

Politecnico di Torino

Corso di Laurea Magistrale

Architettura Costruzione Città



Architettura e ambiente ospedaliero

Indagine sul reparto di Oncologia Pediatrica
dell'Istituto Giannina Gaslini di Genova

Relatore

Prof. Riccardo Pollo

Correlatore

Prof.ssa Francesca Zaltron

Candidato

Elisa Biolchini

Introduzione

Il presente lavoro ha come oggetto lo studio del rapporto tra lo spazio e gli utenti ospedalieri. L'umanizzazione degli ambienti, intesa come l'insieme delle strategie volte a rendere questi spazi più rispondenti alle esigenze psicologiche ed emotive delle persone che vi entrano in contatto, è ritenuta fondamentale per la progettazione architettonica sanitaria. La configurazione spaziale può infatti influenzare la relazione tra utente e ambiente. L'obiettivo della tesi è proprio quello di comprendere come un adeguato sviluppo dello spazio ospedaliero favorisca il benessere psico-fisico delle persone che lo vivono.

La tesi è articolata in quattro capitoli che rappresentano i campi di ricerca e le fasi del lavoro svolto. Il primo capitolo riguarda il tema della percezione, essenziale per comprendere come le persone si rapportino a oggetti e luoghi. È stato infatti studiato il modo in cui si percepisce l'ambiente circostante, le variabili che influenzano la comprensione e la valutazione di esso. In particolare la psicologia ambientale fornisce una consolidata letteratura scientifica, con testi, articoli, ricerche e esperimenti, sul tema. Questa disciplina infatti pone particolare attenzione allo sviluppo di metodologie di indagine che permettano di avere un quadro completo degli elementi dell'ambiente che hanno maggiore influenza sulle persone dal punto di vista fisico e mentale. Le indagini sulla percezione sono di interesse per molteplici discipline e, negli ultimi decenni, nel campo delle neuroscienze si stanno conducendo studi sulla mente umana e su ciò che succede a livello neurale quando si entra in contatto con oggetti e spazi. Alcune di queste ricerche permettono di spiegare degli assunti della psicologia ambientale, e spesso confermarli. Numerosi studi sulla percezione degli ambienti sono stati condotti nel campo ospedaliero, dato che l'architettura sanitaria è ricca di problematiche e la qualità degli spazi è molto importante per il benessere dell'utente. Nel secondo capitolo si va quindi a inquadrare la realtà ospedaliera facendo riferimento ai cambiamenti e all'evoluzione cui questo campo è stato soggetto soprattutto negli ultimi secoli. Le strutture ospedaliere devono sempre adeguarsi alle scoperte scientifiche, alle tecniche terapeutiche in continuo mutamento e alle esigenze degli utenti che vi lavorano o vivono per brevi o lunghi periodi. Essendo questa una realtà molto complessa, con numerose variabili, tra attività e persone, è quindi molto interessante per lo studio del rapporto tra ambiente e utenti. L'ambiente è infatti un elemento fondamentale per il benessere psicologico, fisico e sociale, come dimostrato da una consolidata letteratura scientifica, ed è importante capire come si possa progettare per rispondere alle esigenze sia sanitarie che abitative.

L'umanizzazione delle strutture ospedaliere, indagata nel capitolo 3, pone al centro dell'attenzione l'utente che, per motivi di

salute o di lavoro, trascorre parte del proprio tempo in spazi sanitari. L'architettura ha il compito di comprendere le esigenze di tutti gli utenti e soddisfarle. Il benessere fisico, psichico e sociale delle persone è infatti influenzato in modo rilevante dall'ambiente che le circonda, in particolare nel caso dei contesti ospedalieri. Sia il paziente sia il familiare che il personale sanitario sono infatti sottoposti a notevoli livelli di stress fisico e mentale. Dall'analisi della bibliografia sul tema dell'umanizzazione ospedaliera e dell'ambiente come risorsa nel contesto sanitario, si è riscontrato un minore approfondimento della dimensione sociologica, in secondo piano rispetto a temi altrettanto importanti quali le componenti sanitaria, fisica e psicologica. Seppure la ricerca psicologica e sociologica studino gli stessi oggetti e persone nei loro comportamenti, relazioni e interazioni con l'ambiente, in quest'ultima assume una particolare rilevanza l'evoluzione di abitudini, percezioni ed emozioni, nei pazienti e nelle loro famiglie, decisivi per gli esiti delle cure.

La scelta di questo tipo di ambiente è stata guidata dalla considerazione che, nel momento in cui si voglia comprendere l'influenza che la configurazione degli spazi può avere sul benessere dell'uomo, lo studio di una situazione estrema, come un reparto di Oncologia Pediatrica, permette di sviluppare ragionamenti che potranno poi essere applicati ad altri contesti che presentino fattori di stress più limitati.

Data la specificità dello studio, è stato fondamentale il contributo interdisciplinare che ha visto affiancati l'approccio architettonico e quello sociologico sul tema dell'umanizzazione; in particolare, è stata determinante la collaborazione con la sociologa Francesca Zaltron, docente dell'Università del Piemonte Orientale.

In primo luogo, in seguito alla lettura del testo "«Qui sono come a casa mia». L'umanizzazione delle cure e l'esperienza della malattia nei contesti sanitari", si è deciso di prendere in considerazione nello specifico, per comprendere la "carriera del paziente", quali fossero le attività svolte dagli utenti del reparto e in quali luoghi si svolgessero.

Il primo approccio nei confronti del caso studio è avvenuto con un sopralluogo che ha permesso di iniziare a individuare gli spazi principali, il loro utilizzo e la tipologia di utenti che li frequentano. Per avere le informazioni necessarie a uno studio che, sebbene non intenda essere riconosciuto come statisticamente valido, si prefigge di analizzare accuratamente la realtà della quale si interessa, sono state fondamentali le metodologie di indagine dirette, spesso impiegate sia nel campo della sociologia che della psicologia.

La ricerca si è sviluppata, nello specifico, con interviste rivolte a pazienti, genitori e personale sanitario del reparto, strutturate in

collaborazione con la professoressa Zaltron, esperta del settore. Dalle indagini, svolte tramite sopralluoghi per un'osservazione diretta del reparto e interviste agli utenti, sono state ottenute informazioni rielaborate sia dal punto di vista sociologico, sia in una prospettiva architettonica, con un'attenzione particolare agli spazi costruiti, così da rafforzare il carattere interdisciplinare della tesi. I dati acquisiti derivano sia dell'esperienza degli utenti che vivono quegli spazi, sia dall'osservazione diretta degli ambienti del reparto e delle caratteristiche architettoniche. Le informazioni ottenute hanno portato a ragionare su come si possa migliorare, dal punto di vista della configurazione degli spazi, l'ambiente in esame e allo sviluppo di un'idea di progetto che rispondesse ad alcune delle esigenze degli utenti, riguardanti in particolare gli spazi per le relazioni interpersonali.

In particolare si è pensato ad una progettazione basata sul tema della flessibilità e le soluzioni sviluppate non solo rispondono alle esigenze individuate tramite la ricerca ma danno la possibilità di immaginare un intervento simile anche su altri reparti o edifici dell'Istituto Gaslini.

Il lavoro di ricerca ha messo in evidenza le strategie messe in atto dagli utenti per rendere gli spazi ospedalieri il più possibile adeguati alle proprie esigenze e l'importanza di una progettazione che abbia come principale obiettivo il benessere delle persone che vivono gli spazi in prima persona. L'uomo e le sue esigenze devono essere comprese ed interpretate dall'architetto perché siano soddisfatte dagli spazi.

Capitolo 1

Rapporto tra
ambiente e persona



1.1 La percezione

La psicologia della percezione si occupa del riconoscimento del processo attraverso il quale il soggetto giunge a comprendere le caratteristiche fisico-oggettive dell'ambiente. L'ambiente è ricco di stimoli che vengono percepiti dagli organi di senso e inviati al sistema nervoso (Paul Rookes, 2002). Secondo la prospettiva gestaltista la percezione è un processo che, secondo delle leggi come la vicinanza, la somiglianza, unifica gli stimoli ricevuti dall'ambiente. La percezione non è infatti immediata ma il processo inizia nel momento in cui il soggetto capisce che nell'ambiente c'è qualcosa che si differenzia dallo sfondo, ne distingue la forma, i contorni, i colori, la lucentezza e, solo in seguito a questa fase, può iniziare la classificazione e l'identificazione dell'oggetto.

Nel caso in cui l'oggetto appartenga alla quotidianità del soggetto la percezione è rapida e immediata e avviene inconsapevolmente (Giovanna Axia, 1986). Le informazioni immagazzinate a proposito di quell'oggetto quotidiano ogni volta che lo si incontra saranno congruenti con le previsioni che il soggetto sviluppa in quella situazione abituale. Un oggetto che si percepisce spesso infatti genera un'immagine mentale, inizialmente chiara e vivida, in seguito sempre meno dettagliata e più generica. L'immagine mentale dell'oggetto servirà sia a richiamare il momento nel quale si è percepito sia per la fase dell'identificazione.

Nel caso invece in cui non si riesca ad identificare un oggetto o comunque vi sia una certa difficoltà nel farlo, il soggetto potrebbe provare sensazioni di ansia e inquietudine e cercare, tra ciò che conosce già, qualcosa che assomigli all'elemento sconosciuto (Magdalen D. Vernon, 1968).

1.1.1 Lo sviluppo della percezione

Per comprendere come si sviluppi il processo percettivo l'ideale sarebbe poter studiare i neonati che non sono ancora stati a contatto con il mondo esterno. Inoltre gli studi che coinvolgono i bambini sono molto complessi in quanto questi ultimi spesso trascorrono molto del loro tempo dormendo e comunque è difficile che si riesca a mantenere la loro attenzione a lungo. Infine le difficoltà comunicative sono notevoli non sapendo loro parlare né comprendere i quesiti posti dal ricercatore. Solitamente quindi si ricorre all'osservazione diretta dei bambini. (Paul Fraisse, Eliane Vurpillot, Robert Frances, Jean Piaget, 1975)

I neonati hanno una struttura fisiologica degli occhi molto simile

a quella degli adulti quindi si può dedurre che la loro capacità visiva sia da subito completa o quasi. La differenza sostanziale tra bambini e adulti sta nel fatto che le immagini visive vengono utilizzate in modo differente. I bambini sin da piccoli riescono a distinguere gli oggetti, soprattutto se in movimento o luminosi, ma è ormai risaputo che le capacità percettive verranno acquisite solo col tempo.

Sebbene il fatto che le capacità percettive si sviluppino nel bambino che cresce e peggiorino nell'uomo che invecchia sia ormai accettato unanimemente dagli studiosi, le modalità secondo le quali quest'evoluzione avviene dividono i ricercatori secondo due direzioni diverse. Gli innatisti sostengono che l'essere umano nasca già con le capacità percettive insite in se stesso ma, inizialmente, incomplete e immature. Secondo questi studiosi quindi lo sviluppo avviene attraverso un processo programmato geneticamente e indipendente dall'apprendimento. Gli empiristi, invece, pensano che le capacità percettive si sviluppino in base all'esperienza fatta tramite l'interazione con l'ambiente. Ultimamente la maggior parte dei ricercatori affermano che lo sviluppo sia dovuto sia ai fattori ambientali che a quelli innati.

1.1.2 Gli schemi mentali-ambientali

Grazie agli studi di Gibson e Neisser si è elaborato, in psicologia ambientale, il concetto di schema mentale secondo il quale le informazioni che percepiamo dal mondo vengono selezionate tramite schemi preesistenti nella nostra mente e indirizzano la nostra attenzione verso alcuni aspetti dell'ambiente rispetto ad altri. Gli schemi mentali non vanno però immaginati come statici, in realtà mutano anch'essi in seguito alle informazioni ambientali, si modificano e arricchiscono durante la vita del soggetto.

Quando si entra in contatto con un nuovo spazio gli schemi ambientali aiutano a categorizzare l'ambiente percepito. Essi sono infatti rappresentazioni astratte e gerarchicamente organizzate in base alle quali si può concettualizzare e categorizzare un ambiente.

Secondo Mandler (1984) le informazioni contenute in uno schema ambientale possono essere di tre tipi, informazioni "di inventario" (quali sono gli oggetti tipici di un certo ambiente, quelli che devono esserci perché venga riconosciuto), informazioni sulle relazioni (che descrivono la disposizione tipica degli elementi in un ambiente) e le informazioni descrittive (relative alle caratteristiche degli oggetti che possono variare, come il colore e la forma).

Gli elementi che si osservano in un ambiente possono quindi essere schema expected, quelli che devono esserci perché un

ambiente sia percepito come appartenente ad una specifica categoria di ambienti, schema compatible, compatibili ma non indispensabili per la comprensione, schema irrelevant, possono esserci o meno, schema opposed, la cui presenza mette in discussione la correttezza dell'attivazione di un determinato schema. (Magdalen D. Vernon, 1968)

L'attivazione di uno schema da parte del soggetto è fondamentale, in base a quello la persona si concentra infatti su alcuni aspetti dell'ambiente e sviluppa delle aspettative su ciò che vi dovrà trovare.

1.1.3 Le mappe cognitive

Le mappe cognitive sono le rappresentazioni interne di un ambiente che vengono create dal soggetto che vi entri in contatto. Nella mappa possono essere presenti gli oggetti utili ai nostri scopi e quelli che ci possono ostacolare o limitare.

Questo tipo di rappresentazione mentale è indispensabile per l'orientamento e la valutazione delle distanze e quindi per la pianificazione dei percorsi. Le mappe mentali non sono però rappresentazioni fedeli dello spazio fisico perché, dato che in generale la creazione di esse implica sempre un certo grado di astrazione e semplificazione della realtà, saranno piuttosto una rielaborazione di essa con distorsioni, idiosincrasie, incompletezze. (Gary L. Allen, Kathleen C. Kirasic, Alexander W. Siegel, James F. Herman, 1978)

Dall'ambiente si ricevono numerose e complesse informazioni e le mappe cognitive servono proprio per dare un senso ad esse, per permettere all'individuo di utilizzare lo spazio in questione. Un modello molto noto nel campo degli studi urbani e dell'architettura è quello di Kevin Lynch che, nel suo libro "The image of the city" (1960) elabora una teoria sulla percezione dell'ambiente urbano, utilizzando dati ricavati da disegni, racconti verbali e altri metodi. Secondo Lynch esistono cinque componenti fondamentali dell'immagine di una città, paths (tutti i percorsi che si compiono per svolgere le attività nella città), edges (margini che separano una parte di spazio dall'altra), districts (zone con caratteristiche specifiche che le contraddistinguono e separate da margini), nodes (punti focali per i comportamenti spaziali delle persone) e landmarks (punti di riferimento, elementi fisici percettivamente evidenti e facilmente identificabili). Le conclusioni tratte da Lynch possono essere utili anche occupandosi di scale più piccole rispetto a quella urbana. Le strutture ospedaliere, infatti, di per sé piccole città, con rivelanti problemi di orientamento che hanno dato origine ad un vero e proprio campo di ricerca, il way-finding, possono essere analizzate in quest'ottica.

Parlando ancora della percezione a livello urbanistico (è possibile poi portare lo stesso ragionamento anche ad una scala più piccola) si può affermare che la leggibilità di un ambiente “nuovo”, soprattutto per il piccolo paziente e i suoi familiari, deriva dalla facilità con la quale riusciamo a farci una chiara mappa mentale. In una città, quando il reticolo stradale è molto irregolare, con strade non rettilinee, l’orientamento risulta difficile. Al contrario, nel caso di assetti urbanistici regolari e geometrici come quello di Torino, le persone che lo frequentano imparano velocemente ad orientarsi. (Marco Costa, 2016)

Tuttavia, anche se l’irregolarità crea una grande difficoltà nell’orientamento spesso succede che questo venga valutato come più attraente rispetto all’ordinato e regolare.

In ogni caso bisogna tenere presente che le rappresentazioni mentali dei luoghi dipendono fortemente dal “punto di vista” dell’osservatore. Secondo le indicazioni di Kevin Lynch, si può infatti avere una prospettiva survey nel caso in cui la visione sia dall’alto (come in una fotografia aerea o in una mappa detagliata) oppure una route nel caso in cui la visione sia da dentro (come se l’osservatore fosse immerso nell’ambiente). Nel primo caso nella rappresentazione prevarranno le indicazioni di direzione in riferimento ai punti cardinali, le informazioni saranno organizzate gerarchicamente e la posizione dell’osservatore rimarrà fissa. Per quanto riguarda la seconda prospettiva nella rappresentazione i punti di riferimento saranno più variabili, legati alla posizione dell’osservatore e l’organizzazione dei landmark non sarà gerarchica ma relativa alla sequenza spaziale. (Maria Rosa Baroni, 2008)

1.1.4 Teorie e modelli di percezione e valutazione

Negli anni sono state presentate numerose ipotesi sul meccanismo tramite il quale si percepisce l’ambiente, si sono così andati affermando diversi modelli.

Si possono identificare però in particolare due correnti di pensiero a proposito del processo percettivo. Secondo la teoria dell’elaborazione “bottom up” il processo avviene andando dal basso, quindi dall’input che riceve il soggetto ai suoi livelli cognitivi. Le informazioni che si ricevono dall’ambiente verrebbero quindi combinate in forme più complesse a livello cognitivo perché avvenga il riconoscimento della fonte dello stimolo.

L’elaborazione top-down invece si basa sul fatto che siano necessarie delle conoscenze precostituite legate alla memoria per poter interpretare l’input, seguendo in processo dall’alto al basso.

Le due elaborazioni però non si escludono a vicenda ma posso-

no essere applicare a situazioni differenti.

LA TEORIA FIGURA-SFONDO DELLA GESTALT

La scuola psicologica della Gestalt (letteralmente “forma”), composta da studiosi come Wertheimer, Koffka, si impegnò nella comprensione delle modalità tramite le quali un osservatore riesca a vedere oggetti e figure che emergono da ciò che li circonda. Svilupparono quindi la teoria della figura-sfondo. Perché avvenga il processo percettivo è fondamentale il concetto di contorno dell’oggetto, la delimitazione di ciò che si guarda che lo fa distinguere dallo sfondo. La percezione di questo limite deriva principalmente da una netta differenziazione di luminosità tra la superficie dell’oggetto e lo sfondo. (Paul Fraise, Eliane Vurpillot, Robert Frances, Jean Piaget, 1975)

Una configurazione visiva solitamente infatti è composta da elementi distinti che però non vengono percepiti come insiemi caotici ma vengono organizzati dall’osservatore in oggetti e figure che egli stesso separa dallo sfondo. Per comprendere l’articolazione figura-sfondo elaborata dai gestaltisti si può fare l’esempio ormai noto del <<vaso di Rubin>>.

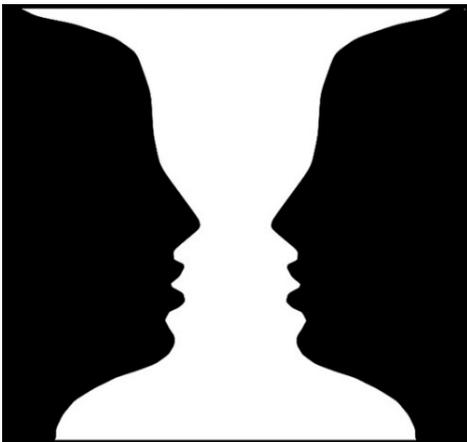


Figura 1 - Vaso di Rubin

Fonte: <https://vortici.it/>

Vengono, da questo esempio, elaborati degli enunciati nei quali si affermava il fatto che la figura è più <<oggettuale>> e attrae l’attenzione rispetto allo sfondo che sembra invece un materiale senza forma che continua dietro la figura. Inoltre la figura viene vista davanti allo sfondo e gli viene attribuito, come appartenente ad essa, il margine (il contorno). (Kurt Koffka, New York, 1935) Naturalmente nella vita reale non capita spesso di trovare dei casi di ambiguità di questo tipo.

