
- V. Poter predisporre e somministrare le terapie
- W. Poter agevolmente consultare la documentazione relativa al paziente
- X. Disporre di sistemi di gestione informatizzata delle informazioni
- Y. Essere agevolati nell'intervento tempestivo
- Z. Essere agevolati nella tutela della riservatezza dei dati e delle informazioni del paziente



# MAGGIE'S AT THE ROYAL MARSDEN

## LOCALIZZAZIONE

Stato : Inghilterra  
Regione : Grande Londra  
Città : Londra, Sutton  
Indirizzo : Cotswold Road, 17

## OSPEDALE DI RIFERIMENTO

Royal Marsden Hospital

## PROJECT TEAM

Architetto/studio : Ab Rogers Design  
Design Director : Ab Rogers  
Ing. strutturale : Milk  
Arch. paesaggista : Piet Oudolf  
Arch. illuminotecnico : Studio ZNA Rilievo

## INIZIO/FINE CANTIERE

2018/2019

## DATI DIMENSIONALI

Sup. interna : /  
Sup. lotto : 1,150 m<sup>2</sup>

## COSTO DI COSTRUZIONE

£ 7,500 / m<sup>2</sup>

SITO WEB [www.maggies.org](http://www.maggies.org)

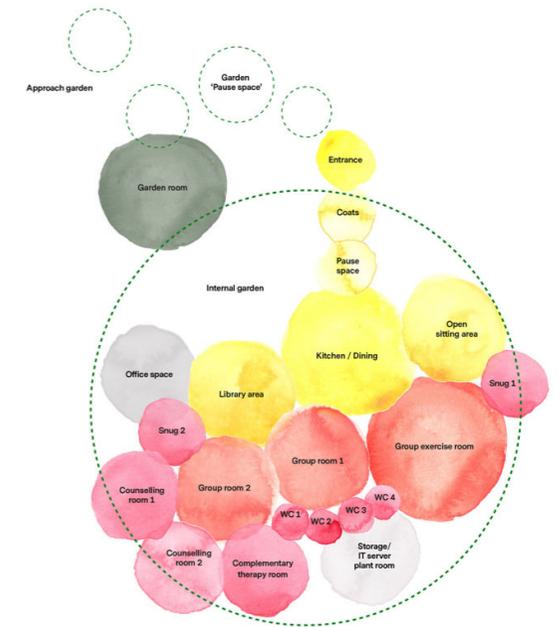


## DESCRIZIONE

Il design dell'edificio è stato sviluppato partendo dalle funzioni e dalle attività svolte all'interno. Il progettista, infatti, è partito da un concept funzionale (Fig. 1.) sottoforma di pallogramma, cioè un diagramma che riporta e analizza le relazioni tra le varie attività svolte all'interno del sito e le trasforma successivamente in spazio. La planimetria è stata così organizzata partendo dall'interno verso l'esterno, tenendo cura a fornire una gamma di spazi, dalle aree comuni più aperte alle stanze private più chiuse per una tranquilla riflessione. La cucina e il cortile sono al centro della pianta dell'edificio. L'edificio, esternamente, si mostra come un guscio rivestito di ceramica smaltata rossa per manifestare nozioni di calma, rifugio e sicurezza. Questo guscio è diviso in quattro volumi graduati e sfalsati in altezza, che sovrapponendosi si posizionano in una formazione semicircolare. Così facendo ognuno di essi può godersi la luce solare nei diversi momenti della giornata e si stabilisce anche un collegamento visivo sul giardino circostante.

## TECNOLOGIE COSTRUTTIVE

L'architettura sicura a forma di conchiglia progettata da Ab Rogers presenta cinque volumi rivestiti esternamente in terracotta smaltata. Il progettista ha audacemente scelto il rosso per rendere allegro il centro Royal Marsden, ispirandosi anche ai mattoni delle case nelle vicinanze. Il rivestimento in terracotta estrusa Imprunetina realizzata su misura dalla ditta italiana Palagio Engineering. Il lavoro concentra in se alcune delle tecniche produttive di più alto livello come i pezzi curvi di raccordo fra la facciata verticale ed il rivestimento della copertura, la bicottura delle lastre per avere i bordi di taglio delle lastre smaltati, i tagli curvi e le aperture per l'areazione ed ispezione realizzati a water jet e tanto altro. Ad un esame più attento, ogni volume presenta una tonalità di rosso leggermente diversa, che vanno dal carminio profondo al corallo traslucido, creando un piacevole gioco di ombre e prospettive e ammorbidendo l'effetto delle superfici colorate.



Concept funzionale ([www.abrogers.com](http://www.abrogers.com)) - FIG.1.

**INSERIMENTO  
NEL CONTESTO**

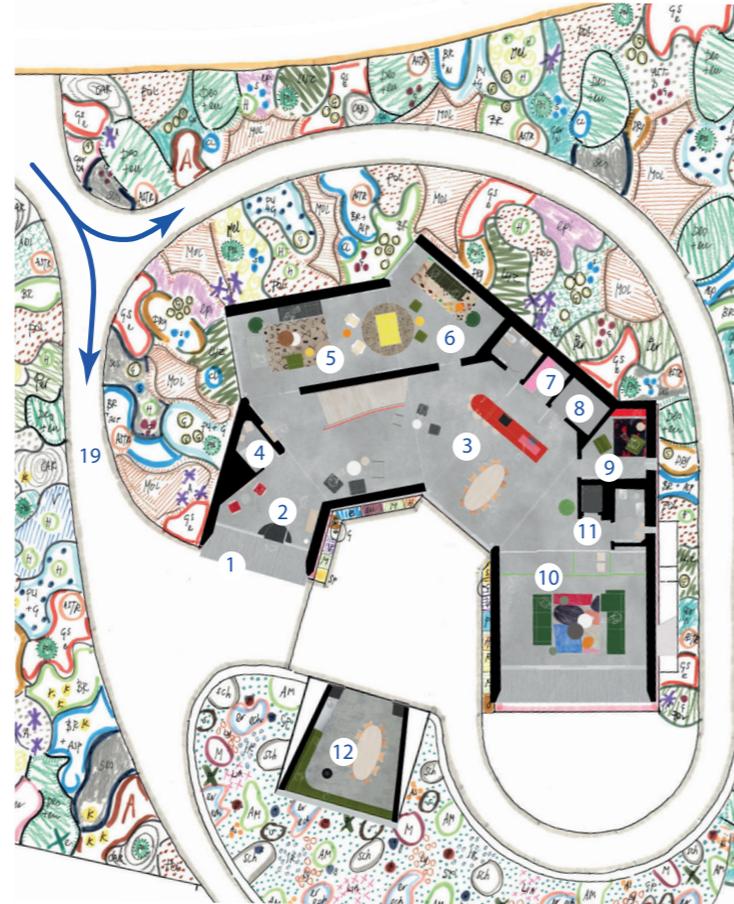
Progettato attorno a un diagramma del percorso solare, i volumi in formazione semicircolare, sono stati posizionati in modo da avere le facciate in vetro aperte verso il giardino e in modo che ognuno di essi possa godersi la luce solare nei diversi momenti della giornata. Allo stesso tempo, con questa disposizione, l'edificio rivolge le spalle verso la strada principale, creando privacy, e isolando l'edificio nel magnifico giardino disegnato dal paesaggista olandese Piet Oudolf, il quale ha utilizzato 14 diverse specie di erbe e 50 piante perenni.

**AMBIENTI**

- (1) ingresso
- (2) spazio sosta
- (3) cucina
- (4) bagno
- (5) stanza polifunzionale
- (6) area relax (yellow room)
- (7) dispensa
- (8) locale caldaia
- (9) stanza consulenze (purple room)
- (10) stanza polifunzionale (green room)
- (11) ascensore
- (12) sala riunioni (garden house)
- (13) ufficio
- (14) spogliatoio
- (15) stanza consulenze (purple room)
- (16) bagno
- (17) quiet room
- (18) biblioteca
- (19) percorso di ingresso

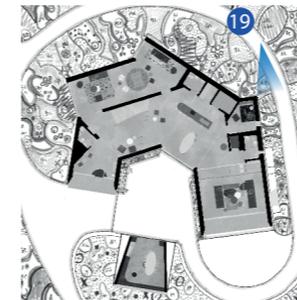


Pianta primo piano - FIG.3.



Planimetria generale con piano paesaggistico - FIG. 2.

**19 PERCORSO  
DI INGRESSO**



**SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE**

- 1 Lungo percorso di accesso
- 2 Pavimentazione regolare e illuminata
- 3 Barriera visiva vegetale
- 4 Rigoglioso giardino
- 5 Dimensioni complessive contenute
- 6 Facciata sul fronte stradale chiusa
- 7 Involucro trasparente
- 8 Doppio percorso di accesso

**MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE**

- Aumentare il tempo utile al paziente per metabolizzare e affrontare la soglia psicologica
- Fruibilità in condizioni di sicurezza
- Protezione visiva dall'esterno lungo tutto il percorso di accesso al centro per privacy e riservatezza del paziente
- Benefici terapeutici e psico-ambientali dati dalla vista e interazione diretta con la vegetazione
- Non apparire ostile e generare ansia nel paziente
- Aumenta la privacy, il senso di protezione favorendo il controllo dell'ansia
- Immediata identificazione dello spazio e delle attività svolte all'interno
- Per la scelta del percorso idoneo in base alle proprie esigenze di riservatezza o di tempo per metabolizzare e affrontare la soglia psicologica



Vista esterna del centro dal vialetto est (www.abrogers.com) - FIG.4.

Venendo dalla strada, c'è poco che separa il nuovo edificio dalla parte pubblica, niente muri o recinzioni, solo un fluente sentiero che passa nel giardino del famoso paesaggista olandese Piet Oudolf. Sono state piantumate in blocchi ad incastro 14 diverse specie di erbe e 50 piante perenni, progettando un piano paesaggistico che crei colori e forme interessanti durante tutte le stagioni dell'anno, mentre le foglie, i fiori e semi cambiano. Le piante ad alto nettare sono state scelte per attirare api e farfalle. L'ingresso è stato posizionato nel lato opposto rispetto la strada principale in modo da costringere i visitatori a percorrere il lungo sentiero naturalistico. Inoltre sono presenti due percorsi, uno più breve e diretto verso l'accesso, mentre l'altro decisamente più lungo e riservato destinato ai visitatori che hanno bisogno di più tempo prima dell'accesso nel centro.

**LEGENDA**

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emotivo
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

**AMBITI ESIGENZIALI**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 





### 3 CUCINA

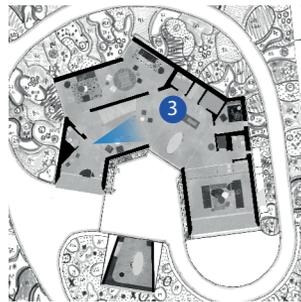


Vista della cucina (www.abrogers.com) - FIG.7.

La cucina funge da punto focale e cuore del centro. Di fatti, l'edificio, curvando attorno al cortile esterno, questo funge da punto centrale ed è specchiato internamente dalla cucina a doppia altezza. Il tavolo della cucina è il vero luogo di aggregazione sociale del centro ed è stato realizzato abete douglas. La tavolozza dei materiali è stata selezionata per ricreare un'atmosfera accogliente e domestica attraverso le loro qualità tattili. In cucina tutto è a vista in modo che non si perda tempo tra gli armadietti, evitando l'imbarazzo di dover rovistare per cercare una tazza, e aumentando così il comfort del visitatore.

#### LEGENDA

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emozionale
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale



#### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Cucina con isola
- 2 Credenza a vista
- 3 Pavimentazione regolare e riscaldata
- 4 Grande tavolo da cucina
- 5 Diversificazione delle sedute
- 6 Accesso diretto verso il giardino
- 7 Presenza di lucernari
- 8 Arredo domestico

#### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

- Grande cucina domestica con isola per corsi di cucina e alimentazione per i pazienti. Continuità con l'ambiente domestico e non istituzionale del centro
- Attrezzatura per ristoro a vista, con possibilità per il paziente di servizi autonomamente, aumentando così il comfort e il senso di controllo sull'ambiente
- Fruibilità in condizioni di sicurezza, impianto di riscaldamento a pavimento per avere condizioni ambientali ottimali e rendere l'ambiente più gradevole e armonico alla vista
- Fulcro del centro, luogo in cui si svolgono la maggior parte dei colloqui e ricevimenti con possibilità di accogliere parenti e accompagnatori
- Per la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze di riservatezza o di socializzazione o grado di relax
- Possibilità per il paziente di poter interagire in maniera diretta con elementi naturali, percezione del trascorrere del tempo e delle stagioni
- Garantire la maggior quantità possibile di luce naturale nell'ambiente, distribuirla in maniera omogenea e diffusa, aumentare lo spazio percepito interno
- Continuità con l'ambiente domestico e non istituzionale del centro per non apparire ostile e generare ansia nel paziente

#### AMBITI ESIGENZIALI

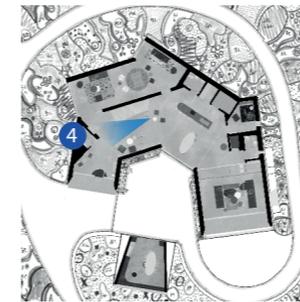
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

### 4 BAGNO



Vista del bagno al piano terra (www.abrogers.com) - FIG.8.

Il bagno presenta un lucernario rotondo che, come dice Rogers, è un riferimento giocoso a Barragan. Questo garantisce allo stesso tempo luce naturale proveniente dall'alto e privacy, cose che una finestra posizionata al pian terreno non riesce a garantire. Ogni stanza è stata colorata e caratterizzata con un colore differente. "Credendo nel potere sensuale e psicologico del colore, abbiamo colorato le stanze circostanti per adattare alle funzioni e alle attività che ospitano", hanno detto Rogers e Bartolini. Blocchi di colore sotto forma di pareti ed elementi architettonici sono compensati da robusti arredi in noce, inclusa la porta d'ingresso. Ogni maniglia della porta del Maggie's Center è intagliata a mano ed è unica.



#### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Porte insonorizzate
- 2 Impianto di termoregolazione ad aria nascosto
- 3 Sanitari con forme geometriche definite
- 4 Credenze con ripiani
- 5 Ambienti caratterizzati da colori tematici
- 6 Spigolo delle pareti smussato
- 7 Pareti interne bianche

#### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

- Garantisce privacy e riservatezza al paziente
- Impianto nascosto e integrato nella credenza per rendere l'ambiente più gradevole e armonico alla vista
- Il decor degli arredi e delle finiture garantiscono armonia negli accostamenti evitando disagi psicologici
- Consentono di riporvi oggetti personali dei pazienti, permettendo la personalizzazione dello spazio e aumentando il senso di controllo da parte del paziente
- Il colore e il decor degli arredi e delle finiture garantiscono armonia negli accostamenti evitando disagi psicologici
- Forme morbide delle pareti per permettere alla luce di disporvi omogeneamente senza creare spigoli d'ombra
- Aumenta la luce nell'ambiente e lo spazio percepito

#### LEGENDA

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emozionale
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

#### AMBITI ESIGENZIALI

- 
- 
- 
- 
- 
- 
-



- BENESSERE PSICO-EMOTIVO**
- A. Privacy
- B. Concentrazione
- C. Condivisione
- D. Continuità con l'ambiente domestico
- E. Disimpegno mentale
- F. Accudimento
- G. Assistenza da parte di un familiare
- H. Supporto psicologico
- I. Controllo dell'intorno
- J. Controllo degli stati d'ansia
- K. Allontanamento del contatto con la morte
- L. Informazioni e coinvolgimento
- M. Mantenimento dell'identità culturale
- N. Supporto religioso
- O. Controllo del trascorrere del tempo

- BENESSERE AMBIENTALE**
- P. Benessere acustico
- Q. Benessere termoisometrico
- R. Benessere visivo
- S. Benessere olfattivo
- T. Benessere tattile

- FRUIBILITÀ**
- U. Facilità di orientamento wayfinding
- V. Accessibilità e praticabilità
- W. Uso agevole di oggetti

- SICUREZZA DEL PAZIENTE**
- X. Controllo del rischio clinico
- Y. Incolumità fisica della persona
- Z. Protezione da incidenti
- Aa. Protezione dalla diffusione delle infezioni
- Ba. Protezione dalle intrusioni
- Ca. Sicurezza nella custodia degli effetti personali

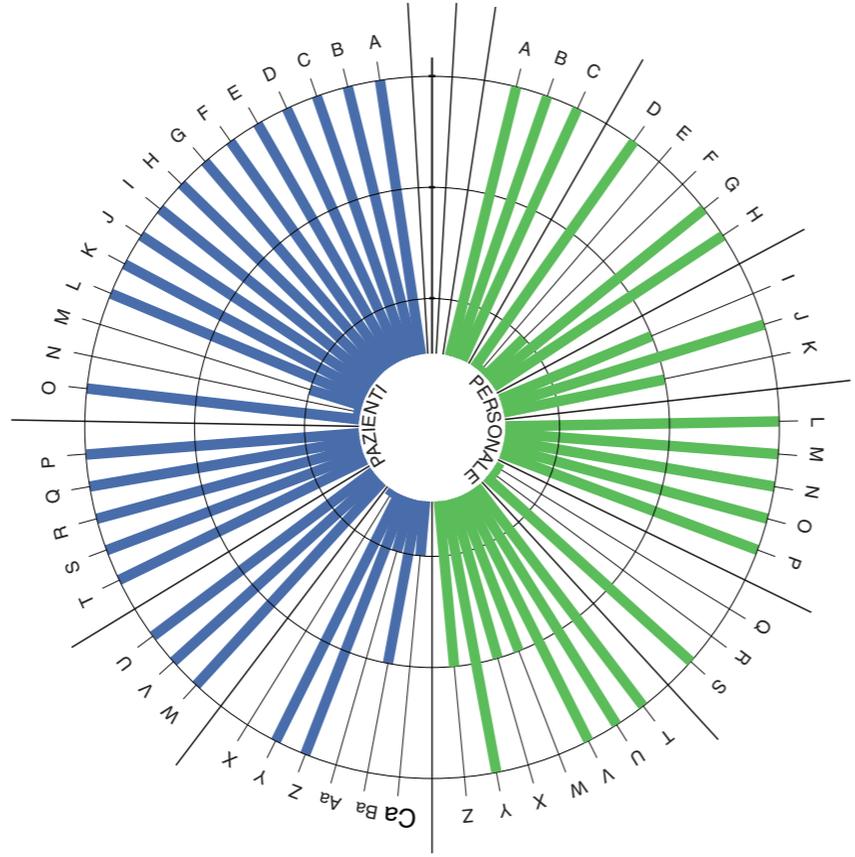
- BENESSERE LAVORATIVO**
- BENESSERE FISICO:**
- A. Poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti
- B. Poter disporre di spazi adeguati
- C. Minimizzazione delle distanze percorse
- BENESSERE MENTALE:**
- D. Facilità di controllo operativo della struttura
- E. Divisione tra pazienti pediatrici dai pazienti adulti
- F. Disponibilità di postazioni di lavoro personali
- G. Supporto nel minimizzare le interferenze
- H. Controllo nelle interazioni con i pazienti e familiari

- BENESSERE PSICO-EMOTIVO**
- I. Privacy
- J. Supporto nelle comunicazioni e nei colloqui
- K. Disimpegno mentale

- BENESSERE AMBIENTALE**
- L. Benessere acustico
- M. Benessere termoisometrico
- N. Benessere visivo
- O. Benessere olfattivo
- P. Benessere tattile

- BENESSERE OCCUPAZIONALE**
- Q. Supporto sociale
- R. Supporto gender-related
- S. Integrazione e mantenimento dell'identità culturale

- SICUREZZA**
- T. Essere tutelati nella propria sicurezza fisica
- U. Essere agevolati nella tutela della sicurezza fisica del paziente
- V. Poter predisporre e somministrare le terapie
- W. Poter agevolmente consultare la documentazione relativa al paziente
- X. Disporre di sistemi di gestione informatizzata delle informazioni
- Y. Essere agevolati nell'intervento tempestivo
- Z. Essere agevolati nella tutela della riservatezza dei dati e delle informazioni del paziente



# CENTRO KÁLIDA SANT PAU

## LOCALIZZAZIONE

Stato : Spagna  
Regione : Catalogna  
Città : Barcellona  
Indirizzo : Recinto del Hospital de Sant Pau

## OSPEDALE DI RIFERIMENTO

Royal Marsden Hospital

## PROJECT TEAM

Architetto/studio : EMBT  
Design Director : Benedetta Tagliabue  
Ing. strutturale : Bernúz Fernández Arquitectes SLP  
Arch. paesaggista : Miralles Tagliabue  
Arch. di interni : Patricia Urquiola Studio

## INIZIO/FINE CANTIERE

2017/2019

## DATI DIMENSIONALI

Sup. interna : 400 m<sup>2</sup>  
Sup. lotto : 950 m<sup>2</sup>

## COSTO DI COSTRUZIONE

1.850.000 € / m<sup>2</sup>

## SITO WEB

[www.maggies.org](http://www.maggies.org)



## DESCRIZIONE

Situato nel parco dell'ospedale Sant Pau, patrimonio mondiale dell'UNESCO in Spagna, il Centro Kálida Sant Pau è il primo edificio realizzato nell'Europa continentale dall'ente di beneficenza Maggie's Centres. L'idea progettuale primordiale è stata quella di piantare un nuovo fiore colorato nel giardino dell'ospedale partendo da dei lavori di collage che lo studio EMBT ha prodotto sulla base della ricchezza dei materiali, trame, colori, geometrie, disegni e verde dell'originario complesso ospedaliero. Le piante dell'edificio e del giardino, ispirandosi alle straordinarie ceramiche floreali, crescono come petali dalla forma esagonale, suggerendo così la suddivisione degli ambienti per le diverse funzioni. Così, il centro, è stato concepito come un padiglione da giardino dove i confini tra interno ed esterno si confondono e variano gli spazi in configurazioni aperte, ma dove possono si creare diversi livelli di intimità.

## TECNOLOGIE COSTRUTTIVE

L'edificio si distingue per le sue facciate in mattoni rossi, adornate da piastrelle in ceramica a forma di nido d'ape, che lo studio EMBT ha appositamente disegnato. La facciata dell'edificio è un muro di mattoni con inserti in ceramica smaltata, messi insieme in una composizione variabile di colori e trame e consistenze. La parete si trasforma in un reticolo ceramico per filtrare la luce del sole mediterraneo, per focalizzare la vista sull'ambiente, per fornire la circolazione dell'aria e per proteggere la privacy degli spazi interni. Sono raffinate policromie materiche che si interrompono in corrispondenza delle vetrate con articolati infissi lignei sul giardino, per consentire alla luce di diffondersi in modo omogeneo negli spazi interni. Come la facciata, anche tetto dell'edificio è rivestito da una composizione di coppi di ceramica smaltata, mutevoli nei colori e nelle geometrie. L'idea generale trae origine dalla reinterpretazione delle straordinarie ceramiche floreali esistenti nei padiglioni del vecchio ospedale. In questo modo l'architetto è riuscito a mantenere il linguaggio originale dell'architettura di Domènec i Montaner e così si riflette nei nuovi giardini, nelle facciate e nel design del tetto. Il Kálida Sant Pau dimostra come il dialogo e il confronto siano sempre un valore aggiunto, come quello tra materiali diversi, stili ed epoche differenti, spazi interni ed esterni, compattezza e porosità.



Collage di riferimenti ([www.mirallestagliabue.com](http://www.mirallestagliabue.com)) - FIG.1.



Plastico concettuale ([www.mirallestagliabue.com](http://www.mirallestagliabue.com)) - FIG.2.

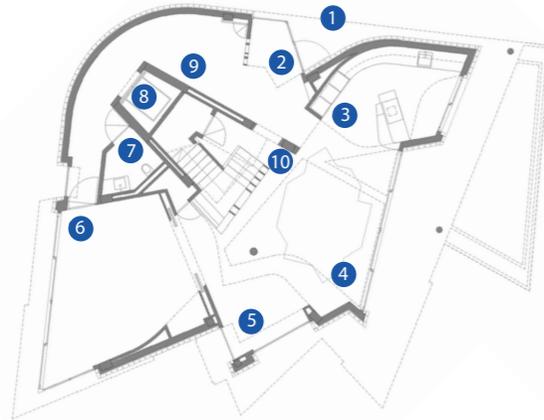
**INSERIMENTO NEL CONTESTO**

Il Centro Kálda si trova all'interno del grande complesso art nouveau dell'Ospedale Sant Pau di Barcellona, progettato agli inizi del XX secolo dall'architetto Lluís Domènech i Montaner, maestro del modernismo catalano, e iscritto nella lista Unesco dei beni patrimonio mondiale dell'umanità. Si tratta di una micro-città composta da un grappolo di padiglioni, strade interne, chiesa e convento. Il piccolo padiglione, con le sue forme organiche, si compone di un fabbricato di 400 mq su due livelli e di un ampio giardino. Questo però asseconda la conformazione del terreno e cerca di raccordare il complesso ospedaliero dal dislivello orografico presente. Il piano terra, più aperto e trasparente, si trova ad un livello inferiore rispetto al complesso ospedaliero mentre il secondo livello, più chiuso e riservato, si trova alla stessa quota. Così il centro, attraverso la sua piccola struttura, così facendo raccorda lo sviluppo altimetrico del lotto tra l'esuberante complesso Modernista e la nuova clinica terminata da Bonell & Gil-Rius nel 2010.

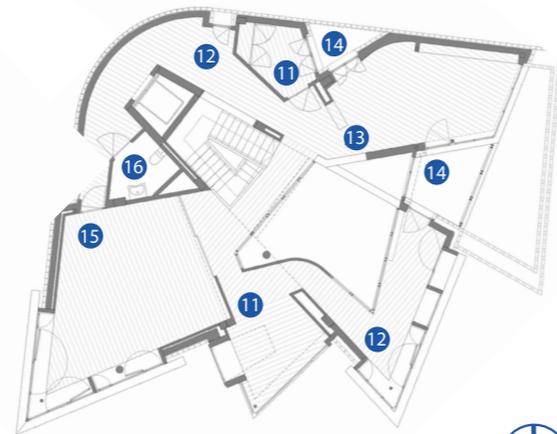
- AMBIENTI**
- (1) ingresso
  - (2) spazio sosta
  - (3) cucina
  - (4) area relax
  - (5) biblioteca
  - (6) stanza polifunzionale
  - (7) bagno
  - (8) ascensore
  - (9) soggiorno
  - (10) scale
  - (11) stanza consulenze
  - (12) area relax
  - (13) uffici e sala riunioni
  - (14) terrazza
  - (15) stanza polifunzionale
  - (16) bagno



Plastico ligneo del centro e del contesto (www.mirallestagliabue.com) - FIG. 3.



Pianta piano terra - FIG. 4.



Pianta primo piano - FIG.5.

0 2.5 5



**19 PERCORSO DI INGRESSO**



**SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE**

- 1 Lungo percorso di accesso
- 2 Pavimentazione regolare e illuminata
- 3 Barriera visiva
- 4 Piano terra posto ad un livello inferiore al piano di campagna
- 5 Dimensioni complessive contenute
- 6 Facciata del primo livello chiusa
- 7 Pensilina metallica
- 8 Presenza di sedute vicino l'ingresso

**MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE**

- Aumenta il tempo utile al paziente per metabolizzare e affrontare la soglia psicologica dell'ingresso nel centro
- Fruibilità in condizioni di sicurezza
- Protezione visiva dall'esterno lungo tutto il percorso di accesso al centro per privacy e riservatezza del paziente
- Piano terra e giardino di pertinenza protetto visivamente grazie a terrapieni e terrazzamenti
- Non apparire ostile e generare ansia nel paziente
- Aumenta la privacy degli ospiti all'interno del centro favorendo il controllo dell'ansia
- Protezione dagli agenti atmosferici e protezione visiva dall'esterno per la privacy e la riservatezza del paziente
- Per la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze di riservatezza o di tempo per metabolizzare e affrontare la soglia psicologica



Vista dall'edificio attiguo del giardino e del vialetto Sud - FIG.6. (www.mirallestagliabue.com)

**LEGENDA**

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emotivo
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

**AMBITI ESIGENZIALI**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

## 1 INGRESSO



Vista dal giardino esterno dell'ingresso (www.mirallestagliabue.com) - FIG.7.

La facciata dell'edificio è un muro di mattoni faccia a vista dal sapore mediterraneo, con inserti in ceramica smaltata, accostati in una composizione variabile di colori e trame. La parete piena, poi si trasforma in un reticolo ceramico, un diaframma di mattoni per filtrare la luce del sole, per focalizzare la vista sull'ambiente, per fornire la circolazione dell'aria e per proteggere la privacy degli spazi interni. Le facciate verso gli edifici in stile liberty verso sud sono più trasparenti ma protette da persiane in legno. Un pergolato di acciaio, pensato per far crescere sopra piante rampicanti, ha lo scopo di proteggere dalla calura del sole catalano il visitatore e le finestre del piano inferiore che danno verso il giardino, donando luminosità agli spazi interni e mitigare la presenza delle circostanti strutture ospedaliere per rispettare la privacy degli utenti del centro.

### LEGENDA

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emozionale
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale



### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1** Facciata in mattoni facciavista e ceramiche smaltate
- 2** Vegetazione autoctona
- 3** Grandi porte-finestre
- 4** Protezione visiva dell'ingresso
- 5** Dimensioni complessive contenute
- 6** Copertura bassa dell'ingresso per diminuirne le dimensioni
- 7** Vetrata trasparente vicino l'ingresso

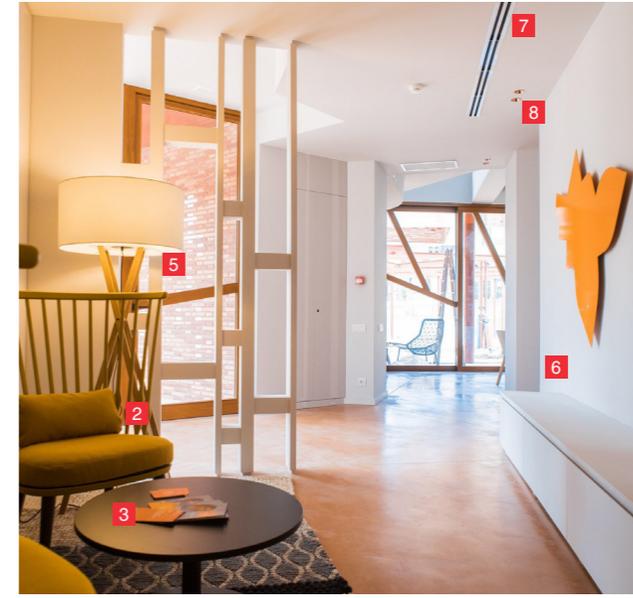
### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

- Mantenimento dell'identità culturale. Filtra la luce solare e garantisce la ventilazione naturale degli ambienti interni
- Benefici terapeutici e psico-ambientali dati dalla vista e interazione diretta con la vegetazione. Mantenimento dell'identità culturale
- Garantire la maggior quantità possibile di luce naturale all'interno e aumentare la connessione visiva con il giardino esterno protetto dalla strada
- Protezione visiva dall'esterno del portone di accesso al centro per privacy e riservatezza del paziente nel delicato momento dell'ingresso
- Non apparire ostile e generare ansia nel paziente
- Continuità con l'ambiente domestico, controllo dell'ansia e protezione dagli agenti atmosferici
- Immediata identificazione dello spazio e delle attività svolte all'interno

### AMBITI ESIGENZIALI

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

## 2 SPAZIO SOSTA



Vista dalla zona di sosta (www.mirallestagliabue.com) - FIG.8.

Appena dentro, si ci ritrova in una zona di sosta in cui il visitatore può sedersi e attendere in un ambiente raccolto. Da qui è possibile avere uno scorcio sulla cucina e sui vari ambienti che compongono l'edificio. Il piano terra è concepito come una sequenza di spazi aperti e flessibili che accolgono, collocati attorno a una sala da pranzo a doppia altezza, gli spazi collettivi quali cucina, soggiorno, biblioteca e sala polivalente. L'atmosfera è calda e amichevole, come in uno spazio domestico.



### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1** Unico spazio aperto e articolato
- 2** Poltroncine vicino l'ingresso
- 3** Presenza di brochures vicino l'ingresso
- 4** Assenza di reception
- 5** Presenza di lampade da terra e altro mobilio domestico
- 6** Setto murario come protezione visiva
- 7** Impianto di termoregolazione ad aria nascosto
- 8** Faretto per l'illuminazione artificiale

### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

- Immediata identificazione dello spazio, delle attività e delle persone presenti all'interno del centro da parte del paziente. Agevolare le funzioni di sorveglianza e controllo visivo degli spazi per il personale
- Per la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze durante l'attesa
- Informazione e coinvolgimento sia del paziente abituale sia del visitatore saltuario o di un accompagnatore
- Diminuisce l'istituzionalità apparente del centro
- Continuità con l'ambiente domestico e possibilità da parte del visitatore di poter personalizzare l'ambiente in base alle proprie necessità di comfort visivo
- Mantiene lo spazio d'attesa separato visivamente dall'ambiente principale ma allo stesso tempo connesso ad esso per non generare ansia nel paziente
- Impianto integrato nel soffitto per rendere l'ambiente più gradevole e armonico alla vista
- Garantiscono un adeguato livello luminoso distribuita in maniera omogenea e diffusa

### LEGENDA

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emozionale
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

### AMBITI ESIGENZIALI

- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

### 3 CUCINA

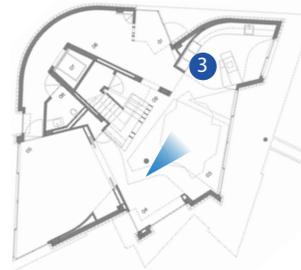


Vista della cucina (www.mirallestagliabue.com) - FIG.9.

#### LEGENDA

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emozionale
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

La cucina, come in tutti i Maggie's Centre, è il punto focale e cuore del centro. In questo ambiente tutto è stato pensato per favorire l'ingresso della miglior luce naturale possibile. Di fatti le grosse vetrate, che connettono direttamente l'ambiente al giardino, sono agevolate nello scopo dai colori chiari di un ambiente che si sviluppa in doppia altezza verso i lucernari superiori. Il mobilio della cucina richiama la domesticità e la quotidianità, come la cappa, il forno e il piano cottura. Qui tutto è a vista in modo che non si perda tempo tra gli armadietti, evitando l'imbarazzo di dover rovistare per cercare una tazza, e aumentando così il comfort del visitatore.



#### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Cucina con isola
- 2 Credenza a vista
- 3 Colori chiari e tenui
- 4 Grande tavolo da cucina
- 5 Impianto di termoregolazione ad aria nascosto
- 6 Accesso diretto verso il giardino
- 7 Presenza di lucernari
- 8 Suppellettili domestici

#### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Grande cucina domestica con isola per corsi di cucina e alimentazione per i pazienti. Continuità con l'ambiente domestico e non istituzionale del centro

Attrezzatura per ristoro a vista, con possibilità per il paziente di servizi autonomamente, aumentando così il comfort e il senso di controllo sull'ambiente

Il colore e il decor degli arredi e delle finiture garantiscono armonia negli accostamenti e favoriscono la propagazione della luce evitando disagi psicologici

Fulcro del centro, luogo in cui si svolgono la maggior parte dei colloqui e ricevimenti con possibilità di accogliere parenti e accompagnatori

Impianto integrato nel soffitto per rendere l'ambiente più gradevole e armonico alla vista

Possibilità per il paziente di poter interagire in maniera diretta con elementi naturali, percezione del trascorrere del tempo e delle stagioni

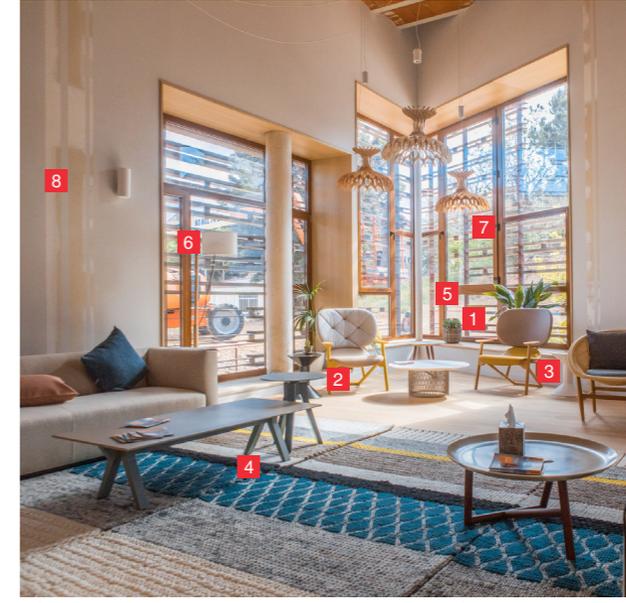
Garantire la maggior quantità possibile di luce naturale nell'ambiente, distribuirla in maniera omogenea e diffusa, aumenta lo spazio percepito interno

Continuità con l'ambiente domestico, aumenta il carattere non istituzionale del centro per non apparire ostile e generare ansia nel paziente

#### AMBITI ESIGENZIALI

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

### 15 STANZA POLIFUNZIONALE



Vista del salotto grande al piano superiore (www.mirallestagliabue.com) - FIG.10.

#### LEGENDA

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emozionale
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

Il grande soggiorno è stata pensata come una grande aula polivalente, capace di cambiare velocemente il suo utilizzo grazie a setti divisori mobili e ad un mobilio leggero e facile da spostare. Questo spazio presenta diversi divani morbidi, poltrone comode, tavolini da the, tappeti, paralumi e altri elementi di arredo che riportano la mente dei visitatori all'ambiente domestico. Ma l'elemento che più la caratterizza è la grande vetrata angolare che si apre verso il giardino ma protetta da brise soleil in legno per garantire la privacy. Mentre il soffitto in mattoni con volta a botte creato da appositamente da EMBT è un elemento caratteristico dell'architettura tradizionale, importante per il visitatore per l'appartenenza ad un'identità culturale.



#### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Presenza di piante da vaso
- 2 Mobilio leggero e facile da spostare
- 3 Diversificazione delle sedute
- 4 Presenza suppellettili domestici e di tappeti
- 5 Setti divisori a scomparsa
- 6 Brise soleil in legno
- 7 Presenza di lampade da terra
- 8 Grandi finestre

#### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Aumentare il senso di continuità con l'ambiente domestico, permette al paziente di prendervene cura aumentando così il senso di controllo dello spazio

Aumenta la flessibilità d'uso degli ambienti. Maggiore controllo e possibilità di personalizzazione degli ambienti da parte dei pazienti

Per la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze di riservatezza o di socializzazione o grado di relax

Aumentare il senso di continuità con l'ambiente domestico e l'aspetto non istituzionale del centro

Aumenta la flessibilità d'uso degli ambienti. Maggiore controllo e possibilità di personalizzazione degli ambienti da parte dei pazienti

Permette di ottenere un buon grado di privacy, regola l'accesso di luce solare diretta nell'ambiente

Continuità con l'ambiente domestico e possibilità da parte del visitatore di poter personalizzare l'ambiente in base alle proprie necessità di comfort visivo

Garantire la maggior quantità possibile di luce naturale nell'ambiente, percezione del trascorrere del tempo e delle stagioni

#### AMBITI ESIGENZIALI

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

# 11 STANZA CONSULENZE



Vista della stanza consulenze (www.mirallestagliabue.com) - FIG.11.



Questo piccolo spazio è stato pensato per i colloqui privati e per i momenti delicati psicologicamente. Pertanto, i colori selezionati per i rivestimenti principali sono tenui, come il legno e la ceramica, che creano un'atmosfera familiare. L'arredamento, mentre, ha tonalità di colore più luminose, in modo che lo spazio trasmetta sensazioni dinamiche e positive. La grandi finestre dell'edificio sono state realizzate appositamente e hanno le traversine dell'infilso inclinate in modo da rimandare nell'immagine a rami di albero.

## SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Ambiente piccolo e raccolto
- 2 Pareti dal tono chiaro
- 3 Finestra orientata verso un luogo protetto
- 4 Componenti d'arredo con tonalità più accese
- 5 Presenza di lampade da terra e altro mobilio domestico
- 6 Scelta di materiali gradevoli al tatto e alla vista
- 7 Sedute poste alla stessa altezza
- 8 Abbastanza sedute da permettere la presenza di un parente

## MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

- Aumenta il senso di privacy, raccoglimento e protezione all'interno dell'ambiente evitando disagi psicologici
- Il colore e il decor degli arredi e delle finiture garantiscono armonia negli accostamenti e favoriscono la propagazione della luce evitando disagi psicologici
- Garantisce privacy e riservatezza al paziente. Percezione del trascorrere del tempo e delle stagioni. Garantisce un adeguato livello di luce naturale
- Il colore e il decor degli arredi e delle finiture garantiscono armonia negli accostamenti evitando disagi psicologici
- Continuità con l'ambiente domestico e possibilità da parte del visitatore di poter personalizzare l'ambiente in base alle proprie necessità di comfort visivo
- Rivestimenti e mobilio dal materiale gradevole al tatto e alla vista per ottenere continuità con l'ambiente domestico ed evitare disagi psicologici
- Assicura ai due interlocutori di trovarsi con lo sguardo alla stessa altezza, quindi allo stesso livello
- Supporto psicologico e assistenza da parte di un familiare

### LEGENDA

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emotivo
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

### AMBITI ESIGENZIALI

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

## BENESSERE PSICO-EMOTIVO

- A. Privacy
- B. Concentrazione
- C. Condivisione
- D. Continuità con l'ambiente domestico
- E. Disimpegno mentale
- F. Accudimento
- G. Assistenza da parte di un familiare
- H. Supporto psicologico
- I. Controllo dell'intorno
- J. Controllo degli stati d'ansia
- K. Allontanamento del contatto con la morte
- L. Informazioni e coinvolgimento
- M. Mantenimento dell'identità culturale
- N. Supporto religioso
- O. Controllo del trascorrere del tempo

## BENESSERE AMBIENTALE

- P. Benessere acustico
- Q. Benessere termoigrometrico
- R. Benessere visivo
- S. Benessere olfattivo
- T. Benessere tattile

## FRUIBILITÀ

- U. Facilità di orientamento wayfinding
- V. Accessibilità e praticabilità
- W. Uso agevole di oggetti

## SICUREZZA DEL PAZIENTE

- X. Controllo del rischio clinico
- Y. Incolumità fisica della persona
- Z. Protezione da incidenti
- Aa. Protezione dalla diffusione delle infezioni
- Ba. Protezione dalle intrusioni
- Ca. Sicurezza nella custodia degli effetti personali

## BENESSERE LAVORATIVO

- BENESSERE FISICO:**
- A. Poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti
  - B. Poter disporre di spazi adeguati
  - C. Minimizzazione delle distanze percorse
- BENESSERE MENTALE:**
- D. Facilità di controllo operativo della struttura
  - E. Divisione tra pazienti pediatrici dai pazienti adulti
  - F. Disponibilità di postazioni di lavoro personali
  - G. Supporto nel minimizzare le interferenze
  - H. Controllo nelle interazioni con i pazienti e familiari

## BENESSERE PSICO-EMOTIVO

- I. Privacy
- J. Supporto nelle comunicazioni e nei colloqui
- K. Disimpegno mentale