Avendo lavorato a lungo su questo tipo di argomenti i gestaltisti

svilupparono anche la legge della pregnanza (o della buona forma): <<Delle diverse organizzazioni geometricamente possibili, si realizzerà [la percezione, ndr] effettivamente quella che ha la forma migliore, più semplice e più stabile.>> (Koffka Kurt, 1935) Tale principio è maggiormente comprensibile attraverso il cosiddetto <<cubo di Necker>>.

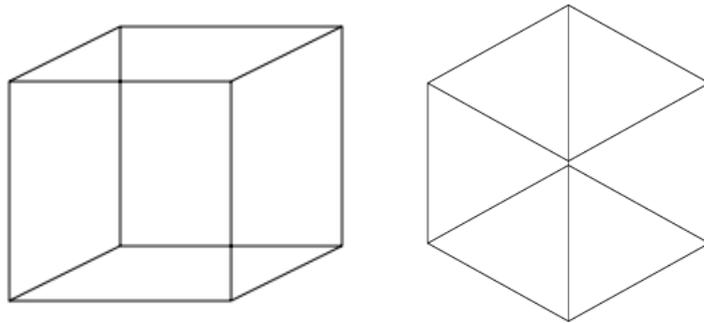


Figura 2 - <<Cubo di Necker>>

Nel primo dei due casi illustrati sarà più semplice individuare una figura tridimensionale, un cubo, rispetto ai triangoli, ai trapezi e al quadrato bidimensionale. Nel secondo invece la percezione immediata sarà quella bidimensionale dei triangoli e, solo fissando lo sguardo sul punto centrale si riuscirà ad individuare il cubo tridimensionale. (Paul Rookes, 2002)

Le qualità che un oggetto deve possedere perché venga percepito in modo corretto, facile e preciso sono sicuramente, secondo i gestaltisti, la semplicità, la regolarità, la simmetria, la continuità. Nonostante molti dei principi enunciati dalla scuola psicologica della Gestalt possano, oggi, sembrare scontati questi costituiscono un importante riferimento per gli psicologi della forma.

IL MODELLO “A LENTE DI BRUNSWIK”

Una delle principali teorie che si contrapponevano alle idee della scuola psicologica della Gestalt è il modello a lente di Brunswik. Secondo E. Brunswik, psicologo dei primi del '900, le informazioni provenienti dall'ambiente (rappresentate come raggi divergenti) passano attraverso una lente (i nostri processi percettivi) e possono essere deformate da essa. A seguito del passaggio delle informazioni dalla lente della percezione si attua un'operazione di convergenza in cui vengono ricombinate, alcune volte in delle emozioni che influenzeranno la valutazione del soggetto nei confronti dell'oggetto o l'elemento in questione. (Mirilia Bonnes, Gianfranco Secchiaroli, 1992)

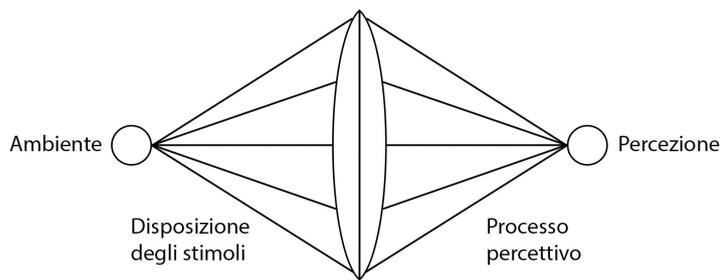


Figura 3 - Modello a "lente di Brunswik"

Si può utilizzare, per comprendere le emozioni, un modello importante come quello proposto da Russell e Lanius (1984). I due studiosi hanno definito uno schema con due assi ortogonali, su uno saranno posizionati gli aggettivi piacevole/spiacevole e sull'altro attivante/soporifero. All'interno dello schema, tra questi "punti estremi", sono poi dislocati 40 "descrittori di caratteristiche affettive". (Russell e Lanius, 1984)

Ciò che si ottiene è quindi una valutazione affettiva dell'ambiente o dell'oggetto percepito.

Questo schema ha però un grande limite, poichè non tiene presente che un ambiente suscita nella persona uno stimolo che sarà necessariamente in relazione con le esperienze passate dell'individuo e gli scopi che ha in quel momento.

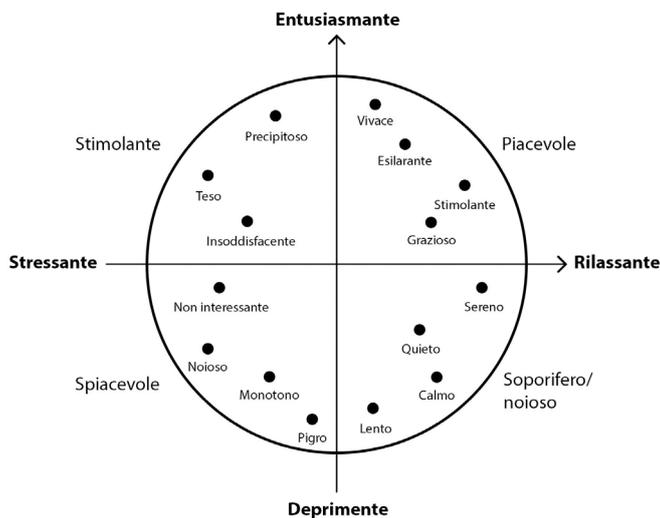


Figura 4 - Modello di Russell e Lanius

Inoltre non spiega i motivi per i quali un ambiente possa essere piacevole per una persona e spiacevole per un'altra come nell'esempio della figura 5.



Figura 5a - Lago di Tenno

Fonte: www.montagnaestate.it



Figura 5b - Times Square

Fonte: www.clearchannelspectacolor.it

Nel primo caso (fig. 5a) il lago può essere valutato come “tranquillo” e “riposante” da un visitatore che quindi lo troverà piacevole e un altro potrebbe pensare che sia “noioso” e averne trarne emozioni negative. Allo stesso modo nel caso in cui si parli di una città come New York un turista potrebbe trovarla “vivace” e “dinamica”, un altro “caotica” e “frenetica”, avrebbero quindi provato emozioni completamente differenti di uno stesso ambiente. (Marco A. Villamira, Alessandro Cavelzani, 2008)

MODELLO DI KAPLAN E KAPLAN

Rachel Kaplan e Stephen Kaplan, docenti dell’Università del Michigan e esperti in psicologia ambientale, con i loro collaboratori, hanno costruito un modello, largamente accettato dalla comunità scientifica, a proposito della preferenza soggettiva di un ambiente rispetto ad un altro. Nello specifico individuano due dimensioni psicologiche, quelle della comprensione e dell’esplorazione (i due passi successivi alla conoscenza di un ambiente). La comprensione consiste nel fatto di dare un senso all’ambiente (per esempio attivando lo schema mentale appropriato) mentre l’esplorazione è il tentativo di approfondirne la conoscenza. (Rachel Kaplan, Stephen Kaplan, 1983)

	Comprensione	Esplorazione
Immediata	Coerenza	Complessità
Inferita	Leggibilità	Mistero

Figura 6 - Modello R. Kaplan e S. Kaplan

Perché il soggetto possa dare una valutazione affettiva positiva di un ambiente, devono essere soddisfatte (rispettivamente nei quattro incroci della tabella) le condizioni di coerenza, leggibilità, complessità e mistero.

La coerenza si riferisce alla capacità di includere in uno schema mentale noto gli elementi strutturali e gli oggetti variabili dell’ambiente che si valuta. Nel caso in cui l’ambiente crei delle difficoltà nell’essere categorizzabile e riconoscibile, i sentimenti generati dagli sforzi cognitivi necessari al suo inquadramento scatenano reazioni negative.

Il concetto di leggibilità è legato alla presenza nell’ambiente di informazioni che facilitino la comprensione, alla possibilità di recepire e comprendere molte caratteristiche degli spazi attraverso la loro percezione. Se questo criterio non viene soddisfatto, l’individuo può provare una sensazione di inadeguatezza che connoterà l’esperienza come negativa.

La complessità si affronta dal punto di vista esplorativo e consiste nel fatto che gli ambienti complessi, ricchi di stimoli, provocano nell'individuo sensazioni positive, senza che questa caratteristica ne infici la leggibilità.

Infine il mistero è una caratteristica particolare di alcuni ambienti nei quali si pensa di poter ottenere maggiori informazioni addentrandosi nello spazio in questione. Il sentimento che si sviluppa solitamente è di curiosità per la possibilità di avere nuove conoscenze, l'opportunità quindi che il piacere di conoscere, esigenza primitiva e forte nell'essere umano, sia soddisfatto.

IL MODELLO DI PURCELL

Allan T. Purcell (1987) con il suo modello della discrepanza si avvicina di più al tema trattato precedentemente della teoria degli schemi mentali- ambientali e cioè all'influenza dell'esperienza personale e passata nella percezione di un ambiente. Secondo lo studioso il grado di piacevolezza o spiacevolezza che si attribuisce ad uno stimolo ambientale dipende da quanto questo si discosti dall'esemplare prototipico che si ha in mente (allo schema mentale che si è attivato nella percezione dell'ambiente). Perché un ambiente sia piacevole serve quindi che abbia un "giusto grado di discrepanza" dallo schema, in modo che venga vissuto come qualcosa di nuovo e attivante, ma allo stesso tempo non sia così lontano dalle aspettative da bloccare i processi cognitivi. La visione di Purcell è simile a quella di Whitfield (1983), che sostiene, però, che la preferenza si muova in modo lineare e abbia il massimo valore quando lo stimolo ambientale si avvicina al prototipo. Secondo questa visione, quindi, più uno stimolo è tipico più è probabile che susciti un'alta valutazione di preferenza. Anche questo modello è fortemente influenzato dalla variabilità individuale.

Questo pensiero si può ricondurre anche al pensiero e alle osservazioni dello studioso e critico d'arte Gombrich che nel suo "Il senso dell'ordine" individua la piacevolezza dell'ornamento al confine tra la complessità e la comprensione della legge geometrica generatrice. (Gombrich, 2010)

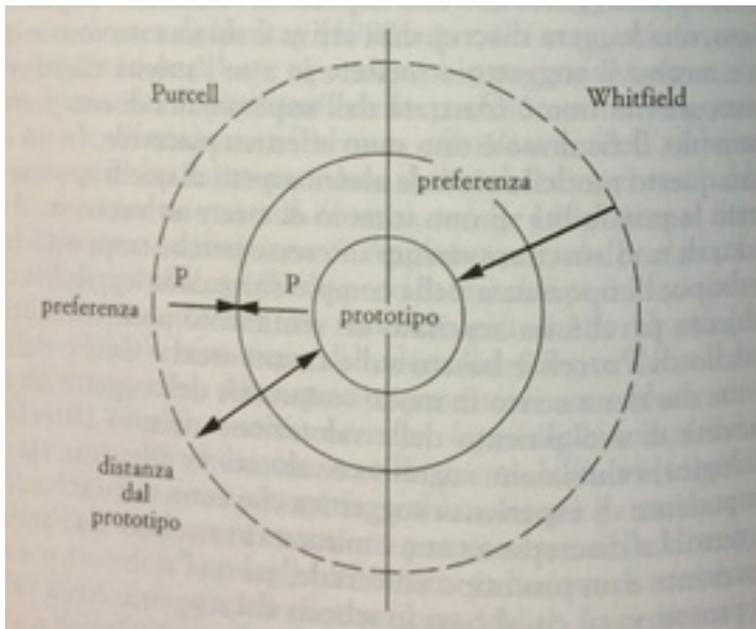


Figura 7 - Combinazione modelli Purcell e Whitfield

1.1.5 I fattori personali che influenzano la percezione

Nello studio della percezione non si può trascurare il fatto che questa sia influenzata da numerosi fattori. Secondo Peron e Falchero (1994) gli elementi che influenzano la preferenza ambientale possono appartenere a tre categorie: riguardanti prevalentemente il soggetto (età, personalità, stato d'animo, conoscenze, aspettative); riguardanti l'ambiente (naturale o costruito, luminoso, colorato, rumoroso); inerenti l'interazione uomo-ambiente (grado di funzionalità dell'ambiente, presenza di organismi viventi o altre persone).

L'ETÀ

Fino a qualche anno fa si aveva la convinzione che le funzioni mentali fossero legate all'età e che avessero una iniziale curva ascendente di sviluppo con il raggiungimento di un punto massimo e poi un declino progressivo, secondo la teoria del "massimo adolescenziale". (Giovanna Axia, 1986)

Nella prospettiva life-span si considera invece che vi siano diverse età mentali e per ognuna vi sono particolari acquisizioni e obiettivi sul piano cognitivo, affettivo e sociale.

Secondo la teoria piagetiana dello sviluppo dell'intelligenza esistono degli stadi illustrati, da McAndrew (1993), in uno schema che mette in relazione lo sviluppo e le abilità spaziali.

Stato di sviluppo	Abilità spaziale
<u>Sensomotorio</u> (fino a 2 anni)	Completamente egocentrico: lo spazio e la posizione degli oggetti sono definiti solo in relazione al proprio corpo
<u>Pensiero intuitivo o preoperatorio</u> (2-7 anni)	Egocentrico: il bambino inizia a costruire rappresentazioni simboliche dell'ambiente vicino a lui
<u>Pensiero operatorio concreto</u> (7-12 anni)	Può pensare luoghi e gli oggetti indipendentemente da lui
<u>Pensiero operatorio formale</u> (dai 12 anni)	Sa usare simboli e astrazioni per rappresentare lo spazio; le mappe cognitive sono più grandi e più unitarie

Figura 8 - Fasi piagetiane

La conoscenza ambientale avviene quindi, nello stadio sensomotorio, attraverso delle azioni concrete che il bambino esegue nell'ambiente. Inizialmente il sistema di riferimento del bambino è egocentrico perché riconosce la posizione degli oggetti in relazione a se stesso, in seguito diventa allocentrico quando inizia a capire le relazioni spaziali degli oggetti tra di loro, indipendentemente dal proprio corpo e dal proprio punto di vista. Nel momento in cui il bambino inizia a compiere operazioni mentali a proposito degli oggetti, purché siano concreti e percettivamente disponibili, si arriva ad un sistema di riferimento fisso tramite il quale si riesce ad orientare rispetto a certe parti dell'ambiente. Il passaggio successivo consiste nel fatto che si abbia un sistema coordinato di riferimento, quando si raggiunge il pieno coordinamento di tutti gli aspetti dell'ambiente e una certa capacità di valutare anche le distanze relative degli oggetti. (Jean Piaget, Barbel Inhelder, 1972)

IL GENERE SESSUALE E LA CULTURA

È ormai accertato che vi siano differenze nella percezione da parte degli uomini e delle donne. È giusto chiarire però che se dal punto di vista del gusto, del tatto e dell'olfatto, si siano raggiunte delle soddisfacenti ipotesi a tal proposito, per quanto riguarda il ramo della percezione visiva la situazione non è molto chiara. Oltre a ipotesi sul fatto che i maschi abbiano una maggiore acuità visiva di giorno e le femmine si adattino più rapidamente al buio, non vi sono molte altre supposizioni in proposito.

Alcuni aspetti della cultura portano le persone che provengono da contesti differenti a vivere un modo diverso anche le stesse esperienze. Alcuni stimoli visivi, per esempio le fotografie, sono comunemente conosciuti nella cultura occidentale ma lo stesso non si può dire per chi è cresciuto in un villaggio tribale non alfabetizzato. (Paul Rookes, 2002)

Spesso le differenze culturali possono portare a delle illusioni visive, esposte nel paragrafo 1.1.8 della tesi.

1.1.6 I fattori ambientali influenti sulla percezione

Secondo il Vocabolario Treccani, l'ambiente è sia "Spazio che circonda una cosa o una persona e in cui questa si muove o vive" sia "Complesso di condizioni sociali, culturali e morali nel quale una persona si trova e sviluppa la propria personalità, o un cui, più genericamente, si trova a vivere". L'ambiente è quindi un concetto molto complesso e gli elementi che solo compongono, fisici o "astratti" influenzano notevolmente la percezione del soggetto.

PROSSEMICA, SPAZIO PERSONALE E DISTANZE

Lo spazio personale è una componente fondamentale da tenere in considerazione se si parla del benessere della persona in un ambiente, specialmente se è un ambiente confinato. Spesso si usa la metafora della bolla d'aria, impalpabile, che circonda l'individuo e corrisponde al suo spazio personale, lo spazio intorno alla persona che non può essere invaso da un estraneo senza procurargli disagio. Questa visione è però molto limitata, non tiene presente le possibili variazioni di questo spazio e non si presta a spiegare le sue differenti funzioni. Queste funzioni sono in particolare l'autoprotezione e la regolazione dell'intimità (McAndrew 1993).

La dimensione dello spazio personale è stata studiata per la prima volta in modo sistematico dallo studio che ha sviluppato il concetto di prossemica di Hall (1966) secondo il quale esistono quattro tipi principali di distanza tra le persone. La distanza intima (tra i 15 e i 45 centimetri) è quella usata nel caso dei rapporti personali più stretti e nei momenti di maggiore vicinanza anche psicologica. Nel caso in cui si porti avanti una normale conversazione, in cui ci si può ancora toccare ma più da lontano si mantiene una distanza personale (tra i 45 e i 120 centimetri). Se si porta avanti un'interazione più formale, per esempio di lavoro, si sta solitamente ad una distanza sociale (tra i 120 e i 360 centimetri). Infine la distanza pubblica (tra i 3 e i 6 metri) si mantiene tra sconosciuti che non hanno intenzione di interagire tra di loro. Il tema della prossemica e delle distanze personali è fondamentale. Nel caso in cui le distanze siano troppo ravvicinate rispetto a quanto richieda la situazione può infatti portare ad una sensazione di violazione della privacy, di intromissione della sfera personale e intima senza che ne esistano i presupposti. Se le distanze sono troppo accentuate invece è la comunicazione che ne risente perché l'interlocutore viene giudicato come freddo, non disponibile al contatto e quindi la durata e l'intensità della comunicazione diminuiscono.

Le distanze ideali però cambiano notevolmente secondo diverse variabili, le più influenti sono sicuramente l'età, il genere e la cultura. (Marco Costa, 2016)

Per quanto riguarda i bambini al di sotto dei 5 anni per esempio, la vita del bambino si svolge con spazi personali molto ridotti. Solitamente, in questo periodo, le sue interazioni avvengono con i genitori, con altri bambini e con altri adulti e sono caratterizzate da prolungati contatti fisici.

Nel periodo della pubertà e dell'adolescenza tutto cambia, i contatti fisici con i genitori si riducono e le interazioni familiari avvengono solitamente con una distanza personale. In questa fase emergono le differenze tra maschi e femmine e i contatti fisici con altri estranei tendono a provocare un senso di invasione della privacy e imbarazzo. L'adolescenza, tra l'altro è spesso caratterizzata dalla volontà di avere dei contatti personali e intimi con i propri coetanei, con le distanze interpersonali molto ridotte.

La situazione cambia notevolmente da questo punto di vista quando dall'adolescenza si arriva alla maturità, ci si stacca dalla famiglia diventando autonomi e si cercano altri rapporti sentimentali. Il soggetto, in questo periodo, trova scomodo e poco sopportabile la condivisione di una stanza e desidera uno spazio abitativo tutto suo. Per questi motivi, nel momento in cui un adulto viene ricoverato in un ospedale o in una casa di cura, soffre per la perdita della propria privacy e, in caso di ricoveri prolungati, diventa essenziale che abbia degli spazi propri in cui potersi ritirare quando non vuole fare vita sociale. (Maria Rosa Baroni, Rita Berto, 2013)

Nel caso in cui si parli di distanze e disposizioni negli spazi dedicati ai gruppi le dinamiche cambiano in quanto vanno rispettate le distanze personali dei singoli individui ma solitamente va anche incoraggiata una loro interazione. Sommer e Ross (1958) per esempio scoprirono, in una casa di riposo, che la causa di una scarsa interazione può risiedere nella disposizione delle sedie che spesso sono posizionate una accanto all'altra e le persone quando sono sedute vedono davanti a loro il vuoto. Numerosi altri studi provarono che una disposizione che ponga le persone faccia a faccia, per esempio in piccoli cerchi, aumenta l'interazione tra i membri di un gruppo.

In generale si considera come regola generale che si pongano in un ambiente utilizzabile per la socializzazione, degli elementi che permettano di sostare e intrattenersi, come per esempio sedie, poltrone, tavoli, panchine. Bisogna sempre prestare molta attenzione, soprattutto nei contesti ospedalieri, al fatto che aumentare la socializzazione significa anche aumentare la rumorosità ambientale e questo va tenuto presente nella progettazione.

(Marco Costa, 2016)

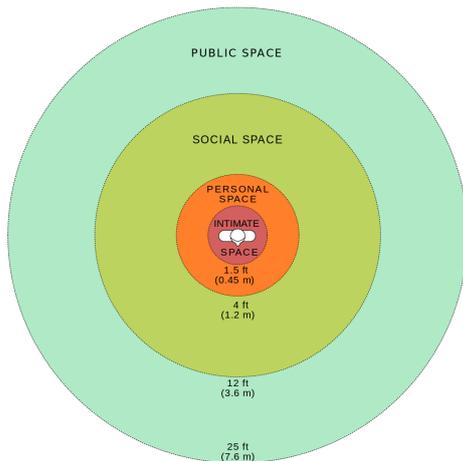


Figura 9 - Prossemica

Fonte: <https://it.wikipedia.org/wiki/Prossemica>

LA PRESENZA DI ELEMENTI NATURALI

Una delle caratteristiche principali di un ambiente consiste nel fatto che esso sia naturale o costruito. Numerose ricerche confermano che gli ambienti naturali, con la presenza di vegetazione o acqua, siano preferiti a quelli urbani o costruiti. Si ipotizza che questo sia dovuto al fatto che da sempre la presenza di vegetazione in un certo ambiente si associ, nella mente umana, alla ricchezza di risorse e di sicurezza per la sopravvivenza e anche alle storie individuali che identificano i luoghi esterni con i giochi e il divertimento infantili. (William H. Ittelson, 1978)

In genere si attribuisce un alto valore estetico ai paesaggi naturali "incontaminati" e si può quindi dedurre che meno un paesaggio è segnato dalla componente antropica, più viene apprezzato. Numerosi studi provano ormai che la presenza di verde porti ad una diminuzione dello stress, l'effetto della fatica mentale è infatti attutito dal contatto con degli ambienti naturali, sempre meno presenti a causa dell'urbanizzazione e della tendenza a vivere in un ambiente con sempre meno spazi verdi.

Tra le teorie elaborate a favore di questa visione dell'efficacia del verde sulla diminuzione dello stress si può citare quella di Kaplan. La teoria della ristorazione dell'attenzione di Kaplan parte dal presupposto che la fatica mentale derivi essenzialmente dal prolungamento di una condizione di attenzione focalizzata che si ha nei casi in cui ci si concentra a lungo su un compito o uno stimolo specifico. L'attenzione specifica richiede un notevole dispendio di energie e, se protratta, porta ad un decadimento delle prestazioni. (Maria Rosa Baroni, Rita Berto, 2013)

Quando ci si trova in un ambiente naturale l'attenzione è diffusa su tutto lo spazio circostante, non è focalizzata. L'esperienza che viviamo in questo caso è quindi di rilassamento, di stare al di fuo-

ri della propria routine quotidiana. Si deve tenere presente però che secondo questa teoria sarebbe sbagliato affermare che tutti gli ambienti naturali sono ristorativi per l'attenzione o che ogni spazio urbano sia stressante e non ristorativo.

L'INFLUENZA DEL COLORE, DELLA LUCE E DEL RUMORE

L'utilizzo del colore è importante in quanto può contribuire, da un punto di vista psicologico, a migliorare la qualità e la funzionalità di un ambiente, se studiato attentamente. Le teorie del colore a partire da Itten (J. Itten, 1964) individuano veri e proprie grammatiche del colore. "... nella percezione del fatto coloristico si dà un'esperienza di spazio come rappresentazione organica e completa." (G.C. Argan, 1961). È infatti necessario tener presente che si debba trovare una giusta mediazione tra spazi molto colorati, iperstimolanti, idonei solo se di passaggio per richiamare l'attenzione, e spazi monocromatici, ipostimolanti.

Perché gli abbinamenti di colore siano gradevoli bisogna accostare colori adiacenti nella ruota dei colori oppure colori che si trovano in opposizione su di essa. La preferenza per dei colori è determinata dallo stato mentale nel quale ci si trova in quel momento. Nel caso di depressione si preferiscono i colori spenti, in quello di euforia i colori brillanti.

Vi sono però delle preferenze di colori derivanti dalla cultura, in quella occidentale per esempio l'amore è rappresentato dal rosso anche se questo potrebbe essere associato anche ad un odio di tipo sanguinario. La pace e la calma vengono associate al blu, verde e marrone. La tristezza si associa al nero, al grigio, al blu molto scuro e al viola. La giovialità e la felicità si collegano invece all'arancione e al giallo. (Marco Costa, 2016)

In architettura bisogna considerare che i colori hanno funzioni differenti a seconda di dove si trovino, sul soffitto, nelle pareti laterali o nel pavimento. Si tollerano molto di più i pavimenti scuri con le pareti chiare, rispetto al contrario per esempio.

Per quanto riguarda la nostra percezione dei colori si può dire che vi siano tratti comuni, soprattutto per persone che provengano da una stessa cultura. Nel caso della cultura occidentale per esempio il rosa viene associato alla femminilità, all'intimità e quindi spesso viene utilizzato in spazi legati alla sfera della donna o delle bambine. L'arancione, avendo un effetto stimolante, aumenta l'attività e il movimento. Il marrone, se utilizzato per esempio nei soffitti nelle tonalità scure, può creare un senso di oppressione e pesantezza, oltre al fatto che possa dare l'impressione della sporcizia. Nelle tonalità chiare è invece spesso utilizzato per imitare il legno.

Il giallo è un colore che trasmette calore se tendente all'arancione, mentre il verde è irritante quando troppo abbagliante.

Quest'ultimo offre un ottimo sfondo per la meditazione e per momenti che richiedono molta concentrazione, ha infatti la proprietà di ridurre il riflesso di luci molto intense e viene utilizzato spesso nelle biblioteche, nelle sale gioco, nelle camere operatorie.

Il blu tende ad essere freddo e lugubre ma nelle sue tonalità chiare viene percepito come fresco, maschile e distante. Il viola e il violetto vengono utilizzati di rado negli spazi interni perché possono creare una sensazione di sottomissione, tristezza e sgomento. Il grigio è un colore neutro nelle tonalità chiare, in quelle scure è invece associato all'oppressione, alla noia e alla depressione.

Il bianco dà un senso di vuoto, diffonde la luce, riduce le ombre e viene quindi utilizzato negli interni per aumentare la luminosità. Se sulle pareti, il bianco dà la sensazione della sterilità, della mancanza di energia, nei pavimenti produce un senso di inibizione come se vi fosse una sorta di divieto di calpestio.

Il nero è invece un colore che sia nelle pareti, sia nel soffitto, dà un senso di vuoto, di oppressione e di inquietudine.

Colore della parete	Percezioni psicologiche
Giallo	Eccitante, stimolante, se molto saturo irritante
Arancione	Caldo, luminoso, comunicativo, stimola il movimento
Rosso	Solennità, passione, aggressività, potere, fa sembrare gli ambienti più piccoli ed accoglienti
Viola	Insicurezza, magia, disturbante, esitazione, dolore
Azzurro	Incoraggiante, tranquillità, freddezza, lontananza (aumenta la percezione di grandezza degli spazi), atmosfera sognante, celeste, esaltazione dell'altezza
Blu	Sonnolenza, pesantezza, aumenta di molto la percezione di profondità degli spazi
Verde	Freschezza, morbidezza, rilassatezza
Bianco	Neutrale emozionalmente, vuoto, avitale, asetticità, pulizia, vivacità, candore
Nero	Astrattezza, estraneità, esagera di molto la percezione di profondità degli spazi, pienezza, pesantezza

Figura 10 - Percezioni psicologiche del colore

Colore	Aspetti simbolici
Giallo	Comunicazione, interesse, invidia, felicità, ricchezza, credenza
Rosso	Amore, sentimento, passione, potere, rabbia, aggressione, forza della vita
Blu	Pensiero, spirito, saggezza, fiducia, verità, ragione
Verde	Speranza, amicizia, freschezza, crescita, permesso per fare qualcosa, sicurezza
Bianco	Purezza, candore, innocenza, infanzia, vuoto, sterilità, pulizia
Nero	Fiducia, solennità, morte, sofferenza, lutto, magia, mistero, oscurità, tenebre, ignoto.

Figura 11 - Aspetti simbolici del colore

La luce è un elemento importante nella percezione di un ambiente e spesso viene trascurato il fatto che si debba sempre tener conto sia della luce naturale sia di quella artificiale che caratterizzeranno un ambiente.

Nel caso in cui in un ambiente l'illuminazione sia uniforme risulta più funzionale per la visione perché l'occhio non deve adattarsi ai cambiamenti, allo stesso tempo però è percepito esteticamente meno attraente un ambiente con del contrasti tra luce e ombra. Si crea in tal modo l'illuminazione d'accento utilizzata molto in esposizioni e musei.

Quando invece il contrasto è eccessivo si può andare incontro all'abbagliamento.

A seconda della tonalità della luce si possono generare nelle persone che frequentano quell'ambiente sensazioni ed emozioni differenti. Le luci calde sono adatte ad ambienti di tipo residenziale in modo che si crei un'atmosfera familiare, raccolta, intima. Le luci fredde sono invece adatte ad ambienti di lavoro o in generale dove si svolgano compiti visivi impegnativi.

Il rumore è uno stressore molto rilevante e non si può fare a meno della psicologia per capire questo concetto. In psicologia si definisce un rumore come un suono non desiderato ed ha quindi una forte componente soggettiva.

Gli effetti negativi del rumore dipendono in gran parte dal fatto che siamo noi a produrre il suono che lo causa oppure sia un elemento esterno. Nel caso in cui siamo noi stessi i generatori del rumore potremmo averne il pieno controllo e il livello di stress causato da questo sarà decisamente inferiore. È infatti la mancanza di controllo sugli stimoli esterni la causa di fastidio

intollerabile, insieme alla causa del rumore, alla sua prevedibilità e al volume.

Alti livelli di rumore possono provocare un aumento dello stato di stress dell'organismo, soprattutto quando sono fuori controllo, imprevedibili e assordanti. (Maria Rosa Baroni, Rita Berto, 2013)

1.1.7 I fattori architettonici influenti sulla percezione

Alcuni fattori ambientali e architettonici possono influenzare in modo positivo o negativo, facilitare o ostacolare, il raggiungimento di una meta.

Nel caso in cui ci si rapporti con un edificio la differenziazione architettonica può essere fondamentale in quanto il grado con cui gli elementi dell'ambiente si differenziano è proporzionale alla facilità con cui si riesce ad individuare un particolare obiettivo. Si può per esempio ricorrere ad una diversa codifica per quanto riguarda i colori in modo che si differenzino gli elementi architettonici molto simili.

La possibilità di vedere la meta da raggiungere, il grado di accesso visivo, influisce sulla probabilità di sbagliare e prendere un percorso errato.

La disposizione dello spazio, la geometria, la semplicità della posizione degli elementi dell'ambiente può essere un'arma a doppio taglio. Se l'ordine e la geometria facilitano l'orientamento, dall'altra parte, da un punto di vista estetico, vengono percepiti come non attraenti e freddi. (Giovanna Axia, 1986)

1.1.8 Le illusioni visive

Nella percezione, soprattutto a causa di condizioni visive inadeguate, può succedere che l'osservatore sia indotto in errore. Questa tipologia di errori è molto interessante perché da lì si possono trarre conclusioni a proposito del funzionamento normale della percezione.

In particolare Richard Gregory individua 4 tipologie di illusioni visive, le figure ambigue, le figure paradossali, le figure fittizie e le distorsioni (Gregory Richard, 1990). Come detto precedentemente, secondo Gregory la percezione visiva genera delle ipotesi e quando i dati disponibili non sono sufficienti ad arrivare a delle corrispondenze perfette si costruisce la miglior congettura possibile, che può appunto essere errata.

Per quanto riguarda le figure ambigue si possono portare come esempi i già citati vaso di Rubin e cubo di Necker. Le due interpretazioni ugualmente plausibili avrebbero bisogno di un contesto perché una sia più convincente dell'altra.

Le figure paradossali si possono esemplificare con la figura che segue. L'uomo è così abituato a trasporre da un disegno bidimensionale un'immagine tridimensionale che in un primo momento sembra di vedere un normale elefante, senza che ci si renda conto, guardando le zampe, che per come è disegnato non potrebbe, mai esistere nella realtà.

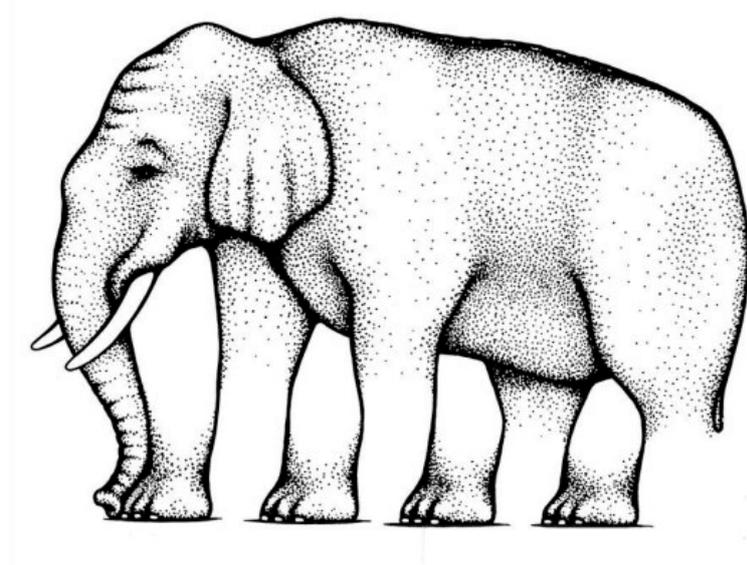


Figura 12 - Aspetti simbolici del colore

Fonte: <https://www.paginainizio.com/fotobuffe/quante-zampe-ha-l%27elefante.html>

Le figure fittizie invece vengono anche definite come contorni illusori e, anche se finora non si è trovata una spiegazione completa di questo fenomeno, se ne può comprendere il significato guardando il triangolo di Kanizsa, nella quale apparirà un triangolo bianco, anche se non ne esistono i margini. A tal proposito sono state sviluppate numerose ipotesi, alcune legate ad un contrasto di saturazione, oltre al fatto che l'uomo tenda a riconoscere figure semplici e familiari piuttosto che accettare parti prive di significato e disorganizzate.

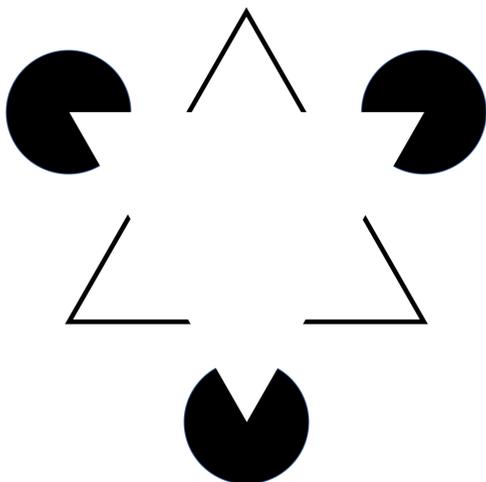


Figura 13 - Triangolo di Kanizsa

Fonte: https://it.wikipedia.org/wiki/File:Kanizsa_triangle.svg

Infine l'illusione di Müller-Lyer può spiegare in modo immediato le distorsioni. Nel caso in cui le alette siano rivolte verso l'esterno la linea centrale viene percepita come più lunga rispetto alla linea nella quale le alette sono rivolte in senso opposto. Le due linee centrali in realtà hanno la stessa lunghezza ed è difficile determinare perché avvenga questa distorsione. Sono stati numerosi gli studiosi che hanno provato a dare una risposta a questo interrogativo, chi sostenendo che sia dovuto ad un inappropriato uso della costanza di grandezza (che aiuta l'uomo a mantenere stabile la percezione di grandezza per il mondo tridimensionale anche all'allontanamento dell'oggetto osservato) per cui una linea che appare più lontana sarà giudicata più lunga, chi spiegando che gli occhi compiono un percorso più lungo nel seguire la freccia con le alette all'esterno e per questo hanno l'impressione che sia più lunga. Si ritiene che la motivazione della distorsione possa essere la combinazione delle due ipotesi precedenti e di altre ancora.

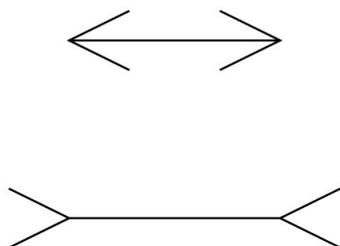


Figura 14 - Illusione di Müller-Lyer

Fonte: <https://ilblogdellamente.com/sistema-1-e-sistema-2/mullerlyer/>

1.2 La psicologia ambientale

Si può dire che la psicologia ambientale, come tale, sia nata all'inizio degli anni '70 negli Stati Uniti. In questo periodo si manifesta, in modo sempre più forte, l'esigenza di avere dei modelli teorici per descrivere la relazione tra l'individuo e l'ambiente in termini psicologici.

In realtà però già nel 1958 si stabilì uno dei primi accordi di collaborazione tra un architetto, Miller, e uno psicologo, Wheeler, per progettare alcune residenze studentesche nell'Università dell'Indiana. Gli edifici furono poi oggetto di uno studio "post-occupazione". Pochi anni dopo, nel 1961 si organizzò il primo Congresso di psicologia architettonica presso l'Università dello Utah e altre iniziative vennero portate avanti anche in altre università, specialmente americane.

La psicologia ambientale ha infatti lo scopo di osservare e comprendere come si percepiscono e usino gli ambienti. Uno dei principali obiettivi è infatti quello di comprendere quali meccanismi possano spiegare il modo in cui percepiamo un ambiente e gli diamo un significato.

Nel settore dell'architettura emergeva in questi anni un forte rifiuto di una progettazione volta solo a soddisfare le volontà espressive e autoriali dell'architetto o progettista. Si iniziava a rigettare l'architettura centrata più sulla soddisfazione del progettista che sulle esigenze degli utenti degli edifici.

In questi stessi anni nasce l'idea di progettazione partecipata applicata da architetti importanti come Giancarlo De Carlo, e in sintonia con le nascenti metodologie del co-design nell'ambito delle pratiche sociali e sul management.

L'architetto ungherese (naturalizzato francese) Yona Friedman, per esempio, a 92 anni, durante un'intervista con Vladimir Belogolovsky, alla domanda su quale fosse il nome del suo stile risponde acutamente che "Non è importante. Gli architetti gotici non avevano un nome per il loro stile. Questo stile non tratta di estetica. È puramente pratico e pragmatico. Architetti come Le Corbusier che si preoccupano dell'estetica inventano assurde regole". Nella stessa intervista inoltre esprime la propria volontà di coinvolgere nella progettazione le persone, gli utenti. "Anything that's predetermined is questionable. I prefer to work with the people. People are interested in ideas if you provide them with the right choices. They try different options, discuss possibilities... My colleagues told me that it is impossible to let people participate in the design process. Perhaps it is impossible, but I did it." ("Tutto ciò che è predeterminato è discutibile.

Io preferisco lavorare con le persone. Le persone sono interessate alle idee se si forniscono loro le giuste scelte. Provano diverse opzioni, discutono le possibilità. I miei colleghi mi dicono che è impossibile far partecipare le persone al processo di design. Forse è impossibile, ma io l'ho fatto") [Belogolovsky, 2016]

Carlo De Carli , architetto nato all'inizio del secolo scorso, mette anche lui in evidenza il fatto che l'architettura di quel periodo non risponda alle vere esigenze delle persone ma sia orientata più che altro verso gli aspetti artistico-figurativi. "Occorre veramente "trattare" l'Architettura come una scienza capace di risposta ai problemi di una società che vive oggi nella prospettiva di un futuro che starà tra bisogni e nuovi problemi posti innanzi tutto da livelli tecnici diversamente raggiunti nei diversi paesi, per ragioni di politica e di cultura." (Carlo De Carli)

In seguito alla seconda guerra mondiale però le difficoltà di progettazione aumentano a causa dei grandi programmi di costruzione e ricostruzione edilizia promossi da governi e organizzazioni. In questo momento storico si sviluppa la necessità di costruire grandi complessi.