## BENESSERE AMBIENTALE

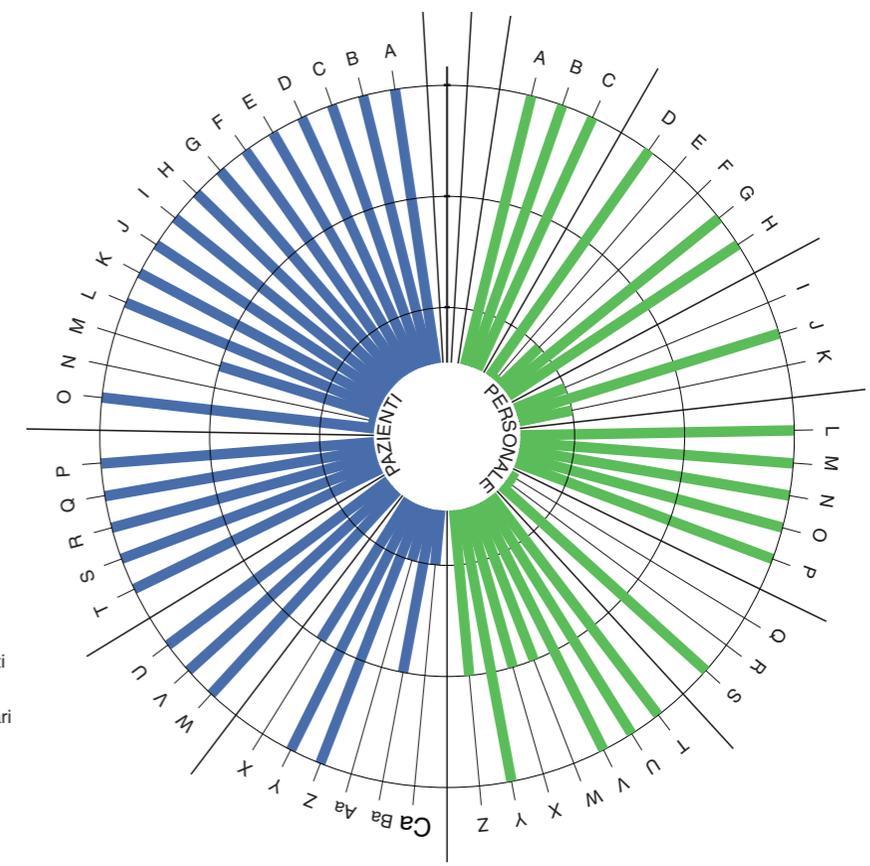
- L. Benessere acustico
- M. Benessere termoigrometrico
- N. Benessere visivo
- O. Benessere olfattivo
- P. Benessere tattile

## BENESSERE OCCUPAZIONALE

- Q. Supporto sociale
- R. Supporto gender-related
- S. Integrazione e mantenimento dell'identità culturale

## SICUREZZA

- T. Essere tutelati nella propria sicurezza fisica
- U. Essere agevolati nella tutela della sicurezza fisica del paziente
- V. Poter predisporre e somministrare le terapie
- W. Poter agevolmente consultare la documentazione relativa al paziente
- X. Disporre di sistemi di gestione informatizzata delle informazioni
- Y. Essere agevolati nell'intervento tempestivo
- Z. Essere agevolati nella tutela della riservatezza dei dati e delle informazioni del paziente



# MAGGIE'S LEEDS

## LOCALIZZAZIONE

Stato : Inghilterra  
Regione : West Yorkshire  
Città : Leeds  
Indirizzo : Alma Street

## OSPEDALE DI RIFERIMENTO

St James's University Hospital

## PROJECT TEAM

Architetto/studio : Heatherwick Studio  
Design Director : Thomas Heatherwick  
Ing. strutturale : AKT II  
Arch. paesaggista : Balston Agius  
Arch. illuminotecnico : Light Bureau

## INIZIO/FINE CANTIERE

2018/2020

## DATI DIMENSIONALI

Sup. interna : 462 m<sup>2</sup>  
Sup. lotto : 1,136 m<sup>2</sup>

## COSTO DI COSTRUZIONE

£5 mln

SITO WEB [www.maggies.org](http://www.maggies.org)

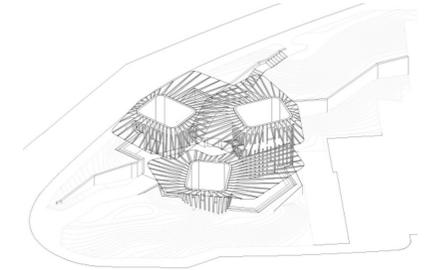


## DESCRIZIONE

L'edificio si sviluppa attorno a tre padiglioni a pianta rettangolare con angoli arrotondati. Questi sono disposti come lungo una spirale ascendente, attorno a un nucleo centrale occupato da un grande tavolo, e si alternano alle aree comuni che hanno chiusure perimetrali vetrate. Un aspetto architettonico estremamente caratterizzante è la modulazione delle nervature lignee che salgono verticalmente addossate alle pareti dei padiglioni. Queste sono disposte a stella ed escono orizzontalmente a sostenere lo sporto delle coperture. Il raccordo tra il tratto verticale e quello orizzontale è arrotondato e dà un senso di organicità rimandando l'immagine a veri e propri tronchi con le relative ramificazioni. Il tetto, che ospita un rigoglioso giardino, è composto da livelli sovrapposti che escono a sbalzo dai padiglioni e vanno a coprire le aree comuni. Questa distribuzione, oltre ad offrire un differente colpo d'occhio da ogni angolo dell'edificio, lo caratterizza fortemente con elementi naturali: da un lato la struttura lignea è plasmata in forme organiche, dall'altro ha accentuato la presenza del giardino che lo avvolge ai fianchi e in copertura. Il rapporto tra i locali interni e l'esterno è fondamentale, tutte le aree sono connesse al giardino direttamente o visivamente, attraverso le ampie vetrate che consentono di avere continuamente la sensazione di esserne avvolti.

## TECNOLOGIE COSTRUTTIVE

Il contesto ha influenzato radicalmente le scelte tecnologiche dato che la strada che corre attorno al lotto, essendo il percorso principale delle ambulanze, non poteva restare bloccata per mesi a causa dei veicoli pesanti di cantiere. La squadra di progettazione ha così studiato una struttura prefabbricata che potesse essere assemblata velocemente su una platea di calcestruzzo e su muri di contenimento, riducendo di conseguenza al minimo i tempi di cantiere. I tre padiglioni principali sono realizzati con una struttura intelaiata prefabbricata in legno di faggio. Tutte le installazioni impiantistiche sono state integrate in fase di produzione in fabbrica nei 24 elementi parete. Le nervature sagomate su forme organiche, le cui sezioni si espandono al crescere dell'altezza sono in legno di abete rosso e hanno la funzione di assorbire la pesante spinta del tetto giardino. L'intera struttura di elevazione, in totale 240 elementi, è stata prodotta in Svizzera e assemblata in opera in solo 8 settimane.

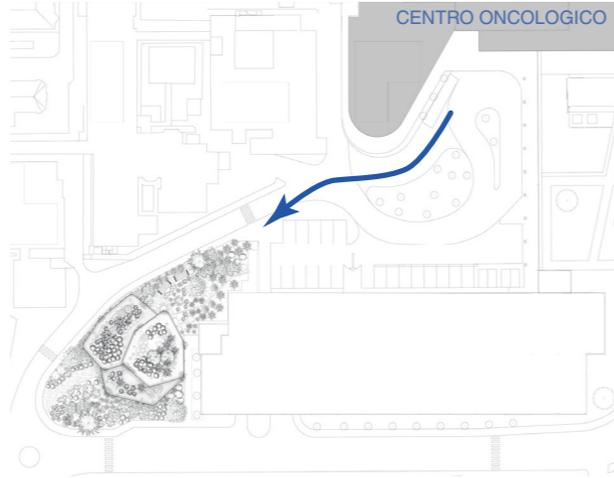


**INSERIMENTO NEL CONTESTO**

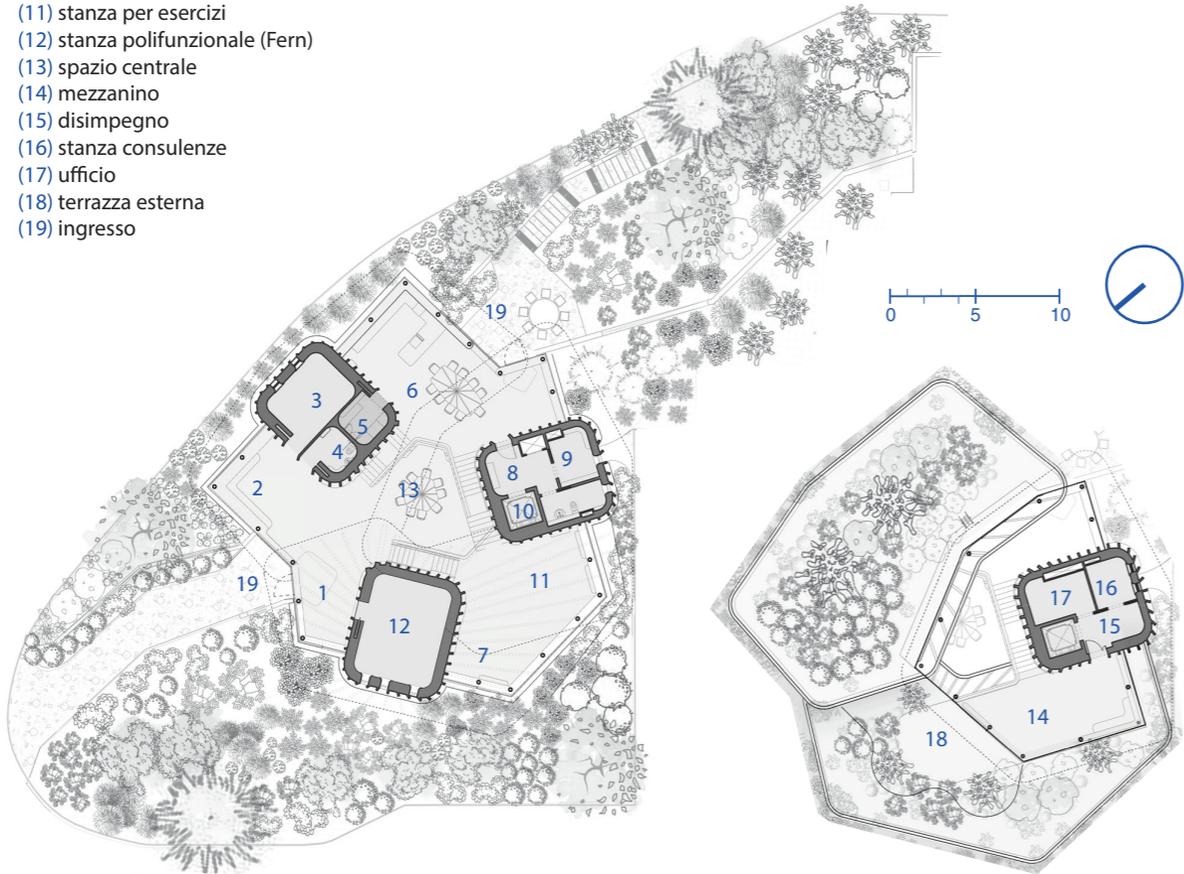
Il sito scelto era l'ultima macchia di verde residua tra i grandi blocchi del complesso ospedaliero. Era formato da una piccola collina ricoperta da un prato, vicina al parcheggio multipiano dell'ospedale e circondata da strade in due lati su tre. Il lotto dalla forma triangolare presenta una differenza di quota di 6 m e i volumi del piccolo centro assecondano la forma originaria della collina, riducendo così la quantità di scavi necessari, e alzandosi in modo significativo nel punto più alto da cui è possibile vedere fuori dall'ospedale le colline del parco nazionale dello Yorkshire Dales.

**AMBIENTI**

- (1) spazio sosta
- (2) biblioteca
- (3) stanza polifunzionale (Lila)
- (4) bagno
- (5) dispensa
- (6) cucina e soggiorno
- (7) area relax
- (8) lobby
- (9) stanza consulenze
- (10) bagno
- (11) stanza per esercizi
- (12) stanza polifunzionale (Fern)
- (13) spazio centrale
- (14) mezzanino
- (15) disimpegno
- (16) stanza consulenze
- (17) ufficio
- (18) terrazza esterna
- (19) ingresso



Planimetria generale - FIG. 2. (www.heatherwick.com)



Pianta primo terra - FIG. 3. (www.heatherwick.com)

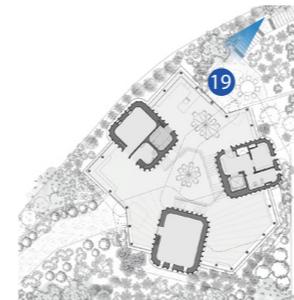
Pianta primo piano - FIG. 4. (www.heatherwick.com)

**19 INGRESSO**



Vista esterna del centro (www.heatherwick.com) - FIG. 5.

Esternamente i tre padiglioni sembrano tre grandi vasi pieni di rigogliosa vegetazione. Sono presenti due accessi all'edificio con caratteristiche molto simili, uno principale e uno secondario sul retro per lo staff e i visitatori abituali. Una panca, all'esterno dell'ingresso principale, permette sedersi un attimo prima di entrare, mentre nell'ingresso secondario un percorso protetto da un filtro vegetale permette di passeggiare lentamente in giardino prima di prendere coraggio e affrontare la situazione. La parete d'ingresso è trasparente, non nasconde l'interno, e la porta è posizionata sotto una copertura più bassa in modo da diminuirne le dimensioni ed essere meno intimidatoria. Il giardino sul tetto si ispira ai boschi dello Yorkshire e presenta essenze floreali britannica con l'idea di lasciare libera la vegetazione di prendere possesso dell'area.



**SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE**

- 1 Lungo percorso di accesso
- 2 Pavimentazione regolare e illuminata
- 3 Barriera visiva vegetale
- 4 Rigoglioso giardino con vegetazione autoctona
- 5 Forme organiche e dimensioni complessive contenute
- 6 Copertura bassa dell'ingresso per diminuirne le dimensioni
- 7 Involucro della zona d'ingresso trasparente
- 8 Presenza di sedute vicino l'ingresso

**MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE**

- Aumenta il tempo utile al paziente per metabolizzare e affrontare la soglia psicologica dell'ingresso nel centro
- Fruibilità in condizioni di sicurezza
- Protezione visiva dall'esterno lungo tutto il percorso di accesso al centro per privacy e riservatezza del paziente
- Benefici terapeutici e psico-ambientali dati dalla vista e dall'interazione con elementi naturali, mantenimento dell'identità culturale
- Non apparire ostile e generare ansia nel paziente
- Continuità con l'ambiente domestico, controllo dell'ansia e protezione dagli agenti atmosferici
- Immediata identificazione dello spazio e delle attività svolte all'interno
- Per la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze di riservatezza o di tempo per metabolizzare e affrontare la soglia psicologica

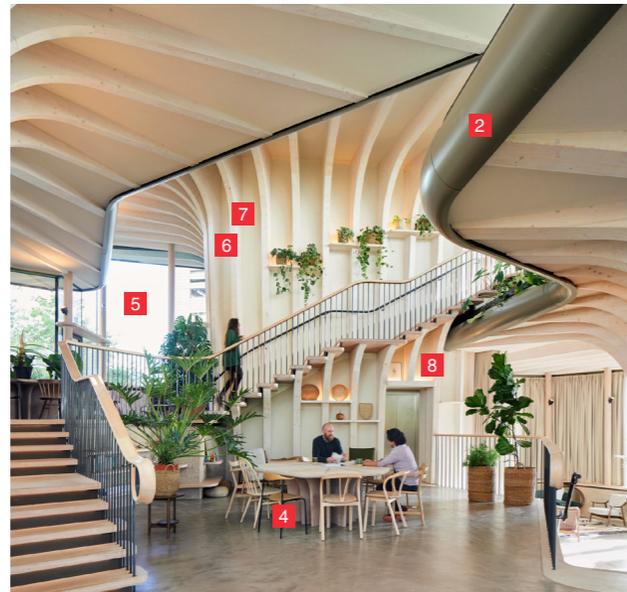
**LEGENDA**

- Punto di scatto
- Soluzione progettuale adottata
- Ambiente
- Esigenza riferita al paziente e/o al familiare
- Esigenza riferita al personale
- Benessere psico-emotivo
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

**AMBITI ESIGENZIALI**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

## 1 SPAZIO SOSTA



Vista interna dalla zona di sosta (www.heatherwick.com) - FIG.6.