Proprio in questo periodo si ha un crescente interesse nei confronti della collaborazione tra le scienze umane e la progettazione perché si comprende l'importanza, in un momento di ricostruzione e di risorse limitate, dell'ottimizzare le scelte progettuali da compiere. Tale coscienza può essere ritrovata anche nell'affermazione di non specialisti quali quella del politico inglese Winston Churchill "Noi diamo forma ai nostri edifici, i quali a loro volta ci formano", pronunciata in occasione del restauro del palazzo del Parlamento di Westminster. In questa prospettiva gli edifici rispondono non solo a criteri funzionali ma anche ai processi sociali e psicologici che vi si svolgono al loro interno.

1.2.1 Campo di ricerca e tematiche

La vastità del campo di ricerca e l'eterogeneità del settore portano al fatto che gli studiosi inizino a lavorare in direzioni molto differenti. La psicologia ambientale ha una programmatica attenzione nei confronti delle caratteristiche spaziali e fisiche dell'ambiente nel quale il comportamento avviene. Questa scienza ha delle peculiarità nel metodo di ricerca dato che vi è la prospettiva di operare nell'ambito di problemi di sicura rilevanza sociale e in un processo che dovrà essere necessariamente interdisciplinare.

I problemi affrontati dalla psicologia ambientale infatti riguardano un tema quale il rapporto persona/ambiente che è oggetto di numerosi settori disciplinari (geografia, architettura, pianifica-

zione territoriale, sociologia urbana, ecologia umana, antropologia, critica d'arte, ecc.) da un particolare punto di vista.

Si tratta però di uno studio autonomo con numerose potenzialità di applicazione e con un obiettivo prevalentemente pratico, quello di individuare quali componenti e proprietà dello spazio fisico possano ostacolare o facilitare i comportamenti e le azioni delle persone o rendere un ambiente piacevole. In particolare, le ricerche in questo campo, possono essere utilizzate per gli ambienti costruiti, per esempio nei luoghi di abitazione, per comprendere la soddisfazione degli utenti, come nel caso dello stress provocato dal rumore, dall'inquinamento, dal caldo. (Maria Rosa Baroni, 2008)

Lo stress ambientale, si può identificare come l'insieme dei "costi" che le persone devono sostenere confrontandosi con le proprietà e le condizioni sfavorevoli dell'ambiente che le circonda e che possono intervenire sulla loro salute fisica e sul loro benessere psicologico. Molti studiosi hanno definito questi "costi" come "fatica cognitiva" in quanto la persona ha un ruolo attivo nel dover trattare con delle condizioni ambientali sfavorevoli e con un sovraccarico di informazioni provenienti da esso.

(Mirilia Bonnes, Gianfranco Secchiaroli, 1992)

Per comprendere lo studio dello stress ambientale è fondamentale capire che ci si deve basare sui fattori fisici che possono ostacolare i processi di adattamento delle persone in un ambiente. Si parla quindi di stress causato dalle proprietà ambientali disturbanti, definite come "stressori", che possono essere per esempio la luminosità, il rumore, la temperatura, sui quali sono state condotte numerose rilevazioni di laboratorio per comprendere i limiti di tolleranza che le persone manifestano nei loro confronti.

1.2.2 Metodi di ricerca

Nello studio della psicologia ambientale è importante distinguere il concetto di preferenza da quello di valutazione. Il primo si riferisce all'espressione delle specificità individuali, il secondo all'operazione di accertamento portata avanti per capire quali qualità siano possedute o meno da un ambiente. In genere nelle ricerche in questo settore si tende a stabilire, per gli ambienti, degli "standard qualitativi".

(Mirilia Bonnes, Gianfranco Secchiaroli, 1992)

Nonostante spesso si ricorra a dei sistemi numerici e strettamente quantitativi per la valutazione ambientale, da tempo ormai si è compreso che non tutte le dimensioni e caratteristiche ambientali siano calcolabili secondo queste regole. In particolare, la risposta affettiva ad un ambiente è difficilmente quantificabile e va indagata con metodi differenti.

Per raccogliere le informazioni necessarie per una ricerca, si possono utilizzare diversi metodi.

Si possono distinguere metodi ad alto o a basso livello di costrizione (high constraints o low constraints). I constraints sono le regole o gli accorgimenti che i ricercatori mettono in atto per controllare le variabili di disturbo che possono incidere sulla ricerca, variabili "parassite" che possono mescolarsi alla variabile indipendente (cioè alla variabile che sospettiamo sia causa di cambiamenti in altre variabili) e influenzare la variabile dipendente (cioè il comportamento studiato, che sospettiamo sia effetto della variabile indipendente), inquinando i dati. Gli esperimenti portati avanti in laboratorio sono quelli con il massimo grado di constraints. Se invece si utilizzano metodi osservativi, per esempio studiando il soggetto all'interno del suo ambiente reale, senza influenzare il suo comportamento, si ha un minor livello di constraints.

Si possono dividere le ricerche in tre categorie:

- Gli esperimenti, in cui si tengono sotto controllo, per quanto possibile, tutte le possibili fonti di inquinamento dei dati;
- I quasi-esperimenti, in cui si cerca di controllare la maggior parte delle fonti di inquinamento dei dati;
- I metodi correlazionali, come l'osservazione non intrusiva o la ricerca d'archivio, in cui si ha la possibilità di acquisire informazioni su un comportamento non riproducibile in condizioni controllate ma si rinuncia a quasi tutti i constraints. (Maria Rosa Baroni, 2008)

Si possono ottenere dati con metodi basati sull'osservazione, solitamente non intrusiva, del comportamento dei soggetti nell'ambiente. In questo caso l'osservatore rimane invisibile e si limita a registrare i comportamenti dei soggetti all'interno del proprio ambiente, provando a non influenzarli. Si può applicare questo metodo, per esempio, attraverso le mappe comportamentali, mappe dell'ambiente su cui vengono registrati gli spostamenti dei soggetti osservati. Questa metodologia è stata spesso utilizzata per studiare gli ambienti ospedalieri. (fonte)

La raccolta delle informazioni può essere portata avanti con metodi che utilizzano i self-reports, risposte a questionari, interviste, scale di valutazione o resoconti verbali dei soggetti per comprendere la rappresentazione che il soggetto può avere dell'ambiente, la sua valutazione dello stesso e i suoi bisogni. È un metodo che risente della soggettività ma spesso è il più diretto e semplice da applicare. Il metodo comprende risposte a questionari a domande aperte o chiuse, presentati nella modalità di interviste faccia a faccia, oppure per iscritto, o attraverso altre modalità come il telefono o il computer.

Il metodo più proficuo è il resoconto verbale di un soggetto in un colloquio di ricerca, più efficace rispetto ai metodi più strutturati

come il questionario.

Tra i questionari una tipologia molto utilizzata è quello dei PE-QIs (Perceived Environmental Quality Indexes, indici di qualità ambientale percepita), utile soprattutto per i responsabili della pianificazione e della realizzazione di importanti cambiamenti ambientali perché fornisce un profilo degli atteggiamenti e delle opinioni delle persone coinvolte. (Maria Rosa Baroni, 2008)

Per la raccolta dei dati si può portare avanti anche una ricerca letteraria che consiste nel recuperare e analizzare dati che sono già stati raccolti da altri, reperibili in biblioteche o archivi. Il limite di questa metodologia sta nel fatto che i dati sono stati raccolti, nella maggior parte dei casi con degli obiettivi diversi dai propri ma spesso è l'unica a disposizione se si tratta di studiare comportamenti su larga scala.

Un'ultima alternativa può essere basata sulle "tracce ambientali" o comunque sugli indizi ambientali che il soggetto ci fornisce indirettamente, si ottengono così informazioni sull'uso che le persone fanno di un ambiente.

Nel caso in cui si abbia a che fare con dei bambini piccoli (fino ai 6 anni) è ideale l'utilizzo di metodi come l'osservazione diretta del comportamento e la ricerca d'archivio, dato che i questionari devono passare per un mediatore, per esempio un genitore.

Le fotografie, le mappe, i modelli in scala ridotta e i resoconti verbali sono invece molto utili dall'età scolare in poi (dai 16 anni).

1.3 L'approccio neuroscientifico

Il rapporto uomo/ambiente può essere affrontato anche in una prospettiva neuro-scientifica (Harry Francis Mallgrave, 2015).

In termini neuro scientifici le emozioni si possono definire come le risposte fisiologiche che mirano a ottimizzare le azioni compiute dall'organismo nel mondo che lo circonda e consistono in un insieme di risposte chimiche e neurali che formano uno schema (Emanuele Biondi, Valentina Rognoli, Marinella Levi, 2009). Le emozioni possono influire notevolmente sul comportamento delle persone e sul loro stato fisico ed emotivo.

Dal punto di vista neurofisiologico i nuclei nervosi sottostanti la corteccia cerebrale (nuclei subcorticali) sono responsabili delle emozioni. I segnali provenienti dall'esterno raggiungono i nuclei subcorticali attraverso due strade, una non passa dalla corteccia ed è la più veloce, responsabile dell'emozione istantanea, l'altra vi passa attraverso, è più lenta e genera un'emozione più razionale, che arriva dopo. I meccanismi della mente biografica alla base delle le emozioni sono molto complesse, nonostante siano

state studiate per secoli, vi sono ancora molti interrogativi senza risposta a tal proposito.

Il designer deve essere capace di suscitare emozioni attraverso i modi del progetto. (Emanuele Biondi, Valentina Rognoli, Marinella Levi, 2009)

Il design deve essere caratterizzato da tre elementi fondamentali, l'emozione, in quanto deve essere accettato dagli utenti e allo stesso tempo migliorare la qualità della loro vita, la tecnologia, la promessa di soddisfare le esigenze pratiche, e l'identificazione del carattere dell'oggetto, l'insieme dei valori associabili ad esso. La dimensione emotiva deve quindi avere un'importanza notevole nel processo di progettazione. per questo motivo il progettista deve avere una caratteristica fondamentale, l'empatia, la capacità di comprendere cosa provi un'altra persona.

Ci si interessò in modo attivo al tema delle emozioni nel design solo alla fine degli anni '80.

Le neuroscienze sono un insieme di discipline che hanno in comune lo studio del cervello e del sistema nervoso degli esseri viventi. Partendo dallo studio delle cellule nervose si ha come obiettivo quello di comprendere, su base biologica, le espressioni mentali e i comportamenti. In particolare la psicologia cognitiva studia il funzionamento della mente come elemento intermedio tra il comportamento del soggetto e la sua attività cerebrale prettamente neurofisiologica.

Uno degli ultimi campi di applicazione che sono entrati a far parte dell'ambito delle neuroscienze è la neuro estetica che esplora l'attività cerebrale che sta alla base della creatività e del godimento dell'arte.

Gli effetti che un artefatto può provocare dipendono dall'utente, dalla sua interpretazione e dalla sua soggettività. Con la parola effetti si possono intendere le sensazioni, le percezioni, le emozioni, i pensieri, l'empatia, oltre agli effetti più propriamente fisici.

Se si accetta l'esistenza della mente, e che quindi lo stimolo non passi solo attraverso il cervello prima di diventare sensazione ma che la mente, distinta da esso, serva proprio per generarle, si può attribuire ad essa la generazione di alcuni effetti. Convenzionalmente si considera infatti che le emozioni siano generate tramite i nuclei subcorticali della mente, anche i pensieri derivano da essa ma si generano tramite i lobi prefrontali della corteccia. Le sensazioni e le percezioni sono poi generate dalla mente ma tramite delle aree sensoriali specifiche.

Lo studio delle sensazioni, le esperienze che insorgono quando gli stimoli provenienti dall'ambiente vengono catturati dagli organini di senso, è la psicofisica. Quando poi lo stimolo che produce la sensazione viene elaborato e attraverso il riconoscimento acquisisce un significato, allora si ha una percezione, processo

psichico che opera la sintesi dei dati sensoriali in forme con dei significati. Le percezioni sono studiate dalle scienze cognitive.

Charles Darwin con il suo saggio, *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli altri animali* (1872), investigò sulle emozioni e sviluppò delle teorie basate sul fatto che molte delle espressioni facciali che derivano dalle emozioni sono di tipo adattivo, evolutivo, e servono per una comunicazione non verbale dello stato interno della persona. Paul Ekman, psicologo statunitense di metà '900, analizzò le espressioni facciali ricorrenti per ogni emozione. In particolare categorizzò le emozioni in otto famiglie emozionali, collera, tristezza, paura, gioia, amore, sorpresa, disgusto, vergogna.

Naturalmente sono numerosi gli studiosi, tra psicologi e neurofisiologi in particolare, che si sono impegnati in questo tipo di ricerca. Tra loro si può citare anche Jaak Panksepp, neurofisiologo che, basando i suoi esperimenti sulla stimolazione elettrica del cervello osservò i comportamenti che ne derivano. Lui stesso così arrivò a coniare il termine *affective neuroscience*, per definire il campo di ricerca che studia i meccanismi neuronali delle emozioni.

L'empatia, come detto, è fondamentale per un progettista, si tratta di un atteggiamento che è caratterizzato dalla comprensione dell'altro, escludendo le proprie attitudini affettive personali (simpatia, antipatia) e ogni giudizio morale. Le conoscenze sul funzionamento di questo effetto si basano principalmente sugli studi riguardanti i neuroni specchio.

I neuroni specchio sono stati denominati in questo modo da Giacomo Rizzolatti dell'Istituto di Fisiologia Umana dell'Università di Parma. Per comprendere il lavoro di Rizzolatti, senza entrare nei dettagli specifici della neurofisiologia, si può considerare che la corteccia motoria sia divisa in due aree, l'area motoria primaria e l'area premotoria. Quest'ultima a sua volta è composta da varie sub-aree tra le quali è presente la F5. La sub-area F5 contiene tutti gli atti motori che la persona ha imparato fino a quel momento. Dagli esperimenti portati avanti durante i suoi studi sui neuroni specchio, Rizzolatti è arrivato a delle conclusioni riguardanti il fatto che, osservando una persona che compie un atto motorio che il soggetto conosce, in quest'ultimo vengono "sparati" i neuroni della sub-area F5 che programmano il movimento, anche se non lo eseguono. Come se i neuroni del soggetto che osserva entrassero in risonanza con quelli della persona che agisce. Quando si è scelto l'atto motorio da compiere quindi in quest'area viene programmato, dall'area premotoria poi partono gli ordini verso l'area primaria perché questa "spari" i neuroni opportuni che arrivano ai controllori posti per la maggior parte nella colonna vertebrale e danno ordine ai muscoli di eseguire il movimento voluto e individuato in F5. I neuroni spec-

chio si potrebbero anche chiamare quindi “neuroni intenzionali” (“sparano” anche quando c’è solo l’intenzione di eseguire l’atto motorio, anche se non viene compiuto).

L’empatia è quindi dovuta alla presenza, nel sistema nervoso umano, dei neuroni specchio.

Se per esempio una persona ne vede un’altra compiere un movimento, nell’encefalo della prima vengono “sparati” i “neuroni intenzionali” che programmano lo stesso atto motorio, pur non eseguendolo. Oppure nel caso in cui l’osservatore vede una persona soggetta a uno stimolo tattile, i neuroni che vengono “sparati” possono dar luogo alla stessa sensazione tattile recepita dal soggetto attivo e lo stesso può succedere nel caso in cui quest’ultimo sia soggetto a forti dolori (fisici e/o morali).

Capitolo 2

Architettura ospedaliera



Le strutture ospedaliere sono considerate tra gli organismi edilizi più complessi in assoluto.

Se fino ad alcuni secoli fa venivano concepite per durare nel tempo, oggi quando vengono costruite e devono in breve tempo essere modificate a causa delle continue e incessanti nuove esigenze.

La distribuzione planimetrica delle strutture ospedaliere è sempre stata importante in quanto deve essere caratterizzata da forme architettoniche capaci, non solo di ospitare le attività assistenziali e terapeutiche, ma anche di facilitarne l'esercizio e di esaltarne l'efficacia. Ci si trova quindi a conciliare gli spazi interni dell'organismo ospedaliero con lo sviluppo continuo delle pratiche mediche.

La nascita della clinica si fa risalire alla fine del VIII secolo ed è da qui che le "strutture per la cura" devono iniziare ad adattarsi alle sempre più frequenti scoperte e innovazioni in campo diagnostico e terapeutico. Nasce quindi una forte alleanza tra medici e architetti con lo scopo di concepire ospedali in cui gli spazi interpretino e rispettino la loro funzione ma con un forte concetto di flessibilità, inteso come capacità di un edificio di adattarsi a esigenze spaziali, gestionali e funzionali mutevoli nel tempo.

La logica della flessibilità diventa quindi fondamentale dato che gli ambienti della cura devono essere aperti al continuo cambiamento ma le prime strategie concrete si sviluppano soprattutto dagli anni '60 del Novecento. Inizialmente si è prestata attenzione più che altro all'incremento modulare delle strutture ospedaliere, in seguito, con il crescente interesse in questo campo, si è arrivati ad occuparsi della modificabilità degli spazi indoor per assecondare l'evolversi delle esigenze d'uso legate al servizio di ricerca, diagnosi e cura.

Non esiste una data specifica che segni la nascita dell'architettura ospedaliera come organismo atto alla diagnosi e cura delle malattie. Storicamente il concetto di assistenza sanitaria era strettamente connesso a quello dell'assistenza sociale, le strutture nelle quali venivano accolti i malati erano le stesse che ospitavano gli indigenti. Nel Medioevo infatti gli "ospedali" avevano un ruolo prevalentemente caritativo e assistenziale per chi avesse necessità sanitarie o economiche. Intorno al XIV secolo questo tipo di strutture di ricovero, progettate spesso secondo impianti planimetrici molto simili a quelli di conventi e chiese, con le corti centrali e edifici bassi per le degenze, inizia ad essere dotato di settori specifici per i degenti. In particolare Filarete nel 1456 viene incaricato della progettazione dell'Ospedale Maggiore di Milano (realizzato solo nel 1649) e sviluppa temi molto specifici come i servizi igienici per i degenti, il sistema fognario, la ventilazione e l'illuminazione.

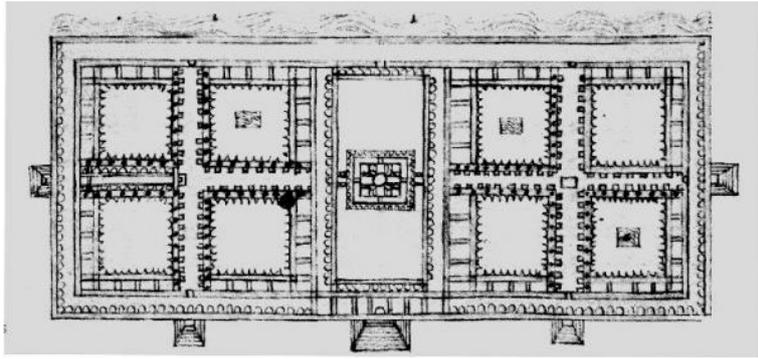


Figura 15a - Ospedale Maggiore, Milano

Fonte: <http://www.lombardiabeniculturali.it/architetture/schede/LMD80-00009/>

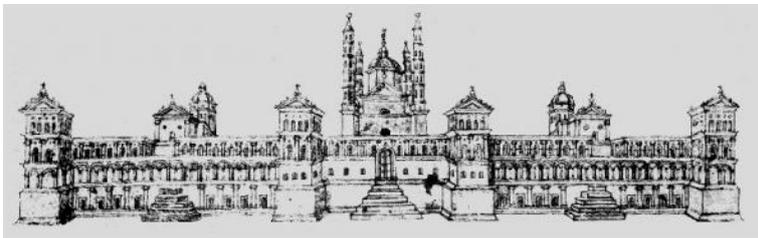


Figura 15b - Ospedale Maggiore, Milano

Fonte: <http://www.lombardiabeniculturali.it/architetture/schede/LMD80-00009/>



Figura 15c - Ospedale Maggiore, Milano

Fonte: <http://www.lombardiabeniculturali.it/architetture/schede/LMD80-00009/>

Il grande sviluppo delle strutture ospedaliere nella seconda metà dell'Ottocento portò ad una sorta di omologazione e alla creazione di modelli tipologici generali incentrati soprattutto sulla distribuzione degli spazi.

In Inghilterra l'infermiera Nightingale, per esempio, comprende l'importanza della luce naturale, della circolazione di aria fresca e sviluppa un modello di corsia che rendeva più facile il compito di sorvegliare i pazienti, noto con il suo nome.

Il progresso scientifico in campo medico e specialmente le teorie sulla non contaminazione dell'aria infatti, portano all'evoluzione di questa tipologia edilizia che porta all'affermazione di un nuovo impianto planimetrico, la tipologia ospedaliera a padiglioni. Nell'Ottocento la struttura a padiglioni è ormai consolidata nella progettazione delle strutture sanitarie.

Con le scoperte riguardanti virus e batteri, tra l'Ottocento e il Novecento, gli ospedali a padiglioni diventano vere e proprie cittadelle con settori divisi per funzione, amministrativa, di servizio e sanitaria. Oltre a questa tipologia però, agli inizi del Novecento, si sviluppa il concetto di ospedale verticale per far fronte, in particolare, al problema dei tempi di percorrenza per il personale e i pazienti.

In questo periodo, l'importanza delle scienze e di quella medica in particolare, porta alla costruzione di edifici ospedalieri concepiti come macchine per guarire, conferendo centralità assoluta alla componente funzionale. L'ospedale è organizzato per zone, degenze, diagnostica, interventi chirurgici, servizi sanitarie e servizi logistici.

Nel XX secolo i progettisti volevano fornire una serie di regole e teorie, che facilitassero un'azione di controllo per il raggiungimento del benessere e del comfort ambientale, tanto che nel 1939 escono in Italia le "Istruzioni per le costruzioni ospedaliere". Si sono così sviluppati numerosi modelli che però in alcuni casi sono degenerati in standard e requisiti minimi per la corretta progettazione degli spazi interni.

La flessibilità entra in opposizione alla standardizzazione che spesso non prevede la possibilità di diversificare l'ambiente secondo l'eterogeneità dei bisogni del fruitore.

Nel corso Novecento si sono sviluppate numerose tipologie edilizie nel settore ospedaliero da quello a torre a quello a spina, fino ad arrivare, intorno agli anni '60, all'orizzontalizzazione della struttura. Oltre al tema dei tempi di percorrenza, risolti in questo caso tramite collegamenti in più direzioni, si affronta proprio quello della flessibilità organizzativa degli spazi. La tipologia orizzontale permette infatti di modificare nel tempo l'assetto dell'edificio con l'aggiunta o la modifica dei reparti.

Come detto precedentemente, gli ospedali sono edifici caratterizzati dal fatto che necessitano di continue revisioni e cambiamenti. Le tecnologie, le innovazioni o semplicemente la maggiore richiesta di spazi di cura, portano questa tipologia edilizia ad essere molto mutevole. Bisogna quindi affrontare questa caratteristica sin dall'inizio nella progettazione, in quanto l'adattabili-

tà è un fattore fondamentale per l'architettura ospedaliera. Spesso in questo tipo di progettazione, a causa della complessità di elementi funzionali e meccanici da considerare, si trascurano gli aspetti veri e propri del design, da non pensare solo come fattori estetici ma come elementi fortemente influenti sulla psiche e sulla salute degli utenti della struttura.

Ciò che dovrebbe differenziare la struttura sanitaria tradizionale da quella contemporanea è il "programma di ricerca progettuale". Nel primo caso si attuava una lunga riflessione sui bisogni elementari dell'uomo e si organizzava l'ospedale a partire dal progetto degli spazi elementari come servizi e degenze. Oggi invece si dovrebbe mettere in atto un'approfondita riflessione sui luoghi, sulle strutture ospedaliere esistenti, sull'eterogeneità delle necessità dell'individuo, organizzando lo spazio ospedaliero a partire dal riconoscimento delle parti definite dal punto di vista morfologico, funzionale e sociale.

In passato infatti i progetti portavano a produrre ospedali "funzionanti", in grado di soddisfare le necessità primarie, basandosi su categorie quali standard, fabbisogno, regolamento, dimensione, schema funzionale. I fattori sopra elencati non vanno considerati in modo totalmente negativo, nati con intenti positivi si sono, in alcuni casi, svuotati dei loro significati perché utilizzati senza criterio e in modo indifferenziato in ogni situazione. Nell'ospedale contemporaneo non si deve quindi escludere un approccio di questo tipo che però va integrato con riflessioni e indagini che portino a rendere comprensibili all'interno del complesso ospedaliero i singoli oggetti, i singoli spazi, le relazioni tra questi e i bisogni degli individui e dei differenti gruppi operativi. Nelle strutture ospedaliere sono infatti necessari degli standard minimi che rappresentano il punto di vista quantitativo, ma va sempre accostato a quello qualitativo si esprime invece attraverso umanizzazione.

Già a partire dagli anni '50 il settore ospedaliero si mostra sempre più attento alla globalità della persona oltre che alla guarigione dei singoli organi malati. Si comprende quindi l'importanza della conciliazione, nel complesso ospedaliero, dell'efficienza tecnologica e dell'assistenza a tutto tondo dei pazienti con un miglioramento del trattamento alberghiero, psicologico e dell'estetica dell'ambiente.

È soprattutto dagli anni '70 però che la "moderna macchina ospedaliera" viene giudicata come fonte di stress per gli utenti, per il disorientamento provocato dai percorsi, i rumori disturbanti, la spersonalizzazione delle camere di degenza, e si dà spazio al tema della qualità architettonica. Il tema della qualità è molto ampio e complesso e spesso, nella progettazione in particolare, viene associato a metodi di ricerca analitici per l'individuazione di intervalli e valori soglia (fonte professore).

Nel momento in cui si parla di qualità ambientale, specie se riferita all'architettura ospedaliera è necessario introdurre il concetto di umanizzazione ospedaliera. L'umanizzazione, come spiegato nel capitolo 3, consiste in un modo di agire, che non riguarda esclusivamente l'architettura, che mira a porre l'utente al centro di ogni ragionamento, nel caso della progettazione, di ogni idea di spazio da realizzare.

In un'ottica di questo tipo, di visione a tutto tondo delle attività e delle relazioni coinvolte in una struttura ospedaliera, il ruolo del progettista deve adattarsi alla complessità che ne deriva. Non sarà più possibile lavorare in modo totalmente autonomo e si dovranno creare dei gruppi di progettazione.

Il progettista tradizionale, con competenze a proposito di tutti i saperi necessari alla realizzazione dell'opera, non esiste più. Il gruppo di progetto diventa un elemento fondamentale con al suo interno professionalità altamente specializzate nel proprio campo di competenza.

I contributi della psicologia ambientale, della sociologia, dell'ergonomia, della prossemica possono fare la differenza nella progettazione di un luogo che, come ormai da anni si è compreso, per il processo di guarigione non può essere solo efficiente da un punto di vista terapeutico, farmacologico e tecnico sanitario, ma deve manifestare una grande attenzione alle condizioni ambientali nelle quali le prestazioni assistenziali vengono erogate. L'ospedale è ormai un complesso contenitore nel quale le componenti di natura fisico-ambientale, socio-relazionale ed architettonica assumono rilevanza terapeutica.

Come rilevato da numerose ricerche, infatti, negli ambienti di cura, quando lo stato psichico e fisico degli utenti è particolarmente sollecitato, si possono creare interazioni che generano stress i cui effetti sono sempre dannosi per la salute.

Nel 2000 venne nominata una Commissione Ministeriale di studio diretta dall'architetto Renzo Piano e presieduta dallo stesso Ministro. Gli incontri della Commissione portarono alla proposta di un decalogo di principi ai quali ogni ospedale moderno dovrebbe riferirsi.

I 10 principi informativi sono il modello concettuale e teorico delle prestazioni, delle caratteristiche e delle linee guida che ogni struttura sanitaria contemporanea dovrebbe conseguire.

I cosiddetti principi informativi che dovrebbero sintetizzare le caratteristiche dell'ospedale del futuro sono:

1. umanizzazione: (centralità della persona) l'uomo deve essere posto al centro della progettazione sanitaria, ogni dettaglio ed aspetto tecnologico della struttura deve avere come obiettivo primario il benessere fisico, sociale e psicologico di tutti gli utenti della struttura, pazienti, visitatori e personale sanitario, tecnico, amministrativo;

2. urbanità: (integrazione col territorio e la città) l'ospedale contemporaneo deve essere urbano, integrato al territorio circostante e alla vita quotidiana nella quale si inserisce con spazi verdi, zone di sosta accessibili al pubblico;
3. socialità: (appartenenza e solidarietà) l'ospedale deve integrarsi con il contesto socio-culturale nel quale si inserisce non solo con attività di carattere ospedaliero ma anche con spazi collettivi e di accoglienza, permeabili alla quotidianità esterna.
4. organizzazione: (efficacia, efficienza e benessere percepito) il livello qualitativo delle prestazioni offerte deve essere alto e per questo sono fondamentali l'efficacia, l'efficienza ed il benessere percepito;
5. interattività: (completezza e continuità assistenziale) l'ospedale si inserisce in una complessa rete di servizi sanitari offerti alla persona e come tale deve operare sinergicamente con le altre strutture territoriali, per ottimizzare le prestazioni erogate;
6. appropriatezza: (correttezza delle cure e dell'uso delle risorse) l'ospedale deve fornire prestazioni mirate e specifiche in funzione delle reali esigenze del paziente e deve essere appropriatamente dimensionato in funzione dei servizi offerti;
7. affidabilità: (sicurezza e tranquillità) la professionalità degli operatori e l'affidabilità impiantistica, ambientale, igienica e tecnologica sono alla base di un servizio di qualità e di una favorevole percezione di sicurezza e tutela da parte del paziente;
8. innovazione: (flessibilità per il rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico) la flessibilità e l'adattabilità sono presupposti fondamentali per una struttura complessa in continua evoluzione sia da un punto di vista organizzativo, che progettuale, come quella ospedaliera;
9. ricerca: (impulso all'approfondimento intellettuale clinico scientifico) dato che la ricerca scientifica in ambito sanitario e alla base del progresso e del successo delle attività di diagnosi e di cura gli ambienti dedicati ad essa devono essere predisposti e studiati con attenzione, gli ospedali sono infatti la principale fonte di dati epidemiologici;
10. formazione: (aggiornamento professionale e culturale) l'ospedale deve essere considerato luogo di formazione ed educazione sanitaria, non solo per tutti gli operatori sanitari, il cui aggiornamento continuo è di fondamentale importanza, ma anche per i cittadini, che devono essere informati sugli esiti delle ricerche e sui comportamenti sanitari preventivi.

2.2 Gli ospedali pediatrici

Fino alla fine del 1700 la differenziazione delle funzioni ospedaliere, sia dal punto di vista delle patologie che per l'età dei pazienti, era rara.

Storicamente i brefotrofi, ovvero gli Ospizi o gli "spedali" per i bambini orfani o abbandonati, erano le uniche strutture riconducibili all'attuale concetto di ospedale pediatrico. Fino alla fine del XVIII secolo, organizzati da autorità civili o religiose, queste strutture hanno costituito gli unici contesti specializzati esclusivamente nell'accoglienza e nella cura dell'infanzia. Più che un ruolo sanitario avevano però una connotazione di assistenza sociale nel proteggere la maternità e l'infanzia illegittima e nel fornire alla popolazione più indigente un rifugio dove portare i figli che le famiglie non erano in grado di allevare.

In molti casi in queste strutture non era presente neanche la figura del medico in sede e i piccoli più gravi, morenti, non venivano accolti.

Molti di questi ricoveri erano in cattive condizioni e bambini e adolescenti venivano trattati con crudeltà, fisica e psicologica.

In Italia, in realtà, già nel Medioevo, erano presenti degli istituti dedicati all'infanzia abbandonata, per la maggior parte gestiti dagli ordini religiosi.

Le prime esperienze di veri e propri ospedali per l'infanzia si sviluppano tra la fine del '600 e l'inizio del '700.

Nel 1670, a Parigi, venne autorizzata la realizzazione di un ospedale specificamente dedicato ai bambini, l'Hopital des Enfants Trouvés, con due edifici distinti uno per i lattanti e uno per i bambini più grandi. Ogni edificio aveva a disposizione un medico, un chirurgo e un farmacista che effettuavano un servizio regolare ma senza essere presenti permanentemente. Se i bambini avevano bisogno di cure più consistenti venivano trasferiti in ospedali per adulti.

Negli anni si misero in atto miglioramenti come una frequenza più assidua delle visite mediche, utensili propri di ogni bambino da lavare con acqua calda dopo ogni utilizzo, che abbassarono notevolmente il tasso di mortalità.

In Inghilterra le esperienze furono più che altro di carattere privato, per esempio con la creazione del Foundling Hospital di Londra, era un'istituzione filantropica privata nella quale, perché i piccoli pazienti potessero ricevere cure adeguate, era ammesso un numero limitato di bambini scelti mediante sorteggio o raccomandati personalmente dai benefattori.

Anche in questi casi però l'ospedale rimaneva un luogo dove vivevano principalmente bambini sani perché veniva praticata una politica di prevenzione per cui non si prevedeva l'ammissione di

pazienti affetti da malattie contagiose.

Si può comunque affermare che nel XVIII secolo si posero le basi ideologiche per la fondazione dei primi ospedali pediatrici con le monarchie illuminate e l'istituzione ospedaliera non più basata sulla pietà ma sulla scienza.

Tra il XVIII e il XIX secolo si sviluppa un forte interesse per la cura dell'infanzia, si è infatti presa coscienza dell'individualità del bambino e lo studio anatomico ha sicuramente dato un grande contributo a questa rivoluzione.

I bambini nelle strutture sanitarie venivano ospitati tutti in un'unica sala e spesso stavano in 8 o 9 nello stesso letto e vi è una maggiore attenzione per temi come i servizi igienici in numero proporzionale ai degenti, le cucine, le lavanderie, i locali tecnologici per il deposito degli strumenti e dei macchinari.

Inoltre in questo periodo si va affermando sempre più la divisione in reparti o padiglioni a seconda della malattia e si arriverà anche alla separazione tra adulti e bambini.

Inizialmente in molti paesi come la Germania, il Belgio, la Spagna, l'Italia l'assistenza sanitaria per l'infanzia venne portata avanti ancora in particolari infermerie o sezioni negli ospedali generali, non con strutture specializzate.

In Gran Bretagna per esempio si dovette attendere la metà del XIX secolo per l'istituzione del primo vero e proprio ospedale pediatrico.

Per quanto riguarda il contesto italiano l'Ospedale Regina Margherita di Torino, fondato nel 1843, viene considerato il primo nosocomio pediatrico vero e proprio del paese.

In ogni caso nel XIX secolo la maggior parte della pratica medica pediatrica si svolge ancora in ambito domestico o negli istituti per l'infanzia abbandonata dato che nei primi ospedali pediatrici c'erano limiti specifici di ammissione.

La fine dell'Ottocento segna una tappa importante in quanto l'approccio di intervento diventa più curativo che palliativo, come succedeva in precedenza, e questa rivoluzione è una base solida per lo sviluppo dell'istituzione dell'ospedale pediatrico nel secolo successivo.

Il problema principale degli ospedali dei primi anni del Novecento rimane la diffusione delle malattie infettive e a tal riguardo vengono prese misure distributive nella progettazione delle strutture di cura. Si iniziò a comprendere che i contagi, con il relativo aumento della mortalità, fossero dovuti in parte alle condizioni dell'ospedalizzazione. Furono quindi avviate numerose ricerche riguardanti i materiali da costruzione e quelli di rivestimento, che dovevano essere resistenti e facilmente lavabili, l'orientamento ideale degli edifici, le scelte distributive per un buon soleggiamento e una ventilazione ottimale.

Si inizia così a dividere programmaticamente le aree dedicate

alla cura e quelle della degenza con edifici distinti e isolati, ben arieggiati e circondati da aree libere e verdi. Gli ospedali a padiglioni appena descritti saranno la tipologia più diffusa in questo campo fino agli anni '60.

Molte malattie dell'infanzia sono ancora poco conosciute e il tasso di mortalità rimane elevatissimo non esistendo adeguati trattamenti terapeutici.

Per quanto concerne il tema del contagio, oltre alla divisione in edifici separati, si adottò la strategia della suddivisione delle corsie dei reparti di degenza in box, piccole camere che sostituiscono le grandi sale comuni. Le divisioni erano nella maggior parte dei casi trasparenti, in modo che il personale potesse avere sempre sotto controllo tutti i piccoli pazienti. Nonostante il sistema fosse concepito per ridurre le possibilità di contagio, i bambini venivano però riuniti in una stanza comune per le visite mediche e per questioni di ventilazione spesso le divisioni dei box non arrivavano fino al soffitto, quindi si manteneva in parte la continuità dell'ambiente e soprattutto dell'aria. Inoltre non erano ancora seguite delle rigide norme igieniche e i medici stessi, con i solo indumenti e strumenti, potevano favorire il contagio tra i pazienti. L'architetto Claudio Longo intuì il limite di queste procedure, tanto da raccomandare, per una buona progettazione ospedaliera, la previsione di un cubicolo di lavabo e attacco camice particolare per il medico in ogni cellula di degenza.

Gli ospedali rimanevano un luogo di cura solo per le famiglie meno abbienti, i benestanti usavano ancora curarsi nella propria casa. Solo negli anni '40 anche per i più ricchi sarà più conveniente utilizzare le strutture ospedaliere.

Il miglioramento delle condizioni di vita anche delle classi meno fortunate, avvenuto negli anni '30, fu il vero motivo di una diminuzione della mortalità, dato che negli ospedali si hanno ancora grandi difficoltà nella diagnosi delle malattie e i rimedi sono scarsi ed esigui.

In questo decennio si inizia a sentire l'esigenza di una riorganizzazione interna della vita ospedaliera che porterà in primo luogo alla creazione di regole restrittive e alla selezione del personale medico e infermieristico.

Sara Petraghani a disporre le norme che nel 1938 e nel 1939 disciplineranno prima l'organizzazione interna degli ospedali e poi daranno delle istruzioni per la costruzione in Italia.

Nel periodo tra le due guerre il modello tipologico ospedaliero rimane quello a padiglioni e i settori sono solitamente cura e assistenza dei non ricoverati, cura e assistenza dei ricoverati e infine i servizi generali.

Nei reparti pediatrici iniziava a manifestarsi una grande attenzione al tema delle malattie infettive per cui la suddivisione portava ad un reparto per l'accettazione e l'osservazione, con camere

separate e nel quale i bambini venivano trattenuti per tutti gli accertamenti per capire se fosse necessario il ricovero, e il reparto di ricovero e degenza, per potervi accedere il bambino veniva sottoposto ad una vera e propria "bonifica".

L'Ospedale di Genova era caratterizzato da un numero di padiglioni pari alle malattie infettive note all'epoca, mentre solitamente le malattie infettive erano concentrate in un unico padiglione suddiviso in più sezioni.

Negli anni '50 inizia il declino della tipologia a padiglioni in quanto, grazie alle numerose scoperte scientifiche, più consistenti nella seconda metà del secolo che in tutti i secoli precedenti, ci si concentra sulle specializzazioni diagnostiche-terapeutiche. Tutto il mondo vive un periodo di grande crisi economica, sociale e politica che non sempre permetterà di valorizzare i tanti studi e i progressi fatti in campo medico.

In Italia però il tema della sanità è molto importante in quanto non viene più visto come un fatto privato ma come un diritto che lo Stato deve garantire.

Con le specializzazioni diagnostiche-terapeutiche gli ospedali tendono ad espandersi e spesso, sviluppandosi dall'impostazione a padiglioni, con l'inserimento tra questi di altri fabbricati, si perdono gli ampi spazi verdi tra gli edifici. Si sviluppa proprio in questo periodo la tipologia denominata "monoblocco".