Appena dentro, si ci ritrova in una zona di sosta inondata da luce naturale. Da qui è possibile avere una vista diretta sui vari ambienti che compongono l'edificio. Frontalmente si ci ritrova la tavolata comune attorno alla quale si snoda la scala articolata che porta alla cucina e agli altri ambienti posti nei vari livelli di questo grande spazio aperto, unico ma articolato. Per migliorare il comfort interno sono stati scelti materiali porosi, come l'intonaco di calce per la finitura delle pareti che aiuta a mantenere costante l'umidità negli ambienti. I locali interni sono ventilati naturalmente, grazie alla particolare attenzione prestata allo studio delle forme e all'orientamento dell'edificio. Nelle mensole e nei bordi delle coperture sono stati integrati elementi illuminanti per ottenere un effetto di luce diffusa, piacevole e calda, che avvolge i volumi lignei anche nelle ore buie.

### LEGENDA

Punto di scatto	
Soluzione progettuale adottata	0
Ambiente	0
Esigenza riferita al paziente e/o al familiare	✓
Esigenza riferita al personale	✓
Benessere psico-emozionale	
Benessere ambientale	
Fruibilità	
Sicurezza	
Benessere lavorativo	
Benessere occupazionale	



### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Unico spazio aperto e articolato
- 2 Atrio di ingresso ribassato
- 3 Piccola biblioteca vicino l'ingresso
- 4 Assenza di reception
- 5 Involucro perimetrale trasparente
- 6 Colori chiari tendenti al verde dal tono tenue
- 7 Scelta di materiali naturali e porosi
- 8 Illuminazione artificiale calda e diffusa

### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Immediata identificazione dello spazio, delle attività e delle persone presenti all'interno del centro da parte del paziente. Agevolare le funzioni di sorveglianza e controllo visivo degli spazi per il personale

Spazio percepito dal visitatore ridotto grazie allo sbalzo del solaio del piano superiore. Aumenta il senso di protezione e di privacy durante l'ingresso

Informazione e coinvolgimento sia del paziente abituale sia del visitatore saltuario o di un accompagnatore

Diminuisce l'istituzionalità apparente del centro

Garantisce la maggior quantità possibile di luce naturale, percezione del trascorrere del tempo e delle stagioni

Il colore e il decor degli arredi e delle finiture garantiscono armonia negli accostamenti e favoriscono la propagazione della luce evitando disagi psicologici

Materiali gradevoli al tatto, alla vista e che aiutano a mantenere i valori termigrometrici sotto controllo

Garantisce un adeguato livello luminoso dal colore gradevole e dalla diffusione ottimale

### AMBITI ESIGENZIALI

✓ ✓	
✓	
✓ ✓	
✓ ✓	
✓ ✓	
✓	
✓ ✓	
✓ ✓	

## 1 AREA RELAX



Vista del piano inferiore (www.heatherwick.com) - FIG.7.

Nelle intersezioni tra i volumi si trovano le aree importanti del centro: la cucina, aree per attività di gruppo, una palestra e aree relax. Questa articolazione degli ambienti è progettata per avere una combinazione di spazi sia privati per la riflessione personale, sia di spazi per incoraggiare le occasioni di socializzazione. Le grandissime vetrate a tutta altezza amalgamano i locali interni all'esterno con una visuale aperta al giardino, consentendo di avere continuamente la sensazione di esserne avvolti. Oltre al giardino un altro aspetto organico del progetto è la modulazione delle nervature lignee che salgono verticalmente addossate alle pareti dei padiglioni e poi escono orizzontalmente che fanno pensare a veri e propri tronchi con le relative ramificazioni. Tra le nervature sono state posizionate delle mensole, sulle quali collocare vasi di piante e altri oggetti che vengono portati dagli utenti, contribuendo a creare un'atmosfera domestica.



### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Unico spazio aperto e articolato
- 2 Involucro perimetrale trasparente
- 3 Tendaggi oscuranti con regolazione manuale
- 4 Impianto di termoregolazione ad aria nascosto
- 5 Mensole tra le nervature lignee
- 6 Diversificazione delle sedute
- 7 Mobili domestico leggero e facile da spostare
- 8 Dispositivi per la regolazione automatica della temperatura

### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Permette di ottenere una diversificazione degli spazi, ognuno con un diverso grado di privacy, nonostante si tratti di un unico ambiente

Garantisce la maggior quantità possibile di luce naturale, percezione del trascorrere del tempo e delle stagioni

Permette di regolare e personalizzare l'ambiente in base alle proprie esigenze di comfort visivo e grado di privacy dall'esterno

Impianto nascosto da pannelli di sughero per rendere l'ambiente più gradevole e armonico alla vista

Consentono di riporvi oggetti personali dei pazienti, permettendo la personalizzazione dello spazio e aumentando il senso di controllo da parte del paziente

Per la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze di riservatezza o di socializzazione o grado di relax

Aumenta la flessibilità d'uso degli ambienti. Controllo e possibilità di personalizzazione degli ambienti da parte dei pazienti. Continuità con l'ambiente domestico

Garantiscono un adeguato e costante livello termigrometrico per il comfort degli occupanti

### AMBITI ESIGENZIALI

✓	
✓ ✓	
✓	
✓	
✓	
✓	
✓	
✓ ✓	

## 6 CUCINA



Vista del piano intermedio (www.heatherwick.com) - FIG.8.

Il tavolo della cucina è il punto focale del centro, rappresenta un'altra soglia psicologica come quella dell'ingresso nel centro: il mettersi a tavola con altre persone e sentirsi pronti a condividere le proprie esperienze. Il tavolo è stato progettato dallo studio Heatherwick in sughero e faggio appositamente per il Maggie's Center, e presenta una base che richiama la forma arcuata delle nervature in legno dell'edificio. In cucina tutto è a vista in modo che non si perda tempo tra gli armadietti, evitando l'imbarazzo di dover rovistare per cercare una tazza, e aumentando così il comfort del visitatore. Le sedie e gli altri mobili presenti nel centro sono pezzi di design scozzese e sono tutti diversi gli uni dagli altri, aumentando così sia il senso domestico che di appartenenza al centro.

### LEGENDA

Punto di scatto	
Soluzione progettuale adottata	
Ambiente	
Esigenza riferita al paziente e/o al familiare	
Esigenza riferita al personale	
Benessere psico-emozionale	
Benessere ambientale	
Fruibilità	
Sicurezza	
Benessere lavorativo	
Benessere occupazionale	

## 14 MEZZANINO



Vista del piano superiore (www.heatherwick.com) - FIG.9.

All'interno dei tre padiglioni sono presenti gli spazi che hanno bisogno di più privacy come i bagni e i tre spazi per il counseling, che di fatto sono il punto nodale dell'attività della fondazione. Al livello superiore, oltre a uno spazio privato destinato allo staff per riposare e recuperare energie, è possibile accedere al tetto giardino con un coinvolgimento attivo degli utenti.

### LEGENDA

Punto di scatto	
Soluzione progettuale adottata	
Ambiente	
Esigenza riferita al paziente e/o al familiare	
Esigenza riferita al personale	
Benessere psico-emozionale	
Benessere ambientale	
Fruibilità	
Sicurezza	
Benessere lavorativo	
Benessere occupazionale	



### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Cucina con isola
- 2 Bollitore e credenza a vista
- 3 Pavimentazione regolare e riscaldata
- 4 Grande tavolo da cucina
- 5 Sedie differenti tra loro
- 6 Accesso diretto verso il giardino
- 7 Presenza di lucernari
- 8 Torrioni di ventilazione

### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Grande cucina domestica con isola per corsi di cucina e alimentazione per i pazienti. Continuità con l'ambiente domestico e non istituzionale del centro

Attrezzatura per ristoro a vista, con possibilità per il paziente di servizi autonomamente, aumentando così il comfort e il senso di controllo sull'ambiente

Fruibilità in condizioni di sicurezza, impianto di riscaldamento a pavimento per avere condizioni ambientali ottimali e rendere l'ambiente più gradevole e armonico alla vista

Fulcro del centro, luogo in cui si svolgono la maggior parte dei colloqui e ricevimenti con possibilità di accogliere parenti e accompagnatori

Aumentare il senso domestico e non istituzionale del centro per non apparire ostile e generare ansia nel paziente

Possibilità per il paziente di poter interagire in maniera diretta con elementi naturali

Garantire la maggior quantità possibile di luce naturale nell'ambiente, distribuirla in maniera omogenea e diffusa, aumentare la percezione dello spazio interno

Sviluppo dei volumi con torrioni studiati per ottenere una ventilazione naturale degli ambienti interni

### AMBITI ESIGENZIALI


### SOLUZIONI PROGETTUALI ADOTTATE

- 1 Personale senza uniforme
- 2 Zona privata per il personale
- 3 Accesso al roof-garden
- 4 Scala con pedata illuminata
- 5 Presenza di piante da vaso

### MOTIVAZIONI ESIGENZIALI A BASE DELLE SCELTE OPERATE

Diminuisce l'istituzionalità del centro aiutando a non generare ansia nel paziente

Zona adibita al personale interna al padiglione con w.c., spogliatoio e zona relax dove il personale si può rifocillare e staccare dall'ambiente lavorativo

Possibilità per il paziente di poter interagire in maniera diretta con elementi naturali, percezione del trascorrere del tempo e delle stagioni

Fruibilità in condizioni di sicurezza

Continuità con l'ambiente domestico, permette al paziente di prendervene cura aumentando così il senso di controllo dello spazio

### AMBITI ESIGENZIALI




## 2.5. Risultati delle analisi qualitative

Attraverso l'analisi qualitativa è stato possibile costruire un'ipotesi di gerarchizzazione delle soluzioni progettuali e quindi delle esigenze in relazione ai diversi ambienti di cura delle strutture considerati e gli utenti. L'analisi qualitativa, quindi, è stata svolta attraverso la divisione della struttura in ambienti principali, comuni a tutte le strutture oggetto di esame.

### Percorso di ingresso/ingresso

Abbiamo sei schede complete di questo ambiente nonostante gli oggetti del campione siano quattro. Questo perché si tratta di un ambiente di fondamentale importanza in cui il *paziente* affronta diverse fasi psicologiche ed è per questo che si è vista necessità di suddividerla in più schede di analisi. Di fatti, le aree esigenziali delle soluzioni progettuali, sono per lo più rivolte verso il *paziente*.

- $\frac{3}{4}$  del campione analizzato presenta un rigoglioso giardino progettato da illustri paesaggisti. La presenza del giardino rappresenta un punto fermo di questi centri socio-sanitari, di fatti, l'assenza nel quarto centro è dovuta esclusivamente dall'impossibilità del contesto urbano in cui sorge ma comunque presenta un roof-garden. Il contatto diretto e indiretto con elementi naturali garantisce notevoli benefici in termini di benessere ambientale e psico-fisico per il *paziente* come: *benessere acustico; benessere termoisometrico; benessere visivo; benessere olfattivo; benessere tattile; controllo dell'intorno; controllo degli stati d'ansia; disimpegno mentale; accessibilità e praticabilità; allontanamento del contatto con la morte; uso agevole di oggetti*. Mentre al *personale*, oltre al benessere ambientale che sviluppa, permette di poter svolgere corsi di giardinaggio o simili e quindi: *poter disporre di spazi adeguati; poter predisporre e somministrare le terapie*.
- $\frac{3}{4}$  del campione analizzato presenta un lungo percorso di accesso al centro. Tale percorso è importante ad aumentare il tempo utile al paziente per metabolizzare e affrontare la soglia psicologica dell'ingresso nel centro. La sua assenza nel quarto centro è dovuta esclusivamente dall'impossibilità del contesto urbano in cui sorge. Questo assolve le esigenze di questo momento di *supporto psicologico; controllo degli stati d'ansia; facilità di orientamento wayfinding; accessibilità e praticabilità*. Tale percorso è sempre protetto dall'esterno da barriere visive, spesso ottenute con elementi vegetali o naturali, in modo da assicurarne la *privacy*. Inoltre tutti i centri rivolgono i propri ingressi nel lato dell'edificio opposto rispetto al punto di ingresso dei pazienti nel lotto in modo da allungare ulteriormente il tempo utile al paziente.
- Tutti i centri orientano le proprie aperture verso i propri giardini pertinenti o zone protette. Le facciate che invece si rivolgono verso strade, palazzi o luoghi pubblici sono state realizzate in modo da essere ermetiche ed impermeabili allo sguardo di estranei, garantendo così la *privacy* dei

*pazienti*. Solo il centro che sorge nel contesto urbano si apre con una facciata trasparente verso la strada pubblica, ma solo al pian terreno e verso l'ambiente della cucina, ambiente che ha la necessità di avere un contatto visivo verso l'esterno.

- Tutti i centri hanno dimensioni complessive contenute, di fatti  $\frac{3}{4}$  del campione si sviluppa orizzontalmente assecondando l'andamento orografico, mentre il quarto centro si sviluppa in altezza ma è di appena tre livelli. Tutto questo è importante per non apparire ostile al primo colpo d'occhio del *paziente* garantendo: *continuità con l'ambiente domestico; controllo degli stati d'ansia; accessibilità e praticabilità*. Al *personale* una struttura di piccole dimensioni garantisce: *minimizzazione delle distanze percorse; facilità di controllo operativo della struttura; essere agevolati nell'intervento tempestivo*.
- Tutti i centri presentano delle pareti vetrate vicino la zona d'ingresso, questo garantisce un contatto visivo diretto con l'interno permettendo così di avere un'immediata percezione delle persone e delle attività svolte all'interno: *controllo dell'intorno; controllo degli stati d'ansia; facilità di orientamento wayfinding; accessibilità e praticabilità; protezione dalle intrusioni*. Per il *personale* tale soluzione favorisce: *poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti; facilità di controllo operativo della struttura*.
- In tutti i centri del campione la zona dell'ingresso presenta una copertura ribassata o una semplice pensilina. Con questa soluzione progettuale, oltre a garantire la protezione dagli agenti atmosferici, si riducono le dimensioni dell'atrio esterno di ingresso, facendo ritrovare il paziente in un ambiente raccolto durante il delicato momento d'ingresso nel centro. Inoltre rende possibile l'installazione di una porta di dimensioni simili a quelle domestiche. Tale soluzione risponde alle esigenze di: *continuità con l'ambiente domestico; accessibilità e praticabilità; controllo degli stati d'ansia; incolumità fisica della persona; benessere termoisolometrico*.
- In  $\frac{3}{4}$  del campione si riscontra la scelta di avere delle sedute all'esterno vicino l'ingresso. Questo sostanzialmente permette la paziente di poter prendere ulteriore tempo prima dell'ingresso o semplicemente di decidere attendere all'esterno durante garantendo: *controllo degli stati d'ansia; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti*.

### Spazio sosta

Di questo ambiente abbiamo quattro schede di analisi completa. Si tratta di un'ambiente in cui si svolge un momento delicato per il *paziente* e quindi le soluzioni progettuali sono a favore delle sue esigenze.

- In tutte e quattro le strutture questa zona è connessa direttamente all'ambiente principale del centro, garantendone un contatto visivo diretto in modo da avere un'immediata percezione delle persone e delle attività svolte all'interno: *controllo dell'intorno; controllo degli stati d'ansia; facilità di orientamento wayfinding; accessibilità e praticabilità; protezione dalle intrusioni*.

Per il *personale* tale soluzione favorisce: *poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti; facilità di controllo operativo della struttura*.

- In tutte e quattro le strutture è evidente l'assenza di un desk di accoglienza o di una reception, divise per il personale e la classica segnaletica tipica degli ambienti ospedalieri. Tutto questo garantisce a mantenere l'ambiente con un carattere non istituzionale ed in particolare assolve le esigenze di: *controllo degli stati d'ansia; continuità con l'ambiente domestico; accessibilità e praticabilità; mantenimento dell'identità culturale; allontanamento del contatto con la morte*.
- In tutte e quattro le strutture troviamo la copertura superiore della zona di sosta posta ad un'altezza nettamente inferiore rispetto all'ambiente principale a doppia altezza. Con questa soluzione progettuale si riduce lo spazio dell'atrio, facendo ritrovare il paziente in un ambiente raccolto durante il delicato momento d'ingresso nel centro. Tale soluzione risponde alle esigenze di: *accessibilità e praticabilità; controllo degli stati d'ansia*. Un'altra soluzione analoga alla precedente, cioè che risponde alle stesse esigenze, che ritroviamo in due strutture è una barriera visiva che si pone tra i due ambienti parzialmente. Questa permette di regolare il livello di *privacy* o di *controllo dell'intorno* a seconda delle esigenze del paziente.
- In tutti gli ambienti del campione si riscontra la scelta di avere delle sedute vicino l'ingresso. Questo sostanzialmente permette la paziente di poter decidere come risiedere durante l'attesa in base alle proprie necessità garantendo: *controllo degli stati d'ansia; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti*.
- In tutti gli ambienti del campione troviamo la presenza di oggetti di comune uso domestico che permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio in base alle proprie esigenze di comfort, sia esso visivo o di relax, come lampade da terra, tende, cuscini ecc ecc. Questi garantiscono: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti; benessere visivo*. Inoltre sono molto utilizzati anche altri oggetti di comune uso domestico che però non permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio ma impiegati semplicemente per il benessere psicologico del paziente e per la *continuità con l'ambiente domestico* come tappeti e altri suppellettili domestici.
- In tre degli ambienti del campione si riscontra la scelta di avere dei raccoglitori di brochure o addirittura una piccola biblioteca vicino l'ingresso. Questo permette *l'informazione e coinvolgimento* sia del paziente abituale che del visitatore saltuario o semplicemente di alleviare l'attesa: *controllo degli stati d'ansia; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti*.

### Cucina

Di questo ambiente abbiamo tre schede di analisi complete, mentre per la quarta struttura ci siamo limitati nella lettura della documentazione planimetrica. Questo rappresenta lo spazio principale per lo svolgimento delle attività del centro ed è

un'ambiente con aree esigenziali riferite sia per il *paziente* che per il *personale*.

- In tutte le strutture analizzate l'ambiente della cucina è stato concepito come il vero centro funzionale della struttura. Tale spazio comunica con tutti gli altri ambienti del centro e si sviluppa sempre in uno spazio a doppia altezza con la presenza di lucernari o finestre posti nella parte superiore. Questo garantisce di avere un grande ambiente arioso e pieno di luce naturale garantendo al *paziente* e al *personale* il benessere psico-fisico.
- Tutte le strutture hanno ambienti principali con grandi finestre vetrate che permettono al *paziente* di avere una vista diretta con elementi naturali o scorci di cielo.  $\frac{3}{4}$  di queste sono delle grandi aperture o porte finestre che consentono l'accesso diretto verso il giardino, mentre al quarto ambiente non è stato possibile applicare questa soluzione per via della natura del contesto in cui sorge e per la mancanza dal giardino. Tale soluzione è importante per il *paziente* fornendo: *disimpegno mentale; controllo dell'intorno; accessibilità e praticabilità; uso agevole di oggetti; controllo degli stati d'ansia; allontanamento del contatto con la morte; controllo del trascorrere del tempo; benessere visivo*. Mentre permette al *personale* di: *poter disporre di spazi adeguati; controllo nelle interazioni con i pazienti e familiari; supporto nelle comunicazioni e nei colloqui; poter predisporre e somministrare le terapie; disimpegno mentale; benessere visivo*.
- Al centro di tutti gli ambienti del campione si riscontra la scelta di avere un tavolo da cucina domestica. Questo è il vero fulcro del centro e rappresenta una sorta di focolare domestico dove personale pazienti e familiari condividono le proprie esperienze. Le sedute sono tutte della stessa altezza. Questo è fondamentale nella comunicazione tra paziente e *personale* perchè assicura ai due interlocutori di trovarsi con lo sguardo alla stessa altezza, quindi allo stesso livello. Il numero di sedute è tale che i pazienti possano essere accompagnati e supportati da parenti. Garantisce al *paziente*: *continuità con l'ambiente domestico; assistenza da parte di un familiare; condivisione; accudimento; supporto psicologico; informazioni e coinvolgimento*. Mentre favorisce il *personale* di: *poter disporre di spazi adeguati; controllo nelle interazioni con i pazienti e familiari; supporto nelle comunicazioni e nei colloqui; poter predisporre e somministrare le terapie*.
- In tutti i centri troviamo una grande cucina con isola. Questa serve al personale per tenere corsi di cucina terapeutica, inoltre permettere ai pazienti di potersi ristorare agevolmente in autonomia. Questa ha i caratteri di una cucina domestica e presenta sempre la credenza aperta e a vista in modo da evitare l'imbarazzo di rovistare tra i cassetti per potersene servire. La sua presenza garantisce per il paziente: *continuità con l'ambiente domestico; condivisione; disimpegno mentale; accudimento controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti*. Mentre per il personale: *poter disporre di spazi adeguati; poter predisporre e somministrare le terapie*.
- In tutti gli ambienti campione si riscontra la scelta di avere una diversificazione delle tipologie di sedute, ognuna con un proprio grado di comodità e grado di relax. Questo sostanzialmente permette la paziente di poter

decidere dove sedersi in base alle proprie necessità e questo garantisce: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti*.

- In tutti gli ambienti del campione troviamo la presenza di oggetti di comune uso domestico che permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio in base alle proprie esigenze di comfort, sia esso visivo o di relax, come lampade da terra, tende, cuscini ecc ecc. Questi garantiscono: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti; benessere visivo*. Un altro elemento domestico ricorrente è al presenza di piante da vaso che permette al paziente avere un contatto diretto con elementi naturali ed di prendersene cura. Analogamente ai precedenti questi garantiscono: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; controllo del trascorrere del tempo; benessere olfattivo; benessere tattile*. Inoltre sono molto utilizzati anche altri oggetti di comune uso domestico che però non permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio ma impiegati semplicemente per il benessere psicologico del paziente e per la *continuità con l'ambiente domestico* come tappeti e altri suppellettili domestici.

### Stanza consulenze

Di questo ambiente abbiamo tre schede di analisi complete, mentre per la quarta struttura siamo riusciti comunque a comprendere importanti elementi progettuali e distributivi attraverso la documentazione planimetrica e materiale fotografico con visuali dell'ambiente posto in secondo piano. Questo rappresenta uno spazio fondamentale per lo svolgimento delle attività del centro ed è un'ambiente con aree esigenziali riferite sia per il *paziente* che per il *personale*.

- Tutte e quattro le strutture presentano due stanze consulenze. Questo sottolinea l'importanza della funzione dell'ambiente per le attività del centro. Per il *personale* la presenza di due spazi permette: *poter disporre di spazi adeguati; poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti; facilità di controllo operativo della struttura; supporto nel minimizzare le interferenze; supporto nelle comunicazioni e nei colloqui; poter predisporre e somministrare le terapie*.
- Tutte le stanze per la consulenza hanno piccole dimensioni cercando un ambiente raccolto e intimo, particolarmente indicato per le consulenze private e per i momenti psicologicamente più delicati. Tale soluzione agevola il *personale* fornendo: *supporto nelle comunicazioni e nei colloqui; poter predisporre e somministrare le terapie; poter disporre di spazi adeguati; controllo nelle interazioni con i pazienti e familiari*. Mentre per il *paziente*, tale soluzione progettuale, rispetta le esigenze di: *privacy; concentrazione; condivisione; supporto psicologico; controllo dell'intorno; controllo degli stati d'ansia*. Tale soluzione in una struttura è stata enfatizzata pitturando le pareti dell'ambiente con un colore scuro.

- In  $\frac{3}{4}$  della totalità delle stanze per la consulenza del campione presentano delle classiche porte che permettono la chiusura e l'isolamento totale dal resto dell'ambiente. Le restanti due stanze presentano delle aperture più ampie e comunicanti con l'ambiente principale del centro. Queste aperture prevedono la possibilità di isolamento e separazione dal resto del centro attraverso dei setti mobili. Tale soluzione è importante per la flessibilità ambientale e d'uso dello spazio fornendo al *personale*: *facilità di controllo operativo della struttura; supporto nel minimizzare le interferenze*. Mentre per il paziente: *controllo dell'intorno; uso agevole di oggetti*.
- In  $\frac{3}{4}$  delle strutture, le stanze per la consulenza, presentano delle aperture vetrate o finestre che permettono al *paziente* di avere una vista diretta con elementi naturali o scorci di cielo. Tale soluzione è importante per il *paziente* fornendo: *disimpegno mentale; controllo degli stati d'ansia; allontanamento del contatto con la morte; controllo del trascorrere del tempo; benessere visivo*.
- In tutti gli ambienti del campione si riscontra la scelta di avere un numero di sedute tale che il paziente possa essere accompagnato e supportato da un parente. Questa scelta è fondamentale per le consulenze private e per i momenti psicologicamente più delicati. Garantisce al *paziente*: *assistenza da parte di un familiare; condivisione; accudimento; supporto psicologico*.
- In tutti gli ambienti del campione si riscontra la scelta di avere poltroncine o divanetti con sedute alla stessa altezza. Questa scelta è fondamentale nella comunicazione tra paziente e *personale* perchè assicura ai due interlocutori di trovarsi con lo sguardo alla stessa altezza, quindi allo stesso livello, fondamentale per le consulenze private e per i momenti psicologicamente più delicati. Garantisce al *paziente*: *concentrazione; condivisione; accudimento; supporto psicologico*.
- In  $\frac{2}{3}$  degli ambienti campione si riscontra la scelta di avere una diversificazione delle tipologie di sedute, ognuna con un proprio grado di comodità e grado di relax. Questo sostanzialmente permette la paziente di poter decidere dove sedersi in base alle proprie necessità e questo garantisce: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti*.
- In tutti gli ambienti del campione troviamo la presenza di oggetti di comune uso domestico che permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio in base alle proprie esigenze di comfort, sia esso visivo o di relax, come lampade da terra, tende, cuscini, ecc ecc. Questi garantiscono: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti; benessere ambientale*. Inoltre sono molto utilizzati altri oggetti di comune uso domestico che però non permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio ma impiegati semplicemente per il benessere psicologico del paziente e per la *continuità con l'ambiente domestico* come tappeti e altri suppellettili domestici.

### Stanza polifunzionale

Di questo ambiente abbiamo tre schede di analisi complete, mentre per la quarta struttura ci siamo limitati nella lettura della documentazione planimetrica. Questo rappresenta uno spazio fondamentale per lo svolgimento delle attività del centro ed è un'ambiente con aree essenziali riferite sia per il *paziente* che per il *personale*.

- $\frac{3}{4}$  delle strutture presentano due stanze polifunzionali, una di grandi dimensioni e una con dimensioni più contenute. Questo sottolinea l'importanza delle attività svolte negli ambienti. In queste sale si svolgono le attività di gruppo, le riunioni, corsi di relax e di yoga. Per il *personale* la presenza di questi due spazi permette di: *poter disporre di spazi adeguati; facilità di controllo operativo della struttura; poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti; controllo nelle interazioni con i pazienti e familiari; supporto nel minimizzare le interferenze; supporto nelle comunicazioni e nei colloqui; poter predisporre e somministrare le terapie*. Mentre per il *paziente*, tale ambienti sono importanti per le esigenze di: *concentrazione; disimpegno mentale; accudimento condivisione; supporto psicologico; controllo degli stati d'ansia; allontanamento del contatto con la morte*.
- In  $\frac{3}{4}$  del campione, le stanze polifunzionali, presentano degli ingressi formati da ampie aperture, comunicanti con l'ambiente principale del centro. Queste aperture prevedono la possibilità di chiusura e isolamento dal resto del centro attraverso l'utilizzo di setti mobili. Tale soluzione è importante per la flessibilità ambientale e d'uso dello spazio fornendo al *personale*: *facilità di controllo operativo della struttura; supporto nel minimizzare le interferenze*. Mentre per il paziente: *controllo dell'intorno; uso agevole di oggetti*.
- Tutte le stanze presentano grandi aperture vetrate che permettono al *paziente* di avere una vista diretta con elementi naturali o scorci di cielo. Tale soluzione è importante per il *paziente* fornendo: *disimpegno mentale; controllo degli stati d'ansia; allontanamento del contatto con la morte; controllo del trascorrere del tempo; benessere visivo*. Grandi aperture comportano però maggiore attenzione per soddisfare all'importante esigenza di *privacy* del paziente. Per questo tutte queste aperture sono protette da brise soleil, filtri vegetali, barriere visive, o semplicemente orientate verso zone dei giardini protette e di pertinenza dei centri.
- Tutti gli ambienti del campione sono arredati con forniture e mobilio leggero e facile da spostare. Questo sostanzialmente permette la paziente e al personale di poter decidere e personalizzare la conformazione degli ambienti, ottenendo così flessibilità ambientale e d'uso dello spazio fornendo al *personale*: *facilità di controllo operativo della struttura; poter disporre di spazi adeguati*. Mentre per il paziente: *controllo dell'intorno; continuità con l'ambiente domestico; uso agevole di oggetti*.
- In due stanze polifunzionali troviamo la presenza di un termocamino, altro surrogato del focolare domestico. La sua presenza garantisce al *paziente*: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti*.