L'idea di base consisteva nell'accorpore in una torre la zona delle degenze distribuendo invece su una piastra i servizi diagnostici. In Italia questa tipologia venne adottata prevalentemente per le piccole strutture mentre per le altre si utilizzavano modalità miste (più blocchi tra loro collegati).

Per quanto riguarda i reparti pediatrici inizialmente non ci si preoccupa del ruolo della famiglia che viene completamente esclusa dal percorso di cura. Le misure per l'isolamento dei bambini nei reparti ospedalieri vennero perfezionate ma la figura del genitore veniva ancora vista come portatrice di contaminazioni durante le visite.

Solo nel 1830 i medici iniziarono a rendersi conto che, attraverso numerose esperienze, i pazienti, in particolare i più piccoli, soffrivano fortemente il distacco dalla madre e guarivano meno velocemente dei bambini più grandi.

Finalmente negli anni '70 si prende coscienza dell'importanza della madre per il processo di guarigione dei piccoli pazienti e questo muterà ulteriormente i modelli ospedalieri, si comprende infatti che le condizioni psicologiche del bambino ricoverato, e la sua capacità di guarigione, migliorano notevolmente con la presenza della madre. Inoltre i genitori, in quel periodo veniva considerata esclusivamente la figura femminile, sono di aiuto anche dal punto di vista assistenziale. Vengono così realizzate le prime camere che dessero la possibilità ad un familiare di rima-

nere in ospedale anche di notte.

A partire dagli anni '80 le stanze di nuova realizzazione possono accogliere quindi genitori e bambini e nei decenni successivi si presta attenzione anche alle famiglie provenienti da altre regioni con la realizzazione di appartamenti dedicati a loro.

Nel 1958 James Robertson nel suo saggio *Young children in hospital* esplicita il fatto che l'ospedalizzazione, soprattutto nel caso di bambini, costituisca un trauma, l'allontanamento dei piccoli dai propri genitori provoca una grande sofferenza mentale. In quel periodo storico i bambini venivano ancora considerati come piccoli adulti, quindi la conclusione di Robertson, alla quale arrivò dopo numerosi studi e prove sperimentali, non era così scontata come si può pensare oggi.

La maggiore coscienza di questo unita al fatto che dagli anni '60 si dia grande importanza a fattori ambientali come la luce, l'aria e il sole portarono a dei cambiamenti molto rilevanti nella progettazione degli ospedali pediatrici. Si iniziarono a considerare fondamentali il dimensionamento delle finestrate, le altezze dei davanzali per godere della vista esterna, la realizzazione di terrazze e logge direttamente accessibili dalle camere di degenza. I colori, gli spazi per il gioco, la luce naturale, gli arredi e le decorazioni diventano elementi da studiare nei minimi dettagli per il miglioramento dell'ospedalizzazione, non solo pediatrica. L'obiettivo diventa quindi rendere meno traumatico possibile l'ingresso e il ricovero in ospedale, specialmente per i bambini. La Dichiarazione dei diritti del fanciullo, nota come Dichiarazione di Ginevra, viene adottata nel 1924 dall'assemblea generale della Società delle Nazioni.

Secondo questo documento esistono 5 diritti fondamentali del bambino a tutela del suo benessere:

1. Al fanciullo si devono dare i mezzi necessari al suo normale sviluppo, sia materiale che spirituale.
2. Il fanciullo che ha fame deve essere nutrito; il fanciullo malato deve essere curato; il fanciullo il cui sviluppo è arretrato deve essere aiutato; il minore delinquente deve essere recuperato; l'orfano ed il trovatello devono essere ospitati e soccorsi.
3. Il fanciullo deve essere il primo a ricevere assistenza in tempo di miseria.
4. Il fanciullo deve essere messo in condizioni di guadagnarsi da vivere e deve essere protetto contro ogni forma di sfruttamento.
5. Il fanciullo deve essere allevato nella consapevolezza che i suoi talenti vanno messi al servizio degli altri uomini

Per quanto gli intenti fossero più che ammirevoli, la Dichiarazione non aveva però alcun valore giuridicamente vincolante.

Le ricerche e i ragionamenti, anche politici, in questo campo continuarono a svilupparsi in tutto il mondo e le argomentazioni di Robertson vennero confermate dal rapporto *the Welfare of*

Children in hospital (1957-1959), conosciuto anche come rapporto Platt. Il Ministero della Sanità inglese mise in luce infatti il fatto che il bambino ospedalizzato non possa essere trattato come un adulto. I bisogni dei piccoli pazienti sono specifici e per dare loro una giusta risposta sarà necessario coinvolgere non solo i bambini e gli adolescenti ma anche i loro familiari nella progettazione sia architettonica che amministrativa.

Emerge quindi la necessità, sul piano giuridico, di affermare la riconosciuta sensibilità differente del bambino rispetto a quella adulta, dato che il ricovero in ospedale gli procura un ulteriore stato di sofferenza psicologica.

Solo nel 1989, con la ratifica a New York della Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia si ottiene una protezione piena e completa dell'infanzia (considerata come la popolazione al di sotto di 18 anni), alla quale è riconosciuto anche il diritto di opinione. Il documento non si limita a una dichiarazione di diritti generali ma è un vero e proprio vincolo giuridico per gli Stati contraenti, che devono uniformare le Norme di diritto interno a quelle della convenzione.

L'ospedale pediatrico attualmente si può dividere dal punto di vista organizzativo-funzionale in aree per la degenza, aree per i servizi diagnostico-terapeutici e aree per i servizi generali.

L'età pediatrica riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità va da 0 a 18 anni ma spesso viene estesa oltre la maggiore età. La fascia considerata comprende età e problematiche psico-evolutive molto diverse e va tenuto conto di questo in ogni fase della progettazione. Un reparto o un ospedale pediatrico devono infatti prestare attenzione al fatto che i modelli spaziali saranno da differenziare a seconda delle necessità ed esigenze di tutti i singoli che andranno a vivere quello spazio.

Tra i servizi generali, che spesso per motivi politico-economici vengono trascurati, vi sono spazi importantissimi, specialmente in ospedali pediatrici, come gli spazi gioco, le aree verdi, i servizi scolastici. Sono quindi da considerare tutte quelle attività necessarie per la distrazione dalla condizione di malattie e la socializzazione dei pazienti con gli altri, che sia pazienti essi stessi o operatori o, quando la patologia lo permetta, esterni all'ospedale.

I bambini hanno bisogno di vincere il senso di paura ed estraneità generato dal cambio di ambiente, di ritmi, che comporta la visita medica o il ricovero. Si attuano quindi delle strategie come l'uso di colori primari, arredi a misura di bambino, disegni, che catturino la loro attenzione e provochino sorpresa e divertimento.

Nell'ambito delle cure pediatriche fondamentale la Family-Centered Care (generalmente abbreviata in FCC), una nuova visione del ruolo della famiglia all'interno della struttura ospedaliera.

Non più semplici visitatori, i familiari del paziente divengono attori del processo di ristabilimento della salute del paziente.

L'approccio FCC è particolarmente importante nell'ambito delle cure pediatriche tanto che è considerato da alcuni autori un pilastro della moderna pediatria ospedaliera.

Le difficoltà di applicazione pratica si incentrano soprattutto sulla riluttanza del personale a condividere con i genitori il ruolo di caregiver del bambino.

L'FCC è un approccio alla pianificazione, all'erogazione e alla valutazione dei servizi sanitari governato da un rapporto di partnership tra coloro che dispensano i servizi sanitari, i pazienti e le famiglie. I familiari sono dei partner del personale sanitario nel formulare le decisioni riguardanti la cura e l'assistenza del bambino nonché nella loro attuazione.

Ai familiari, inoltre, viene riconosciuto un ruolo vitale nel garantire condizioni di benessere al paziente grazie al loro supporto emotivo, sociale ed evolutivo, considerati componenti fondamentali del processo di cura.

L'implementazione dell'FCC influenza il design degli spazi ospedalieri che devono essere in grado di supportare, dal punto di vista fisico e psico-emotivo, la presenza dei familiari e le attività connesse con il loro ruolo di caregivers. Si deve quindi prevedere la realizzazione di spazi ad essi dedicati, nonché una revisione degli spazi tradizionalmente concepiti assumendo quali esclusivi referenti il paziente e il personale sanitario.

Capitolo 3

Umanizzazione delle cure



Solitamente con il termine umanizzazione si intende indicare l'insieme di interventi volti a rendere le strutture ospedaliere più attente alle esigenze psicologiche ed emotive degli utenti. L'umanizzazione è infatti frutto di una serie di rivoluzioni nel campo della medicina che hanno portato sempre più la persona, e quindi l'utente, al centro di tutte le riflessioni in tema di sanità, dall'architettura alla sociologia, dalla medicina alla psicologia. In particolare il passaggio da un approccio biomedicale, con la malattia e l'organo malato come unici punti di interesse per il medico, ad uno bio-psico-sociale, ha portato alla considerazione, in tutte queste discipline coinvolte nel processo di guarigione, dell'individuo nella sua interezza [R. Del Nord, G. Peretti, 2012]. È quindi necessario considerare la persona che viene curata sotto ogni aspetto, fisico, mentale e sociale, per poter rispondere al meglio alle sue esigenze, prestando attenzione all'ambiente fisico e relazionale nel quale si trova, per cui il processo di umanizzazione non potrà che essere interdisciplinare. La dimensione scientifica dovrà essere sempre affiancata dalle dimensioni che caratterizzano un ambiente che ormai non è più esclusivamente di cura ma anche di vita. La routine quotidiana degli utenti va indagata e compresa perché le scelte progettuali rispondano alle esigenze di tutti i gruppi di utenza che frequenteranno l'ambiente in questione.

Negli ultimi decenni l'umanizzazione viene considerata parte integrante della qualità del servizio terapeutico in una struttura ospedaliera. Anche il progettista degli spazi deve quindi trovare il giusto equilibrio tra le componenti lavorative, impiantistiche, gestionali, di sicurezza e quelle abitative, per avere spazi efficienti e funzionali per le cure e ospitali e confortevoli per i degenti. In concetto di umanizzazione, inteso in senso generale, rimane però, ancora oggi, di difficile comprensione. Numerosi studiosi si sono espressi a proposito del suo significato e delle sue implicazioni, in particolare si può citare la teoria proposta da Todres, importante psicologo clinico, che ha individuato otto dimensioni dell'umanizzazione [A.R. Favretto, F. Zaltron, 2016]. Tali dimensioni si riferiscono all'ambiente del paziente inteso quale realtà, fisica, psicologica e relazionale che lo circonda. Ognuna delle dimensioni ha un estremo che rappresenta il massimo grado di umanizzazione raggiungibile e uno, opposto, che indica la deumanizzazione.

Forms of humanization	Forms of dehumanization
Insiderness	Objectification
Agency	Passivity
Uniqueness	Homogenization
Togetherness	Isolation
Sense-making	Loss of meaning
Personal journey	Loss of personal journey
Sense of place	Dislocation
Embodiment	Reductionist body

Figura 16 - Otto dimensioni dell'umanizzazione, Todres

Nel testo “«Qui sono come a casa mia» (L'umanizzazione delle cure e l'esperienza della malattia nei contesti sanitari)” sono riportate le definizioni concise ma esaustive delle 8 dimensioni:

1) Insiderness/ objectification	Ogni essere umano sviluppa un particolare senso di sé, conoscibile pienamente solo a se stesso, costruito su specifici e personali sentimenti, significati, forme di azione
2) Agency/ passivity	L'agency è la capacità dell'essere umano di agire ed esprimere le proprie scelte e di essere responsabile per le proprie azioni, mentre la passivity riferisce all'aspetto di dipendenza dagli altri che inducono la perdita controllo sulla propria salute e sulle scelte terapeutiche e assistenziali.
3) Uniqueness/ homogenization	Il percepirsi come esseri umani unici implica la manifestazione è il riconoscimento pubblico della propria unicità e l'esistenza di possibili sofferenze e difficoltà di adattamento quando viene richiesto di comportarsi in modo omogeneo
4) Togetherness/ Isolation	Bisogno umano di appartenenza a una comunità, a un gruppo. In opposizione Agli aspetti deumanizzanti dell'essere non appartenenti e Del sentirsi isolati dal gruppo, Privi o privati delle relazioni significative
5) Sense making/ loss of meaning	Bisogno dell'essere umano di poter attribuire un senso alla propria esperienza e di comprendere quali elementi della propria condizione siano adatti a quella specifica attribuzione di senso
6) Journey/ loss of personal journey	Dimensioni temporali in cui si colloca l'esperienza umana. Ogni individuo ha un passato, un presente e un futuro che devono essere considerati nella loro interezza
7) Sense of Place/ dislocation	Necessità per l'essere umano di sentirsi sicuro, protetto, e di sentirsi in grado di riconoscere come familiari in termini fisici e culturali gli ambienti in cui vive e riceve le cure
8) Embodiment/ reductionist views of the body	Visione del benessere di una persona come influenzato da molti fattori, quali quelli socio-culturali, rifiutando l'idea deumanizzante dell'essere umano come entità soprattutto biologica, che risponde a interventi per il ripristino e il mantenimento della Salute esclusivamente di tipo meccanico e biochimico

Figura 17 - Otto dimensioni dell'umanizzazione, Todres

Naturalmente la coincidenza dei valori massimi in ogni campo significherà, almeno in teoria, la massima umanizzazione. In realtà la tipologia di ambiente al quale vengono applicati questi principi è così complessa che sarebbe riduttivo affermare che applicando questi principi, per esempio, all'architettura ospedaliera si creino gli spazi ideali per ogni tipo di utente. La vera difficoltà, infatti, sta nel fatto che ogni dimensione abbia un significato diverso a seconda del ruolo che la persona riveste in ospedale e a seconda di altri fattori individuali come l'età, il genere, la cultura di provenienza.

Il tema è quindi più complesso e richiede analisi specifiche.

3.1 L'ambiente come risorsa

Recentemente il fatto che l'ambiente abbia un'influenza rilevante sull'uomo e sulla sua salute è diventato un concetto accettato e condiviso dalla maggior parte dei professionisti e degli studiosi, impegnati in vari rami del settore. Non sempre, però, a questa consapevolezza corrispondono degli interventi concreti per migliorare gli spazi ospedalieri. Il potenziale ambientale dovrebbe essere espresso attraverso una progettazione che miri a soddisfare sia le necessità fisiche che psico-sociali di tutti gli utenti.

Un approccio di questo tipo nel campo del progetto architettonico è ormai da tempo conosciuto come Evidence-Based Design (EBD). La progettazione deve quindi mirare alla minimizzazione dei fattori di stress (stressori) e alla massimizzazione di caratteristiche ambientali che favoriscano il recupero e la rigenerazione delle forze ("coping e restorativeness"). (Romano Del Nord, 2006)

Il design ospedaliero, secondo l'EBD, deve essere un processo partecipato e interdisciplinare con la collaborazione di clienti, stakeholders e altri professionisti a supporto del team di progettisti che abbia come obiettivo principale il miglioramento della qualità ambientale delle strutture sanitarie. In primo luogo si dovrà procedere alle analisi dello stato di fatto, nel caso in cui, come succede nella maggior parte dei casi, la progettazione sia un rinnovo di un edificio o reparto già esistente. Si possono così raccogliere delle informazioni sia dall'osservazione degli spazi e degli utenti, sia dal coinvolgimento di questi ultimi in prima persona. Spesso vengono portate avanti delle metodologie di indagine che possono prevedere attività di workshop nei quali si scoprono, attraverso attività individuali e di gruppo, le problematiche da affrontare (visioning sessions) o un lavoro di "osservazione" svolto dai ricercatori per rilevare direttamente il comportamento degli utenti (deep dive).

Solo una volta terminato il lavoro di analisi inizierà quello tradizionalmente conosciuto come progettazione. La prima fase di indagini è in realtà fondamentale per creare dei rapporti con chi effettivamente usufruirà della struttura e quindi per non incorrere in errori dettati dalla superficialità e da una carenza di informazioni sul reale funzionamento del sistema sul quale si interviene.

Una volta sviluppate delle idee di progetto sarebbe poi interessante proseguire con il coinvolgimento degli utenti tramite dei metodi di valutazione delle stesse per esempio con dei mock-up o con una porzione del progetto inserita in uno spazio già esistente. L'obiettivo è quello di testare se le scelte fatte siano adeguate alla realtà nella quale verrà inserito il lavoro e, nel caso in cui vi siano delle incongruenze o disfunzioni, si possa modificare il progetto.

È da più di cinquant'anni infatti che si è compresa l'importanza del paziente, inteso non solo come malato ma come persona dotata di un'identità che va al di là della malattia, nelle cure e nella progettazione delle strutture preposte ad esse. La Patient Centered Care esprime proprio questo concetto, come illustrato nel capitolo precedente, e questo approccio è stato portato avanti, in particolare tramite l'associazione Planetree. Numerose strutture hanno adottato il Planetree Model che promuove l'interazione umana, il supporto sociale (famiglia, amici e professionisti), l'informazione e la formazione di pazienti e familiari, il design architettonico e degli interni che favorisca il benessere del paziente, l'arte, l'intrattenimento e altri punti con lo scopo comune di creare ambienti a misura di paziente. (Romano Del Nord, Gabriella Peretti, 2012)

Negli ultimi decenni si è però realizzata l'importanza paritaria, soprattutto in contesti come gli ospedali pediatrici, della famiglia. In questo momento quindi, nella maggior parte dei casi, viene utilizzato un approccio "patient and family centered care". In una struttura come quella ospedaliera, nella quale convivono gruppi di persone con caratteristiche e obiettivi differenti, è fondamentale tenere conto di tutti i punti di vista. Le esigenze non varieranno solo a seconda del ruolo all'interno dell'ospedale, paziente, visitatore, medico, ma anche tra utenti dello stesso gruppo si dovrà tenere presente che vi saranno differenze rilevanti a seconda della cultura, del genere, della patologia, nel caso dei pazienti e dei familiari. Andranno quindi ascoltate le voci di tutte le persone coinvolte nel processo di cura.

I familiari, in particolare, hanno un'influenza notevole sulla salute e sul benessere dei pazienti e spesso rivestiranno il ruolo di alleati dei professionisti sanitari. La partecipazione delle famiglie viene ormai incoraggiata, soprattutto nei reparti pediatrici,

per rendere anche più efficiente il sistema sanitario stesso e il progettista ha un ruolo fondamentale in questo. Nel momento in cui si progetta una struttura ospedaliera è infatti importante pensare degli spazi specifici per il coinvolgimento e, nel caso in cui sia permesso dalle regole dell'ospedale, il pernottamento dei familiari per favorire il benessere del paziente.

L'architettura può infatti essere un supporto utile per i processi individuali che influenzano il rapporto dell'individuo con l'ambiente che lo circonda, come la percezione e la conoscenza degli spazi, le emozioni generate da questi ultimi, che potranno essere negative o positive. D'altra parte l'ambiente è un elemento rilevante anche nel promuovere o ostacolare i rapporti sociali, può infatti influire sull'interazione tra le persone e sulle loro capacità comunicative, sia con altri pazienti o familiari che con il personale sanitario.

I fattori ambientali possono quindi avere un'influenza notevole sulla salute dell'uomo che non va intesa solo come assenza di malattia ma come stato di benessere fisico, psichico e sociale. (Stefano Capolongo, 2010)

La maggior parte delle strategie delle quali si è discusso finora mirano al cambiamento della visione dell'ospedale nell'immaginario comune. L'ambiente ospedaliero viene infatti considerato come freddo, impersonale e quindi con una connotazione fortemente negativa. Si dovrà quindi lavorare sulla creazione di spazi ospedalieri accoglienti che richiamino l'ambiente domestico e familiare. Le strutture sanitarie dovrebbero quindi essere gradevoli e rasserenanti per tutti i gruppi di utenti che le frequentano, compreso il personale ospedaliero che vi trascorre gran parte della giornata.