- In tutti gli ambienti del campione si riscontra la scelta di avere una diversificazione delle tipologie di sedute, ognuna con un proprio grado di comodità e grado di relax. Questo sostanzialmente permette la paziente di poter decidere dove sedersi in base alle proprie necessità e questo garantisce: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti; disimpegno mentale; benessere termoisolativo; controllo degli stati d'ansia; allontanamento del contatto con la morte.*
- In tutti gli ambienti del campione troviamo la presenza di oggetti di comune uso domestico che permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio in base alle proprie esigenze di comfort, sia esso visivo o di relax, come lampade da terra, tende, cuscini, ecc ecc. Questi garantiscono: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti; benessere ambientale.* Un altro elemento domestico ricorrente è al presenza di piante da vaso che permette al paziente avere un contatto diretto con elementi naturali ed di prendersene cura. Analogamente ai precedenti questi garantiscono: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; controllo del trascorrere del tempo; benessere olfattivo; benessere tattile.* Inoltre sono molto utilizzati altri oggetti di comune uso domestico che però non permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio ma impiegati semplicemente per il benessere psicologico del paziente e per la *continuità con l'ambiente domestico* come tappeti e altri suppellettili domestici.

### Area relax

Di questo ambiente abbiamo una scheda di analisi completa, mentre per le altre strutture siamo riusciti comunque a comprendere importanti elementi progettuali e distributivi attraverso la documentazione planimetrica e materiale fotografico con visuali dell'ambiente posto in secondo piano. Questo perchè non si tratta un vero e proprio ambiente ma di diverse piccole zone ricavate da angoli dell'edificio ma che comunque svolgono una funzione ben specifica. Questo è un'ambiente con aree essenziali riferite sia per il *paziente* che per il *personale*.

- Tutte e quattro le strutture sono progettate e concepite come un grande ambiente, unico ma articolato. Questi angoli, o aree relax, sono stati ricavati proprio attraverso questa articolazione dello spazio e permettono al paziente la scelta di una collocazione idonea in base alle proprie esigenze di riservatezza o socializzazione, garantendo: *privacy; concentrazione; condivisione; disimpegno mentale; supporto psicologico.* Per il *personale* la presenza di tali spazi favorisce: *poter disporre di spazi adeguati; poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti; supporto nel minimizzare le interferenze; supporto nelle comunicazioni e nei colloqui; poter predisporre e somministrare le terapie.*
- In tutti gli ambienti del campione si riscontra la scelta di avere una diversificazione delle tipologie di sedute, ognuna con un proprio grado di comodità

e grado di relax. Questo sostanzialmente permette la paziente di poter decidere dove sedersi in base alle proprie necessità e questo garantisce: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti.*

- In tutti gli ambienti del campione troviamo la presenza di oggetti di comune uso domestico che permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio in base alle proprie esigenze di comfort, sia esso visivo o di relax, come lampade da terra, tende, cuscini ecc ecc. Questi garantiscono: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; uso agevole di oggetti; benessere visivo.* Un altro elemento domestico ricorrente è al presenza di piante da vaso che permette al paziente avere un contatto diretto con elementi naturali ed di prendersene cura. Analogamente ai precedenti questi garantiscono: *continuità con l'ambiente domestico; controllo dell'intorno e dell'ambiente; controllo del trascorrere del tempo; benessere olfattivo; benessere tattile.* Inoltre sono molto utilizzati anche altri oggetti di comune uso domestico che però non permettono al paziente di poter personalizzare lo spazio ma impiegati semplicemente per il benessere psicologico del paziente e per la *continuità con l'ambiente domestico* come tappeti e altri suppellettili domestici.

### Bagno

Di questo ambiente abbiamo una scheda di analisi completa, mentre per le altre strutture siamo riusciti comunque a comprendere importanti elementi progettuali attraverso la documentazione planimetrica. Questo è un'ambiente con aree essenziali esclusive per il *paziente*.

- L'unica scheda disponibile dimostra grande attenzione composizione dell'arredo e nella scelta dei materiali e colori. Tale cura dei dettagli è rivolta verso: *continuità con l'ambiente domestico; disimpegno mentale; accessibilità e praticabilità; uso agevole di oggetti.*
- L'utilizzo di porte insonorizzare permette al paziente sfoghi emotivi garantendone la riservatezza e la *privacy*.
- Dalle planimetrie è stato possibile vedere che in tutti i bagni la finestra è di piccole dimensioni ed stata posizionata alta dove la quota di campagna permette una visuale dall'esterno verso l'interno garantendo contemporaneamente luce naturale, *benessere visivo* e *privacy*.

### Biblioteca

Non avendo a disposizione materiale fotografico con visuali dirette e complete sull'ambiente specifico per nessuna delle strutture ma solo foto parziali non è stato possibile fare un'analisi puntuale delle soluzioni progettuali e delle relative aree essenziali. Tuttavia, attraverso la documentazione fotografica parziale e planimetrica siamo riusciti comunque a comprendere importanti parametri

distributivi e elementi progettuali. Questo è un'ambiente con aree esigenziali riferite sia per il *paziente* che per il *personale*.

- La sola presenza di tale ambiente all'interno della struttura fornisce al personale: *Supporto nelle comunicazioni e nei colloqui*. Mentre per il *paziente* fornisce: *informazioni e coinvolgimento; concentrazione; allontanamento del contatto con la morte; disimpegno mentale; controllo degli stati d'ansia*.
- In uno dei centri la biblioteca è stata posizionata vicino l'ingresso in modo da poter coinvolgere non solo il paziente abituale ma anche il visitatore saltuario o chi semplicemente risiede nella zona di sosta in attesa, soluzione che favorisce più l'esigenza di *informazioni e coinvolgimento*.
- In tre dei centri questo spazio è stato ricavato da angoli nascosti e protetti dell'edificio in modo da creare un angolo di relax e lettura, soluzione che favorisce più le esigenze di: *allontanamento del contatto con la morte; disimpegno mentale; controllo degli stati d'ansia*.

### Uffici/Spazi per il personale

Non avendo a disposizione materiale fotografico con visuali dirette e complete sull'ambiente specifico per nessuna delle strutture non è stato possibile fare un'analisi puntuale delle soluzioni progettuali e delle relative aree esigenziali. Tuttavia, attraverso la documentazione planimetrica siamo riusciti comunque a comprendere importanti parametri distributivi e elementi progettuali. Questo è un'ambiente con aree esigenziali esclusive per il *personale*.

- In  $\frac{3}{4}$  delle strutture gli uffici sono comunicanti con l'ambiente principale del centro. Questo significa che viene ritenuto decisamente importante il contatto visivo diretto per una moltitudine di esigenze quali: la *facilità di controllo operativo della struttura; controllo delle intrusioni da parte di estranei; poter gestire efficacemente i flussi dei pazienti; essere agevolati nella tutela della sicurezza fisica del paziente; essere agevolati nell'intervento tempestivo*. Tuttavia questa soluzione influisce negativamente sulla *privacy* ed il *disimpegno mentale* del personale in quanto solo in un centro su quattro è presente uno spogliatoio ed uno spazio chiuso e riservato al personale. Determinati spazi per il personale potrebbero essere presenti nell'ospedale di riferimento ma queste informazioni sono difficilmente reperibili da un'analisi di tipo indiretto.
- Nella totalità del campione è presente una postazione completa di scrivania e computer. Questo garantisce di: *poter agevolmente consultare la documentazione relativa al paziente; disporre di sistemi di gestione informatizzata delle informazioni; essere agevolati nella tutela della riservatezza dei dati e delle informazioni del paziente*. Tuttavia la presenza di una sola postazione a disposizione per tutto il personale non garantisce la *disponibilità di postazioni di lavoro personali* anche se tale esigenza è strettamente legata al numero e all'organigramma dello staff medico, informazione mancante.

## 2.6. Risultati delle analisi quantitative

L'analisi di tipo quantitativo ha permesso di ponderare l'influenza di ogni area esigenziale sulla progettazione dei centri socio-sanitari oggetto di esame, verificandone l'idoneità verso standard di umanizzazione degli spazi di cura definiti dalla letteratura.

I quattro grafici, uno per ogni oggetto del campione, sono il frutto di una raccolta numerica delle volte in cui ogni area esigenziale è stata soddisfatta dalle varie soluzioni progettuali adottate. Questa raccolta di dati verifica, attraverso un gradiente, quantitativamente la soddisfazione complessiva della struttura sanitaria verso ogni area esigenziale ed in generale verso gli standard di umanizzazione. I quattro grafici, inoltre, permettono una attenta comparazione tra le strutture evidenziando le differenze di influenza delle diverse soluzioni progettuali adottate da ognuno dei progettisti.

I grafici hanno dimostrato che le strutture in generale presentano degli standard di umanizzazione particolarmente elevati.

Andando nello specifico, le classi esigenziali di *benessere psico-emotivo, benessere ambientale, fruibilità*, riferite al *paziente*, e di *benessere lavorativo, riferita al personale*, presentano molti valori delle aree esigenziali che vanno ben oltre il livello massimo della scala valutativa utilizzata. Grazie ad una comparazione tra i grafici, si possono facilmente riscontrare molte coincidenze e sovrapposizioni in queste eccellenze, a dimostrazione del fatto che l'oggetto dell'analisi sia in realtà una struttura sanitaria abbastanza standardizzata nonostante all'apparenza possa sembrare totalmente l'opposto.

Sempre grazie ad una comparazione tra i grafici, una grande differenza nei risultati possiamo invece riscontrarla nella struttura che sorge nel contesto urbano. Qui i valori di *concentrazione, disimpegno mentale, allontanamento dal contatto con la morte, benessere olfattivo* non riescono ad arrivare al massimo valore come negli altri centri, che addirittura lo surclassano. Questo è dovuto principalmente all'assenza del giardino paesaggistico e alla mancanza di aperture vetrate in tutti gli ambienti.

Altri valori ricorrenti in tutti i grafici sono le gravi insufficienze riscontrate nelle aree di *supporto religioso, controllo del rischio clinico, supporto sociale, supporto gender-related, divisione tra pazienti pediatrici dai pazienti adulti*. Questi, in realtà, si tratta di valori mancanti dovuti semplicemente all'impossibilità di analisi per via della natura dell'indagine, cioè di tipo indiretto e svolta attraverso lo studio di immagini.

Discorso diverso mentre va fatto per le aree esigenziali di *disponibilità di postazioni di lavoro personali, privacy, disimpegno mentale*. Queste sono aree in cui due delle strutture deficitano gravemente o a malapena raggiungono la sufficienza. Tuttavia, essendo strutture strettamente connesse a grandi ospedali oncologici, questi spazi riservati al personale sanitario potrebbero trovarsi all'interno di questi nosocomi garantendone comunque le esigenze.

# CONCLUSIONI

La prima riflessione va fatta sui risultati di analisi; questi hanno dimostrato che i Maggie's Centre sono delle strutture con elevati livelli di umanizzazione degli spazi, ben al di fuori degli standard convenzionali. Queste strutture hanno raggiunto un risultato eccellente grazie ad una forte attenzione riposta nella comunicazione. Attenzione che viene sviluppata in tutti i livelli: tra i pazienti ed il personale sanitario, tra i pazienti ed i familiari e tra pazienti stessi. L'unicità di queste strutture però si concretizza con l'acquisizione di un nuovo livello di comunicazione, cioè quello tra struttura e utenti.

La critica spesso si è mossa domandandosi se interpellare architetti di caratura internazionale nella realizzazione di piccole strutture sanitarie di grande pregio fosse un vezzo e uno spreco di danaro. Tuttavia se si riporta il pensiero ai grandi ospedali del passato potremmo fare un elenco notevole di edifici di pregio non solo a livello estetico ma anche e soprattutto per quanto riguarda la cura e la qualità degli spazi e dei dettagli. Basta questo per comprendere che non è una novità bensì una tradizione che va riconquistata. Nel tempo la ricerca della qualità architettonica è stata in parte accantonata per far spazio all'efficienza e a soluzioni progettuali orientate prevalentemente verso la pragmaticità.

Il caso dei Maggie's Centre, al contrario, ha dimostrato come un design che si focalizza sulla qualità degli spazi non solo può convivere con l'efficienza funzionale di una struttura sanitaria, ma può influenzarla positivamente. Nei casi studio analizzati l'ambiente costruito è stato utilizzato come un vero e proprio strumento a disposizione della sanità, visto che in queste strutture il grado di umanizzazione degli spazi acquisisce notevole importanza proprio per la categoria di pazienti a cui la struttura è dedicata. D'altronde questo binomio che lega il disegno e le sue forme, all'efficienza funzionale, rientra proprio nella definizione di design. Ed è per tale motivo che questi centri potrebbero essere presi come riferimenti esemplari di buona progettazione, visto che l'architettura deve essere sempre riferita a chi la occupa e a chi ne usufruisce.

È inevitabile che un processo di progettazione umanizzata ci conduca verso una direzione diametralmente opposta rispetto ai grandi nosocomi, "freddi" e formali. Una dimensione più domestica delle strutture sanitarie può racchiudere sicuramente tutti i parametri e principi di umanizzazione degli spazi di cura. Altro discorso è riuscire a racchiudere tutte le esigenze di una domanda di salute estremamente eterogenea, formata da una moltitudine di utenti ognuno con differenti e specifiche necessità. È evidente che non basta solo del buon design e spazi ben progettati per umanizzare la sanità ma bisogna costruire una rete di strutture che sia a misura d'uomo. È importante sottolineare che tali teorie non sono riferite solo alle strutture e ai suoi ambienti, ma sono dirette anche verso l'organizzazione dell'intero sistema sanitario territoriale.