Secondo le ricerche di Ulrich e Zimring nella progettazione ospedaliera si devono affrontare principalmente quattro temi, la riduzione dello stress di pazienti e famiglie con il miglioramento della loro qualità della vita, quello dello staff che porterebbe ad un'efficienza maggiore nelle cure, il miglioramento della salvaguardia del paziente e, più in generale, il miglioramento qualitativo della sanità. [R. Del Nord, anno]

3.2 Lo stress ambientale

Lo studio dello stress ambientale si basa sulla comprensione dei "costi" che un soggetto deve sostenere per confrontarsi con le condizioni sfavorevoli dell'ambiente, in termini di "fatica cognitiva". La persona che viene ostacolata nei processi di adattamento in un ambiente può andare incontro allo stress dovuto a delle proprietà ambientali disturbanti, gli "stressori". (Mirilia Bonnes,

Gianfranco Secchiaroli, 1992)

In generale, non solo parlando di ambiente, quando avviene di essere sottoposti a delle richieste fisiche, psicologiche o sociali che vanno oltre le proprie capacità sopraggiunge lo stress e il lavoro adattivo diventa troppo impegnativo.

Nonostante gli stressori possano essere di natura fisica, psicologica, sociale, solitamente si studiano principalmente i primi, trascurando, erroneamente, l'importanza delle dimensioni psichiche e sociali. Per quanto riguarda fattori fisici sono stati studiati infatti i limiti di tolleranza delle persone in materia di luminosità, rumore, temperatura, ergonomia.

Evans e McCoy nel 1998, individuarono in quattro caratteristiche, legate all'edificio, delle opportunità per la gestione dello stress, in quanto queste possono influire notevolmente sulla salute dell'uomo:

1. La stimolazione, la quantità di informazioni che si ricevono da un ambiente, può influenzare notevolmente la salute dell'uomo in quanto il sovraccarico di stimoli può indurre uno stato di forte stress. L'intensità, la varietà, la complessità, la novità degli stimoli influiscono sui livelli di stimolazione e sono quindi da tenere sotto controllo in modo che l'utente riceva la giusta quantità di informazioni che non gli crei una situazione di disagio.
2. La coerenza, la chiarezza e comprensibilità degli elementi di un ambiente, è poi fondamentale in quanto ambienti poco leggibili, ambigui e disorganizzati possono portare a dei problemi importanti come quelli del disorientamento, causa di stress molto rilevante.
3. Le affordances, le funzioni degli oggetti, gli aspetti utilitaristici dell'ambiente, permettono di non provare sensazioni di fastidio e frustrazione dovute alla difficoltà nel comprendere come si usino certi elementi presenti nello spazio esperito.
4. Il controllo consiste nella capacità e possibilità di manipolare l'ambiente fisico in modo che risponda alle proprie specifiche esigenze e non provochino uno stress dovuto al fatto di non avere potere sulla propria esperienza di quello spazio.

(Romano Del Nord, 2006)

Nel caso in cui lo stress sia generato dal proprio ambiente lavorativo viene definito "stress occupazionale" ed è molto pericoloso in quanto non riguarda solo il soggetto interessato ma anche l'istituzione presso la quale svolge il proprio impiego. Nello specifico, lo stress occupazionale, può infatti portare ad un abbassamento della qualità del lavoro, al calo della produttività. Gli stressori responsabili possono essere di tipo fisico, come nel caso di impieghi potenzialmente pericolosi, di tipo psicologico

o sociale, che solitamente dipendono dall'organizzazione del lavoro.

3.2.1 Lo stress ambientale nei contesti ospedalieri

Nell'ambito ospedaliero il tema dello stress è molto importante in quanto, nel caso in cui riguardi i pazienti, può incidere negativamente sugli esiti delle terapie, e se coinvolge il personale può ridurre l'efficienza sul lavoro, sino a indurre errori pericolosi.

Il paziente con i propri familiari possono essere "stressati" per esempio dal fatto di non avere il controllo su fattori ambientali come il rumore, la luce, la privacy. La perdita di controllo è insita nel concetto stesso di ricovero ma si possono trovare degli espedienti che rendano l'interazione con l'ambiente il più personalizzabile possibile in modo che ognuno possa decidere della propria vita quotidiana, di tutto ciò che non è terapia. Per esempio la possibilità di scegliere l'intensità della luce o di cucinare per il proprio parente ricoverato un pasto diverso da quello dell'ospedale, soprattutto nel caso delle lungodegenze, sono solo alcuni dei piccoli espedienti che possono limitare l'effetto dei più frequenti stressori.

In particolare, nel caso di strutture pediatriche, non si può trascurare il fatto che i pazienti siano in evoluzione e che il loro sviluppo sia importante quanto i processi di cura. Il bambino è molto vulnerabile sia per la situazione di salute nella quale si trova sia perché l'ambiente influirà notevolmente sul suo sviluppo. Caty et al. nel 1989 hanno individuato i momenti più stressanti per un bambino che venga ricoverato in una struttura sanitaria (Romano Del Nord, 2006). In primo luogo l'ammissione in ospedale segna il momento in cui il bambino passa dal suo ambiente quotidiano e familiare ad uno totalmente sconosciuto. Il momento poi degli esami e delle cure provoca notevoli ansie nel bambino che, in questa fase, è possibile sia ancora confuso dal concetto di malattia che viene spesso visto, nell'infanzia, come una punizione dovuta ad un comportamento scorretto. L'ansia e il dolore provocato da alcune terapie vengono quindi spesso vissute con un forte senso di colpa. Infine il periodo post operatorio, caratterizzato solitamente da dolore e limitazioni fisiche, porta con sé un senso di frustrazione e impotenza nel bambino o nel ragazzo ricoverato.

L'ambiente può naturalmente agire per ridurre quanto più possibile le situazioni stressogene ma bisogna prestare attenzione al fatto che il bambino non percepisce l'ambiente come un adulto e ha preferenze specifiche che variano molto, soprattutto a seconda dell'età. L'ambiente deve quindi essere adeguato alle strutture cognitive del bambino e soddisfarne le peculiarità e le

necessità. Il potenziale dell'ambiente in contesti di questo tipo è molto alto sia in senso negativo che in senso positivo.

Si dovrebbe poi fare un discorso a sé stante per quanto riguarda gli adolescenti che, essendo già in una fascia d'età molto complessa, possono vivere in modo ancora più negativo il ricovero che li vede tornare all'infanzia in termini di dipendenza dagli adulti, familiari o personale sanitario. In generale, gli adolescenti, hanno bisogno sia dei propri spazi da vivere in solitudine sia di spazi per la socializzazione, soprattutto nel caso di degenze prolungate.

Spesso nei contesti pediatrici si è trascurata la figura fondamentale del genitore. Negli ultimi decenni, fortunatamente, si sono comprendendo le potenzialità di un'alleanza tra famiglia e personale sanitario ma solitamente non si riesce a prestare sufficiente attenzione a quali fattori ambientali possano indurre lo stress dei genitori che seguano il proprio figlio durante un percorso di cura anche a causa di strutture edilizie obsolete. Le principali cause di stress per questa categoria di utenti sono legate alla malattia del proprio figlio, alla propria attività di caregivers e alla permanenza, spesso prolungata, all'interno dell'ospedale [R. Del Nord, anno]. Spesso le necessità dei genitori vengono messe da parte o considerate secondarie per favorire quelle dei pazienti e dello staff, senza rendersi conto che sono tre tipologie di utenti con pari importanza e che dovrebbero essere trattati con uguale rispetto e attenzione. Nella maggior parte dei casi la madre si occupa dell'assistenza costante e, la rinuncia alle proprie attività quotidiane come il lavoro, i contatti sociali, le attività di piacere, le limitazioni nel movimento, dovendo stare sempre accanto al figlio che spesso è costretto a letto, possono aumentare notevolmente i suoi livelli di stress. Inoltre per un genitore è difficile convivere con l'impossibilità di intervenire sugli elementi di arredo della stanza di degenza per favorire il benessere del proprio figlio e si sentono impotenti. È invece importante che il genitore possa riconoscere il proprio ruolo di assistente attivo alla cura del figlio, alla pari dei medici ma ovviamente in ambiti diversi.

Lo stress occupazionale del personale in ambito ospedaliero è un fenomeno molto diffuso e vi sia associa solitamente il fenomeno del burnout che consiste in una forma di esaurimento psico-fisico dovuto ad un periodo prolungato di lavoro molto impegnativo sotto tutti i punti di vista. Il burnout può portare disagi come disturbi del sonno e depressione. Dal punto di vista fisico i problemi maggiori consistono nella lunghezza dei percorsi giornalieri con il passaggio da una camera di degenza ad un'altra o ad un altro reparto, nel dimensionamento delle stanze che spesso non permettono un movimento agevole per terapie e controlli. Per quanto riguarda il carico lavorativo mentale solitamente lo stress può essere provocato dalle modalità di gestio-

ne delle informazioni che non sempre possono essere trascritte per esempio all'interno della camera di degenza e quindi vanno memorizzate o appuntate per poi essere registrate digitalmente, dall'intensa interazione con macchinari complessi o condizioni dell'ambiente che rendono cognitivamente difficile lo svolgimento di un compito lavorativo (Maria Rosa Baroni, Rita Berto, 2013). Sono solo alcune delle numerose possibili cause di stress che, una categoria già sottoposta a forti pressioni emotive, deve fronteggiare ogni giorno. L'organizzazione spaziale del reparto e delle tecnologie al suo interno incidono notevolmente sul lavoro del personale e sul loro benessere fisico, psichico e sociale.

3.3 Le esigenze e il benessere

Nel settore sanitario bisogna sempre tenere presente che gli utenti appartengono a tre categorie principali, pazienti, famiglie e personale ospedaliero, che costituiscono il contesto sociale di quell'ambiente. Come detto precedentemente, queste tipologie di utenti sono caratterizzate da una forte eterogeneità quindi sarà impossibile trovare soluzioni "buone per tutti", il team di progetto dovrà piuttosto ideare delle alternative che permettano alle singole persone di soddisfare le proprie necessità fisiche e psico-sociali.

Le esigenze sono l'insieme delle necessità materiali e immateriali del soggetto. A seconda dell'utente naturalmente le esigenze potranno variare ma, facendo un discorso generale, si può dire che per i pazienti e i familiari si dovrà prestare attenzione agli aspetti "personali", individuali (età, carattere), culturali (lingua, abitudini) e sociali (classe, livello culturale), e quelli legati alla condizione dell'utente all'interno dell'ospedale (condizioni fisiche, patologia). Anche nel caso del personale le esigenze saranno legate alle caratteristiche della singola persona e, soprattutto, al lavoro svolto.

Con la ricerca sull'umanizzazione portata avanti dai Professori Romano Del Nord e Gabriella Peretti (2012), si è arrivati alla definizione di classi esigenziali comuni ai vari utenti che costituiscono la base di partenza per la definizione di strategie di umanizzazione degli spazi. Tali classi, identificate in *benessere psico-emotivo*, *benessere ambientale*, *fruibilità*, *sicurezza*, *benessere lavorativo* e *benessere occupazionale*.

Nel testo "L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida" (Romano Del Nord, Gabriella Peretti, 2012) vengono definite le singole esigenze di umanizzazione per ogni classe, in particolare, per pazienti, genitori e personale, come segue:

BENESSERE PSICO-EMOTIVO

<i>Privacy</i>	Esigenza di tranquillità, di non essere guardati nel momento in cui si voglia l'intimità
<i>Condivisione</i>	Esigenza di interagire con altri utenti per confrontare le rispettive esperienze
<i>Continuità con l'ambiente domestico</i>	Esigenza legata alle condizioni di comfort di tipo domestico-alberghiero
<i>Accudimento</i>	Esigenza di assistenza e di supporto, fisico, emotivo e sociale
<i>Assistenza da parte di un familiare</i>	Esigenza comune soprattutto ai pazienti che necessitano di sostegno fisico e/o di supporto sociale nel periodo di ospedalizzazione
<i>Concentrazione</i>	Esigenza di raccoglimento e riflessione
<i>Disimpegno mentale</i>	Esigenza di alleviare situazioni stressanti
<i>Supporto psicologico</i>	Esigenza di aiuto psicologico da parte di personale specializzato
<i>Controllo dell'intorno</i>	Esigenza di controllo spaziale e temporale, delle condizioni ambientali, di oggetti, arredi e dispositivi
<i>Controllo degli stati d'ansia</i>	Causati da caratteristiche degli spazi
<i>Allontanamento del contatto con la morte</i>	La morte di altri pazienti potrebbe accrescere lo stato depressivo
<i>Informazioni e coinvolgimento</i>	In relazione al percorso terapeutico per ridurre l'angoscia derivante dall'affrontare un percorso ignoto
<i>Mantenimento dell'identità culturale</i>	Per contrastare la perdita di controllo relativa all'organizzazione della propria vita
<i>Supporto religioso</i>	Esigenza dei pazienti e familiari che si esprime come bisogno di professione del proprio credo
<i>Controllo del trascorrere del tempo</i>	Esigenza di mantenere la percezione della dimensione temporale, riducendo lo stress e fugando sentimenti di incertezza e isolamento

BENESSERE AMBIENTALE

<i>Benessere acustico</i>	Insieme delle condizioni interne di un ambiente in cui l'utente non percepisce rumori, fenomeni di riverberazione, di vibrazione e di eco oltre una certa soglia di disturbo
<i>Benessere termoigrometrico</i>	Insieme delle condizioni interne di un ambiente, in cui l'utente percepisce condizioni adeguate di temperatura e umidità relativa e ne può controllare gli effetti
<i>Benessere visivo</i>	Insieme delle condizioni di visibilità, di assenza di fenomeni che possono provocare disagio, come l'abbagliamento e la riflessione, e di visibilità attraverso superfici trasparenti
<i>Benessere olfattivo</i>	Insieme delle condizioni interne ad un ambiente, in cui l'utente non percepisce odori sgradevoli
<i>Benessere tattile</i>	Insieme delle caratteristiche relative a superfici e a materiali, alla loro consistenza e alla loro temperatura

FRUIBILITÀ

<i>Facilità di orientamento e wayfinding</i>	La facilità di orientamento è intesa come la capacità di determinare la propria posizione nello spazio, il <u>wayfinding</u> è la capacità di spostarsi nell'ambiente per arrivare alla meta prefissata attraverso informazioni architettonico-ambientali
<i>Accessibilità e praticabilità</i>	La richiesta, da parte di pazienti e familiari appartenenti a differenti fasce di età, anche in condizioni fisiche o cognitive ridotte o compromesse dalla malattia o da disabilità, di fruire lo spazio
<i>Uso agevole di oggetti</i>	La richiesta da parte di pazienti e familiari di poter disporre di oggetti, arredi e dispositivi che consentano flessibilità nell'uso, uso semplice ed intuitivo, ridotto impegno fisico, equità nell'utilizzo

SICUREZZA

<i>Controllo del "rischio clinico"</i>	Esigenza correlata all'articolato concetto di errore, che può essere causa diretta o indiretta di un evento avverso, a danno del paziente
<i>Incolunità fisica della persona</i>	Esigenza principalmente legata a fonti di rischio individuabili: nella somministrazione di terapie, nelle valutazioni cliniche, negli operatori sanitari, etc.
<i>Protezione da incidenti</i>	Esigenza di essere tutelati nei confronti di eventi traumatici accidentali che possano verificarsi nel corso delle attività di fruizione delle strutture sanitarie
<i>Protezione dalla diffusione delle infezioni</i>	Trasmissibili per contatto e per via aerea, che comprende la richiesta, da parte di pazienti e familiari, di essere informati sulle precauzioni da adottare per limitare la diffusione delle infezioni e di essere tutelati nei confronti di esposizioni a possibili fonti patogene
<i>Protezione dalle intrusioni</i>	Esigenza di avere la possibilità di custodia degli effetti personali e la protezione rispetto a possibili intrusioni da parte di estranei
<i>Sicurezza nella custodia degli effetti personali</i>	Dei pazienti e dei familiari

Per quanto riguarda il personale sanitario:

BENESSERE LAVORATIVO

<i>Benessere fisico</i>	Esigenza di benessere che fa riferimento alle condizioni lavorative che possono generare nel personale affaticamento o <u>discomfort</u> fisico
<i>Benessere mentale</i>	Esigenza di benessere che fa riferimento alle condizioni lavorative che possono essere causa di fatica mentale

BENESSERE PSICO-EMOTIVO

Privacy	Esigenza di evitare che pazienti e familiari ascoltino in maniera involontaria i racconti di malattia di altri pazienti
Supporto nelle comunicazioni e nei colloqui	Per evitare condizioni di disagio dovute all'inadeguatezza del luogo dove tali comunicazioni si svolgono di cui il personale tende a farsi carico
Disimpegno mentale	Esigenza di alleviare situazioni stressanti, favorire la distrazione attraverso la percezione di elementi rigenerativi

BENESSERE AMBIENTALE

<i>Benessere acustico</i>	Esigenza di non essere disturbati nello svolgimento delle proprie mansioni da rumori, fenomeni di riverberazione, di vibrazione e di eco
<i>Benessere termo-igrometrico</i>	Esigenza di controllare le condizioni microclimatiche al proprio posto di lavoro
<i>Benessere visivo</i>	Esigenza di disporre di luce naturale negli ambienti di lavoro ma anche di condizioni di illuminazione artificiale adeguate agli specifici compiti da svolgere e controllabili in modo autonomo
<i>Benessere olfattivo</i>	Esigenza di evitare il disagio dovuto alla presenza di odori sgradevoli tipici delle strutture sanitarie

BENESSERE OCCUPAZIONALE

<i>Supporto sociale</i>	Il supporto sociale è una risorsa centrale per contrastare l'insorgenza di fenomeni di stress occupazionale
<i>Supporto gender-related</i>	Il numero crescente di personale femminile nella forza lavoro in sanità apre l'orizzonte a necessità legate alle specificità di genere
<i>Integrazione e mantenimento dell'identità culturale</i>	Il crescente numero di membri dello staff sanitario provenienti da altri paesi del mondo, portatori, pertanto, di specificità culturali implica la necessità di favorire la loro integrazione nella cultura del paese in cui si svolge l'attività lavorativa

SICUREZZA

<i>Essere tutelati nella propria sicurezza fisica</i>	La tutela dell'incolumità fisica dipende principalmente dalle mansioni svolte dal personale ed è legata alle fonti di rischio che sono rappresentate dal contatto con il paziente stesso
<i>Essere agevolati nella tutela della sicurezza fisica del paziente</i>	Per la natura propria del lavoro svolto dal personale sanitario, l'esigenza di sicurezza, oltre a riferirsi al personale medesimo, deve ritenersi declinata anche in relazione alle necessità di sicurezza del paziente

3.3.1 Architettura, spazi ed esigenze

L'architettura ha le potenzialità per soddisfare le esigenze, almeno in parte, tenendo sempre presente che il fattore umano incide notevolmente, attraverso soluzioni che facilitino il raggiungimento del benessere. L'umanizzazione ospedaliera d'altronde è nata proprio con questo obiettivo.

Per quanto riguarda altri espedienti che si possono applicare ad un ambiente ospedaliero si può esporre per esempio l'utilizzo dell'arte. Gli elementi artistici migliorano la qualità dell'ambiente ospedaliero, dando identità agli spazi e rendendoli più familiari e accoglienti, creando occasioni di distrazione e, nel caso in cui vengano realizzati dei lavori all'interno dell'ospedale stesso, dando occasione ai pazienti di socializzare gli uni con gli altri, specialmente nei reparti pediatrici [R. Del Nord, anno]. È proprio in questi ultimi contesti, quando sono coinvolti i bambini, che l'arte non dovrebbe avere solo una dimensione contemplativa ma anche e soprattutto interattiva, in modo da stimolare lo sviluppo cognitivo, la creatività e la socializzazione. Le tecniche di distrazione come queste si utilizzano spesso per ridurre gli stati di ansia e dolore ma si deve prestare attenzione all'età del paziente. Oltre all'arte infatti è interessante introdurre distrazioni come la musica, la proiezione di video, i video games, strategie che portano il paziente ad essere stimolato, coinvolto e attivo.

Dal punto di vista del personale, invece, soprattutto per quanto riguarda le condizioni del carico lavorativo fisico si possono utilizzare gli studi dell'ergonomia per la progettazione di arredi e attrezzature basate sulla fisicità dell'uomo e adeguate a svolgere i compiti in uno specifico spazio con il minor sforzo possibile.