Più volte nella letteratura l'insieme delle teorie che rientrano nella sfera dell'umanizzazione sono state definite come una sorta di umanesimo nella sanità. La pianificazione della rete dell'assistenza sanitaria deve porsi come obiettivo principale la centralità della persona, cioè costruire un sistema a misura d'uomo che risponde alla domanda di salute con il posizionamento strategico dell'offerta di servizi. È un'operazione di umanizzazione dell'intero sistema sanitario, svolta attraverso lo spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio. È una frammentazione dell'ospedale in una serie di strutture più piccole, cioè una dislocazione delle sue diverse funzioni sanitarie distribuite sul territorio, che insieme e organizzate in un sistema creano una sorta di ecosistema sanitario, acquisendo un'attitudine al cambiamento e una flessibilità intrinseca nettamente superiore. Potremmo accostarlo ad un ecosistema naturale in cui la chiave per la resilienza del sistema stesso è proprio la "biodiversità". Il sistema sanitario territoriale del futuro dovrà infatti avere un buon livello di flessibilità per rispondere ai cambiamenti del contesto nel quale si trova, salvaguardando la salute e il benessere delle persone al mutare delle dinamiche economiche, ambientali, sociali, territoriali ed epidemiologiche.

Ritengo inoltre particolarmente interessante il rapporto che concorre tra flessibilità, come espressione della risposta alle esigenze di resilienza, e umanizzazione, come espressione della risposta alle esigenze degli utenti. Questo rapporto sembra ricorrere in tutte le scale oggetto di studio, a partire dall'unità ambientale fino ad arrivare al sistema territoriale, come se una fosse conseguenza dell'altra e viceversa.

In conclusione potremmo vedere il caso dei Maggie's Centres come un concreto passo verso un sistema sanitario con una dimensione del tutto nuova. Una dimensione che paradossalmente sembra un ritorno alle teorie arcaiche sostenute da Ippocrate: "è più importante sapere che tipo di persona abbia una malattia, che sapere che tipo di malattia abbia una persona".

# FONTI

- Ab Rogers Design, *Maggie's at Royal Marsden*, 2019, <<http://www.abrogers.com/portfolio/maggies-at-the-royal-marsden/>>.
- AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), *Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza*, "I supplementi di Monitor", Roma, ottobre 2003, Vol.6.
- Anjali Joseph, *The Impact of Light on Outcomes in Healthcare Settings*, "The Center for Health Design", 2006.
- Astley Philip, Capolongo Stefano, Gola Marco, Tartaglia Andrea, *Adattabilità operativa e progettuale nelle strutture sanitarie*, "Techne", Firenze, 2015, Vol.9, pp.162-170.
- Becchi Maria Angela, Carulli Nicola, *Le basi scientifiche dell'approccio bio-psi-co-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate*, "Internal and Emergency Medicine", 2009, Vol.3.
- Bergamaschi Walter, *Il programma "Mattoni del SSN". Le connessioni con gli obiettivi strategici del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)*, "Monitor", Roma, maggio 2005, Vol.13, pp.12-20.
- Boisi Antonella, *Kálda San Pau*, "Internimagazine", 17 aprile 2020.
- Bonnes Mirilia, Fornara Ferdinando, Bonaiuto Marino, *Psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura*, "Researchgate", 2008.
- Boyce P., Hunter C., Howlett O., *The benefits of daylight through windows*. "NY:Rensselaer Polytechnic Institute", 2003.
- Bradaschia Marcelo, Pereira Susana Carla Farias, *Building Resilient Supply Chains Through Flexibility: a Case Study in Healthcare*, "JOSCM", São Paulo, luglio 2015, Vol.8 (2), pp.120-133.
- Capolongo Stefano, *Architecture for flexibility in healthcare*, Milano, Franco Angeli, 2012.
- Capolongo Stefano, Mauri Maurizio, Peretti Gabriella, Pollo Riccardo, Tognolo Chiara, *Strutture per la medicina del territorio: esperienze delle Regioni Piemonte e Lombardia*, "Techne", Firenze, 2015, Vol.9, pp.230-236.
- Capolongo Stefano, Buffoli Maddalena, Nachiero Dario, Tognolo Chiara, Zanchi Eleonora, Gola Marco, *Open building and flexibility in healthcare: strategies for shaping spaces for social aspects*, "Annali dell'Istituto superiore di sanità", 2016, Vol.52 (1), pp.63-9.
- Capolongo Stefano, Tarek Afifi Afifi, Khadijah Al Khuwaitem, Alberini Mirco, Brambilla Andrea, Costa Fiammetta Carla Enrica, Fossati Maria Rosanna, Franca Alice, Palumbo Mattia, Peretti Gabriella, Pollo Riccardo, Scullica Francesco, Gola Marco, *Open Rooms for Future Health Care Environments*, "AIA Knowledge Community", 2017.
- Caracci Giovanni, Carzaniga Sara, *I risultati della ricerca AGENAS - Definizione, modello di analisi, strumenti di rilevazione ed esperienze significative di empowerment in sanità, Il sistema sanitario e l'empowerment*, "I supplementi di Monitor", Roma, novembre 2010, Vol.6, pp.10-19.
- Catananti Cesare, *L'evoluzione della domanda di salute dei cittadini. L'impatto dell'innovazione tecnologica*, "Monitor", Roma, novembre 2004, Vol.11, pp.34-40.
- Cattorini Paolo, *Bioetica e Cinema*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Carprnan J. R., Grant M. A., *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*, "Arnerican Hospital Publishing", Chicago, 1993,
- Cibati Francesco, *Heatherwick Studio ha realizzato il nuovo centro di Maggie's a Leeds*, "Floornature. Architetture e superfici", settembre 2020.
- C.N.E.T.O. (Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera), *Quaderno 1/Architettura, Pianificazione urbana e territoriale*, "Quaderni CNETO", Milano, ottobre 2015.
- C.N.E.T.O. (Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera), *Ricerche 2/Architettura, Programmazione del progetto*, "Quaderni CNETO", Milano.
- C.N.E.T.O. (Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera), *Ricerche 3/Territorio, Centri socio-sanitari territoriali*, "Quaderni CNETO", Milano, Febbraio 2016.
- C.N.E.T.O. (Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera), *Quaderno 0/Architettura, Architettura dell'ospedale*, "Quaderni CNETO", Milano, novembre 2017.
- C.N.E.T.O. (Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera), *Ricerche 4/Territorio, Territorio & Ospedale: da conflitto a collaborazione*, "Quaderni CNETO", Milano, novembre 2017.
- Cooper Marcus C., Barnes M., *Gardens in Healthcare Facilities: Uses, Therapeutic Benefits, and Design Recommendations*, "The Center for Health Design", 1995.
- Crook Lizzie, *Benedetta Tagliabue e Patricia Urquiola completano Maggie's Barcelona all'ospedale Sant Pau*, "Dezeen", 15 maggio 2019.
- Daryl Martin, Nettleton Sarah, Buse Christina, *Affecting care: Maggie's Centres and the orchestration of architectural atmospheres*, "Social Science & Medicine", Vol. 240, 2019.
- De Marinis Maria Grazia, Matarese Maria, Piredda Michela, *Il paziente al centro del sistema sanitario: una questione di curriculum nascosto*, "Medic", 2013, Vol. 21, p.p. 37-42.
- Del Nord Romano, *Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico*, Motta Architettura, Milano, 2006.
- Del Nord Romano, Peretti Gabriella, *L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*, Ministero della Salute, 2012.
- Del Nord Romano, Peretti Gabriella, *L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano*, "Techne", Firenze, 2015, Vol.9, pp. 224-229.
- Dell'Ovo Marta, Capolongo Stefano, *Architetture per la salute: tra contesti storici ed aree suburbane. Strumento di supporto alle scelte localizzative*, "Techne",

- Firenze, 2016, Vol.12, pp.269-276.
- Edwards L., Torcellini P., *A literature review of the effects of natural light on building occupants*, "CO: National Renewable Energy Laboratory", 2002.
  - Evans, G. W. and S. Cohen, *Environmental Stress*, "Handbook of Environmental Psychology", New York, 1987.
  - Frampton S.B., *The Time for Patient and Family-Centered Care is NOW*, "Journal of the Health Issues Centre", 2011, pp. 11-12.
  - Frampton S. B., Guastello S., *Healing Design and the Planetree Model of Care*, "Public Service Review-Health", Newcastle, 2006, Vol. 7.
  - Fuksas Massimiliano, *Lettera aperta al Presidente della Repubblica*, 17 aprile 2020,
  - <<https://fuksas.com/portfolio-item/an-open-letter-to-the-president-of-the-italian-republic-april-17/>>.
  - Gatchel R. J., Baum A., Krantz D.S., *An Introduction to Health Psychology*, "McGraw-Hill", New York, 1989.
  - Grassi Marcela, *Miralles Tagliabue EMBT centro Kálida Sant Pau*, "Divisare", 25 novembre 2019.
  - Hall Edward T., *La dimensione nascosta. Il significato delle distanze tra i soggetti umani*, Milano, Bompiani, 1968.
  - Haidet P., Stein HF., *The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. The hidden curriculum as process*, "J Gen Intern Med" 2006, Vol. 21, p.p.16-20.
  - Heathcote Edwin, *Maggie's Centres*, "BMJ", 2006.
  - Heatherwick studio, *Maggie's Leeds*, 2012, < <http://www.heatherwick.com/project/maggies/>>.
  - Heerwagen Judith, *Psychosocial Value Of Space*, "Whole building design guide", 2017.
  - Institute of Medicine, *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, "National Academy Press", Washington (DC), 2001.
  - Jencks Charles, Heathcote Edwin, *The architecture of hope: Maggie's cancer caring centres*, "Studio International", Londra, Frances Lincoln Publishers, 2010.
  - Kaplan R., *The Role of Nature in the Context of the Workplace*, "Landscape and Urban Planning", 1993, Vol. 26, pp.193-201.
  - Kendall Stephen H., *Open Building: An Approach to Sustainable Architecture*, "Journal of Urban Technology", 1999, Vol.6 (3), pp.1-16.
  - Kendall Stephen H., *Healthcare Architecture As Infrastructure: Open Building in Practice*, Londra, Routledge, 2018.
  - Krzysztof Szadejko, *Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale*, "Teoria e prassi", Modena, ottobre 2020, Vol.1, pp.21-29.
  - Keswick Jencks Maggie, *A View From the Front Line*, Londra, 1995.
  - Lannamann John W., *Communication theory applied to relational change: A case study in milan systemic family therapy*, "Spring and Fall", 1989, pp.7-91.
  - Lega F., Mauri M., Prenestini A., *L'ospedale tra presente e futuro: Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Milano, Egea, 2009.

- Maggie's, *Maggie's evidence-based programme*, <[www.maggiescentres.org](http://www.maggiescentres.org)>
- Maggie's Centre, *Everyone's home of cancer care* < <https://www.maggies.org/>>
- *Maggie's Center Barts / Steven Holl Architects*, "ArchDaily" dicembre 2017, <<https://www.archdaily.com/885886/maggies-centre-barts-steven-holl-architects>>
- Malighetti Laura Elisabetta, *Progettare la flessibilità: tipologie e tecnologie per la residenza*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2008.
- Mapelli Vittorio, *L'evoluzione della domanda di salute dei cittadini. Il costo crescente dell'assistenza agli anziani*, "Monitor", Roma, novembre 2004, Vol.11, pp.11-20.
- Mauri Maurizio, *Il futuro dell'ospedale e delle strutture del SSN*, "Techne", Firenze, 2015, Vol.9, pp.27-34.
- Milan Laura, *Steven Holl firma a Londra il Maggie's Centre di Barts*, "Tekno-ring", 27 Febbraio 2018.
- Ministero della Salute, *La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali*, "Quaderni del Ministero della Salute", Roma, marzo 2011, Vol. 8.
- Miralles Tagliabue EMBT, *Centro Kálida Sant Pau*, <[www.mirallestagliabue.com/project/kalida-sant-pau-centre](http://www.mirallestagliabue.com/project/kalida-sant-pau-centre)>
- Nezosi Debora, *Maggie's Leeds*, "Arketipo. L'architettura del fare", Roma, ottobre 2020, Vol.141, pp.41-55.
- Pagani Laura, *Flessibilità*, *Dizionario di Economia e Finanza*, Treccani, 2012.
- Palermo Carlo, Brescia Alfonso, Rivetti Chiara, *Le moderne reti assistenziali: la centralità dei bisogni e l'integrazione del nuovo ospedale sul territorio*, "Quotidiano Sanità", Roma, 17 giugno 2014, <<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6319060.pdf>>.
- Palumbo Filippo, *Il programma "Mattoni del SSN". Un processo di rinnovamento e condivisione*, "Monitor", Roma, maggio 2005, Vol.13, pp.8-11.
- Pellegrini Laura, Toniolo Franco, *Il programma "Mattoni del SSN". Tanti sistemi, tanti linguaggi*, "Monitor", Roma, maggio 2005, Vol.13, pp.2-7.
- Pintos Paula, Demirel Öner, *Maggie's Leeds Centre / Heatherwick Studio*, "ArchDaily", 12 giugno 2020.
- Pouya Sima, *What is a healing garden?*, Karadeniz Teknik Üniversitesi Orman Fakültesi Peyzaj Mimarlığı Bölümü, Trazbor, 2015.
- Scalco Chiara, *Kálida Sant Pau*, "Area", 29 Agosto 2019.
- Risorta Argilla, *Maggie's Center Barts*, "Architect", 10 febbraio 2017.
- Sirchia Girolamo, *L'evoluzione della domanda di salute dei cittadini. Adeguare il sistema ai nuovi bisogni*, "Monitor", Roma, novembre 2004, Vol.11, pp.8-10.
- Steven Holl Architects, *Maggie's Centre Barts*, <https://www.stevenholl.com/projects/maggies-centre-barts>
- Ulrich, R.S., *View through a window may influence recovery from surgery*, "Science", 1984, Vol. 224, pp.420-421.
- Ulrich R.S., *How design impacts wellness*, "Healthcare Forum Journal", 1992, Vol. 35.
- Ulrich R.S., *Effects of gardens on health outcomes: Theory and research. in*

*healing gardens therapeutic benefits and design recommendations*, New York, John Wiley & Sons, 1999.

- Ulrich, R.S., *Health Benefits of Gardens in Hospitals*, Center for Health Systems and Design, 2002.
- Van der Linden Valerie, Margo Annemans, Ann Heylighen, *Architects' Approaches to Healing Environment in Designing a Maggie's Cancer Caring Centre*, "The Design Journal", 2016.
- Vineis Paolo, Carra Luca, Cingolani Roberto, *Prevenire. Manifesto per una tecnopolitica*, Einaudi, 2020.
- Wallerstein Nina, World Health Organization, Regional Office for Europe, *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, Febbraio 2006.
- Watzlawick Paul, Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio-Ubaldini, 1971.
- Westphal J.M., *A reflection on the role of the landscape architect in American health-care delivery*, "Landscape Research 28", 2003, vol. 2, p.p. 205-216.
- World Health Organization, *Carta di Ottawa per la promozione della salute*, Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986.
- World Health Organization, *La Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute nel 21° secolo*, Jakarta, Indonesia, 21-25 luglio 1997.