Le ricerche ergonomiche sono molto importanti anche per i reparti pediatrici quando si parli degli spazi dedicati ai bambini. Si deve sempre tenere a mente che i bambini hanno un modo di vivere gli ambienti che è diverso da quello degli adulti, il piccolo deve avere la libertà di esplorare il gli spazi che vive in sicurezza e autonomamente perché possa sviluppare le capacità percettive e cognitive.

Come affermato più volte, la dimensione sociale è fondamentale in un contesto ospedaliero e, nello specifico, un bambino avrà bisogno di comunicare e relazionarsi sia con i propri genitori che con altri bambini del proprio reparto, che vivono le sue stesse paure e sensazioni. Le lezioni scolastiche, per esempio, sono un ottimo modo per far interagire i bambini tra loro, anche quelli più piccoli.

Lo stesso discorso si può fare per quanto riguarda i genitori che avranno bisogno di un supporto sociale e questo spesso viene proprio dai familiari degli altri pazienti con un reciproco scambio

di informazioni ed emozioni.

Il supporto sociale per quanto riguarda il personale sanitario consiste nelle relazioni che si creano tra i membri stessi dello staff, che sviluppano, lavorando tante ore consecutiva a contatto gli uni con gli altri, un forte spirito di gruppo.

Nei contesti pediatrici non si può poi trascurare il ruolo del gioco, del divertimento, ponti con la vita quotidiana precedente al ricovero e necessità primaria dell'infanzia. La struttura ospedaliera dovrà organizzare degli spazi specifici per il gioco possibilmente in tutte le scale, dalla più piccola come zona nella camera di degenza, alla più grande come punto di incontro dei bambini dei vari reparti, se autorizzati a spostarsi.

Il momento del gioco è anche un momento di stacco per i familiari che possono riposarsi o svolgere delle attività più personali. Queste e altre strategie possono essere applicate dai progettisti ai contesti ospedalieri per rendere l'umanizzazione sempre più un concetto a tutto tondo che coinvolge davvero tutti gli utenti e tutte le sfere della loro vita.

PERSONALIZZAZIONE, FAMILIARIZZAZIONE, NORMALIZZAZIONE

Come premesso, l'umanizzazione ospedaliera non è prerogativa esclusiva dei progettisti e coinvolge il percorso individuale, relazionale e sociale del paziente. Nel testo "«Qui sono come a casa mia» (L'umanizzazione delle cure e l'esperienza della malattia nei contesti sanitari)" (Anna Rosa Favretto, Francesca Zaltron, 2016) vengono esplicitati i tre processi che strutturano quella che viene definita la "carriera" del paziente (e si può dire anche della famiglia nel caso dell'ospedale pediatrico), la personalizzazione, la familiarizzazione e la normalizzazione. Il termine "carriera" non è casuale, Goffman indica con questo l'insieme dei cambiamenti che avvengono nell'individuo e nella stessa immagine che ha di sé, a causa di eventi importanti, che hanno un forte impatto sulla sua vita, come nel caso della malattia. I momenti come quello appena descritto corrispondono, nella vita del soggetto, ad una "rottura biografica", un distacco dalla vita precedente (prima della malattia), una svolta che cambia radicalmente la quotidianità e le consuetudini. Vi sarà quindi l'acquisizione dello "status di malato" che poi, attraverso il rapporto con i servizi sanitari, si trasformerà in "status di paziente".

Le fasi più importanti nella carriera del paziente vengono individuate dalle sociologhe Francesca Zaltron e Anna Rosa Favretto come le sopra citate personalizzazione, familiarizzazione e normalizzazione e sono processi che si susseguono e a tratti si sovrappongono e incrociano durante la costruzione della carriera del paziente.

Il primo dei tre processi è la personalizzazione, intesa come l'insieme delle strategie che mettono in atto i pazienti con lo scopo di contenere lo spaesamento dovuto alla condizione di vulnerabilità del malato e alla frammentarietà e al disorientamento tipico dei percorsi di cura che iniziano con la diagnosi, proseguono con il trattamento e terminano con la gestione. È quindi un processo che prevede un lavoro sociale compiuto dal soggetto malato nel momento in cui diventa paziente, con la relativa revisione della propria identità, acquisisce quindi un ruolo attivo nel percorso terapeutico.

La familiarizzazione è invece una tappa che prevede un grande lavoro adattivo dei pazienti e dei familiari volto a rendere riconoscibile e familiare la malattia, le attività di cura, la nuova quotidianità. L'obiettivo è quindi quello di elaborare il senso di appartenenza al luogo di degenza, considerare il tempo trascorso come una delle tappe del percorso verso la guarigione, sviluppare relazioni, mantenere una continuità con la vita precedente alla malattia.

La normalizzazione infine si intende come un processo cognitivo ed emotivo nel quale si applicano <<strategie di "coping" volte a routinizzare, a trasformare oppure a evitare i piani terapeutici che cadenzano la cura della malattia, secondo un andamento che possa contestualmente accordarsi ai contemporanei processi di ridefinizione biografica in cui il soggetto è coinvolto.>> (Anna Rosa Favretto, Francesca Zaltron, 2016)

La domanda che si pone alla nostra ricerca di architetti sarà quindi come gli spazi e le loro caratteristiche prestazionali possano supportare i soggetti coinvolti, pazienti e famiglie, nella loro "carriera".

Capitolo 4

Caso studio: Istituto
Giannina Gaslini



4.1 La scelta del caso studio

L'obiettivo e lo svolgimento della ricerca hanno portato all'individuazione di un caso studio, l'Istituto Giannina Gaslini, e in particolare il suo reparto di oncologia pediatrica, del quale si è deciso di analizzare lo stato attuale e comprendere se vi fosse la possibilità di sviluppare idee di progetto per l'umanizzazione. L'Istituto Giannina Gaslini non è estraneo al tema, essendo una realtà di eccellenza a livello nazionale e internazionale, ed è stato attivato da anni un progetto di accoglienza e umanizzazione per garantire un ospedale a misura di bambino e famiglia.

L'intento di questo studio è quindi quello di comprendere, attraverso delle indagini, se i principi dell'umanizzazione siano soddisfatti e se si possano fare dei passi avanti in un reparto delicato come quello dell'oncologia pediatrica.

In particolare si è deciso di affrontare il lavoro da un punto di vista sociologico e psicologico, spesso meno approfondito a favore di fattori fisici come la luce, la temperatura, il rumore, comunque molto importanti ovviamente. È fondamentale però comprendere che la dimensione relazionale è una parte imprescindibile di qualsiasi situazione che preveda il rapportarsi con le persone, in particolare in condizioni di instabilità fisica ed emotiva.

L'Istituto Ospedaliero Giannina Gaslini è un importante punto di riferimento per la cura pediatrica, nato nel 1938, grazie all'iniziativa del senatore Gerolamo Gaslini .

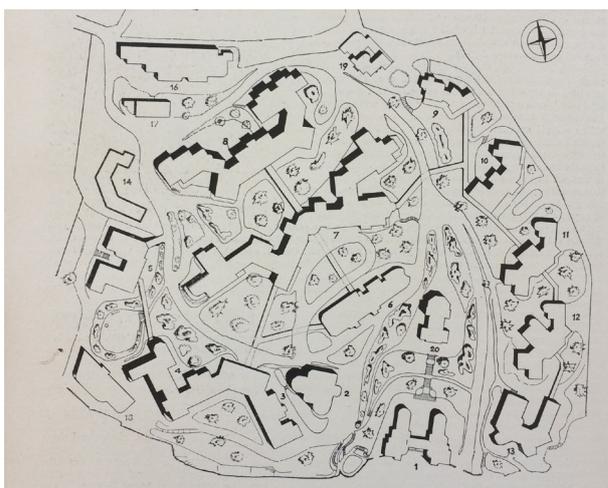


Figura 18 - Planimetria 1938 Istituto Gaslini di Genova



Figura 19 - Foto d'epoca Istituto Gaslini di Genova



Figura 20 - Foto d'epoca Istituto Gaslini di Genova

Il reparto di oncologia pediatrica, in generale, presenta numerose criticità. Dal punto di vista funzionale a causa delle misure igienico sanitarie necessarie in un ambiente nel quale sono presenti bambini immunodepressi. Nessuna finestra del reparto è apribile e le regole prevedono che l'ingresso di chiunque, genitore o membro dello staff avvenga attraverso delle zone filtro nelle quali si deve indossare abbigliamento adeguato alle misure igienico-sanitarie (per i genitori camice e copriscarpe monouso, per lo staff camice e scarpe utilizzati solo all'interno del reparto). Inoltre dal punto di vista organizzativo è una realtà difficile da gestire, sono presenti pazienti di età variabile dai pochi mesi ai venticinque anni circa, con esigenze molto differenti tra loro. Inoltre in ospedale deve sempre essere presente, anche per necessità assistenziali, un genitore con il proprio figlio e ciò rende il ventaglio delle necessità dei singoli utenti molto ampio e variabile. Infine, a causa del tipo di patologia trattata e dell'età dei pazienti, lo stato emotivo di tutti gli utenti è sempre da tenere presente perché, naturalmente, inciderà sul comportamento di tutte le persone coinvolte nel processo di cura che vi si svolge.

Il reparto di oncologia dell'Istituto Gaslini è costituito da nove le camere, tutte singole. Occorre ricordare che al reparto si affianca il Day Hospital destinato ad assicurare l'assistenza dei pazienti evitando il ricovero. Data la natura della patologia trattata, i pazienti sono seguiti per lunghi periodi di tempo ma con ricoveri brevi e a volte ripetuti.

Una situazione favorevole ad una ricerca che, come in questo caso, non ha mai avuto come obiettivo quello di creare uno studio valido a livello statistico. La possibilità di intervistare un campione rilevante rispetto al totale degli utenti del reparto è infatti molto utile per comprendere al meglio il funzionamento e le dinamiche che si svolgono negli ambienti indagati, coerentemente con il metodo di indagine del caso studio.

La complessità del reparto dal punto di vista funzionale, organizzativo e psicologico, è stata proprio uno dei motivi per i quali si è scelto di lavorare su questi ambienti in cui interagiscono per molto tempo soggetti diversi. La complessità non è quindi solo delle cure, ma anche delle relazioni sociali e delle esperienze emotive.

I responsabili del reparto si sono subito mostrati disponibili a partecipare alla ricerca, pronti a collaborare apertamente e interessati agli esiti del lavoro, dimostrazione di una propensione al miglioramento continuo tipico di strutture ospedaliere all'avanguardia come l'Istituto Gaslini.

4.2 La metodologia di ricerca

In primo luogo, dopo aver preso contatti con la struttura, si è svolta l'indagine preliminare con l'osservazione diretta del reparto, un primo sopralluogo per iniziare a comprenderne il funzionamento e decidere come affrontare il resto della ricerca sul campo. Una conversazione esaustiva con la caposala, la Dottoressa Orietta Vianello, e le foto scattate durante il sopralluogo hanno permesso di avere un quadro chiaro rispetto agli spazi e, ancora solo in generale, rispetto alle attività svolte all'interno del reparto.

Uno studio di questo tipo può essere condotto solo con la collaborazione di professionisti esperti nelle ricerche sociologiche e tramite la lettura del testo <<Qui sono come a casa mia.>>, nel quale si sono trovati numerosi spunti utili per gli obiettivi del lavoro, si è deciso di contattare la Professoressa Zaltron, sociologa, autrice del libro e docente presso l'Università del Piemonte Orientale. La collaborazione ha quindi permesso di svolgere delle analisi che avessero come scopo la comprensione del rapporto tra la dimensione sociale e architettonica del reparto.

È stato quindi deciso di portare avanti la ricerca svolgendo interviste semi-strutturate, ritenute le più adeguate in questo caso, soprattutto per il fatto che si possano avere maggiori informazioni nella forma di risposta aperta rispetto ai questionari e dato che il numero di persone coinvolte nell'indagine lo permetteva in tempi e modalità che non intralciassero il lavoro del personale sanitario o le terapie dei pazienti. In particolare le interviste semi-strutturate, essendo flessibili, permettono di cambiare l'ordine delle domande o il linguaggio in modo da poterlo adeguare alla situazione e alla persona con la quale si ha a che fare (Romano del Nord, 2006).

Tenendo sempre presente la premessa fatta precedentemente, si sono svolte delle indagini qualitative tramite colloqui singoli con genitori, pazienti e personale sanitario. I colloqui si sono svolti per lo più tramite conversazioni telefoniche o su Skype per i limiti imposti, nel caso del personale, dai ritmi serrati di lavoro, e per quanto riguarda i bambini, dalla volontà di non invadere lo spazio privato della camera di degenza che avrebbe comunque richiesto misure precauzionali (vaccinazioni e esami) che non si sono potute attuare in tempo utile.

L'intervista inoltre è un momento molto delicato e critico ed è necessario fare uno sforzo per non influenzare in alcun modo le risposte degli intervistati senza creare un clima troppo autoritario che predisporrebbe in modo negativo il soggetto nei con-

fronti del ricercatore. Potrà essere molto interessante svolgere anche dei focus-group che si possono ipotizzare nel caso in cui si volesse sviluppare una ricerca più approfondita sul tema.

L'analisi dei risultati delle interviste è stata guidata dalla Professoressa Francesca Zaltron.

La prima parte di analisi si è basata sulla raccolta delle interviste in uno schema che riassume i concetti chiave relativi ai principali spazi del reparto e su possibili sviluppi. Questa tipologia di analisi ha quindi più che altro lo scopo di riunire e quindi rendere più leggibili e comprensibili le risposte date dagli intervistati. La seconda parte di analisi si è invece basata sull'esame delle relazioni tra due dei tre processi che caratterizzano la carriera di paziente, la personalizzazione e la familiarizzazione e le otto dimensioni dell'umanizzazione secondo Todres, , con l'obiettivo di uno sviluppo critico dei risultati che portasse a comprendere, con lo schema già realizzato quali potessero essere gli sviluppi da ipotizzare.

Infine si sono sviluppate prime ipotesi di progetto in grado di mettere in atto le strategie dell'umanizzazione del reparto risultanti dalla ricerca.

4.3 Le indagini preliminari

Le indagini preliminari sono servite alla realizzazione di un quadro completo dello stato di fatto fisico e funzionale del reparto.

4.3.1 Il sopralluogo

Il sopralluogo è stato svolto grazie alla collaborazione del personale sanitario, della caposala e del Dottor Garaventa, primario del reparto.

La struttura, come si può notare dalla pianta a pagina 89, si sviluppa su un piano ed è costituito da nove camere di degenza, spazi accessori per il personale, per i familiari e per le attrezzature. La delicatezza della situazione clinica dei bambini che vengono ricoverati richiede delle misure di isolamento molto severe che vengono condivise anche dall'adiacente reparto di ematologia. L'ingresso del reparto è infatti caratterizzato da due zone filtro, una per il personale e una per le famiglie. Il filtro per gli esterni fornisce non solo uno spazio per il deposito degli effetti personali durante le visite e per indossare camice e copriscarpe (naturalmente obbligatori per l'ingresso in un sistema isolato di questo tipo), ma è anche il luogo nel quale vengono spiegate le dinamiche del reparto e le regole da seguire sia ai nuovi pazienti e ai familiari che ai visitatori. Oltre agli armadietti sono presenti

un bagno, una doccia e soprattutto un lavandino per igienizzare le mani, spesso mezzo di trasferimento di germi e batteri. I locali, privi di finestre, sono comunque di dimensioni adeguate e ben illuminati.

Una volta attraversate le porte d'accesso al reparto ci si trova all'ingresso del reparto di ematologia e si deve svoltare a sinistra per raggiungere quello di oncologia. Immediatamente si è colpiti dalla bellezza del panorama che caratterizza il corridoio da percorrere per raggiungere il reparto in esame, la vista del mare sulla parete vetrata fino a circa un metro e dieci da terra, fa subito riprendere contatto con la realtà esterna e orientarsi dopo il labirinto della zona filtro. Il corridoio in questo punto è abbastanza largo e spesso viene utilizzato anche per il deposito di lettighe che però impediscono di avvicinarsi alle finestre e intralciano quindi la visuale privilegiata del mare. Sul muro opposto alla vetrata sono presenti disegni e sculture dei bambini che, con dei mosaici colorati, ricordano le figure marine così familiari a questo ospedale. Le decorazioni dei pazienti sono ovviamente realizzate in materiali lavabili, in modo da essere conformi al resto delle pareti.

Una volta terminata la parete vetrata il corridoio prosegue con un armadio sulla destra e il bagno per portatori di handicap e in generale per i visitatori, sulla sinistra.

Ci si trova poi davanti a due porte, una della sala ristoro dei genitori e l'altra dello studio della caposala.

Il primo ambiente è molto interessante per l'importanza di uno spazio dedicato ai genitori che debbano rimanere giorno e notte in reparto. La stanza ha una cucina con un frigo molto ampio che permette alle famiglie di riporre il proprio cibo e preparare i pasti per loro e per i loro figli ricoverati. Oltre ad un tavolo per consumare i pasti o chiacchierare mentre si prende un caffè dalla macchinetta presente nel ristoro, ci si può sedere o distendere sul divano o su una delle poltrone accostate alle pareti. La camera nel complesso sembra funzionale e viene frequentata spesso dai genitori.

Lo studio della caposala si sviluppa in profondità, risultando una sorta di corridoio ben organizzato, considerando le misure ridotte. Nella stanza sono presenti degli armadi che permettono di avere il materiale utile a portata di mano, una scrivania con sedia e uno spazio, di transito, con un piccolo divano e due poltrone antistanti per i colloqui.

Proseguendo lungo il corridoio si incontrano subito due spazi di servizio, sulla sinistra il vuotatoio, con scaffali, servizio igienico e lavandino, sulla destra il deposito, un tempo camera di degenza con due posti letto, ora adibita a magazzino pulito delle scorte.

Accanto a questi locali si sviluppano poi le degenze e gli spazi dedicati al personale. Sul lato sinistro del corridoio sono situati i

locali del personale mentre sulla destra si susseguono le camere di degenza. La scelta probabilmente è stata dettata dal fatto che l'edificio abbia, sulla destra rispetto al corridoio, la facciata verso il mare, sulla sinistra, la facciata interna affacciata sui percorsi stradali del complesso ospedaliero.

Gli spazi dedicati al personale sono tre, lo studio infermieri, lo studio medici e la cucina del reparto.

Il primo risulta più grande di quello dedicato ai medici, probabilmente perché, essendo condiviso da infermieri e operatori socio-sanitari, le persone che lo utilizzano durante la giornata sono un numero maggiore. La stanza è organizzata con delle scrivanie appoggiate alla parete con dei computer per la sistematizzazione dei dati dei pazienti, armadi per il materiale cartaceo, un tavolo per riunioni e colloqui, una poltrona, un frigo che contiene medicinali e un lavandino.

Nello studio medici, oltre agli scaffali per riporre le cartelle e il materiale cartaceo, sono presenti due scrivanie e altre postazioni con i computer per la registrazione delle informazioni riguardanti il paziente.

La cucina del reparto risulta piccola e organizzata in profondità e sembra essere scomoda nel momento in cui siano presenti più di tre persone. I momenti di pausa nel reparto non sono numerosi ma, al cambio turno, quando sia chi smonta sia chi deve iniziare a lavorare magari si è portato da mangiare, risulta difficile pensare che non si crei un certo disordine e disagio.

Il resto del reparto è interamente dedicato ai pazienti. Le nove camere di degenza sono tutte singole con bagno personale e otto di queste hanno un affaccio diretto sulla costa ligure. In generale sembrano essere abbastanza spaziose durante il giorno, ma la maggior parte hanno una superficie che, una volta aperta la poltrona letto del genitore per la notte, non permette di muoversi agevolmente in quella zona della camera. Ogni stanza ha a disposizione un letto, una poltrona letto per il genitore, uno o più armadi (dipende dalle dimensioni della stanza), due schermi (eventualmente utilizzabili contemporaneamente dal genitore e dal figlio per guardare la televisione e per giocare ai videogiochi), un tavolo con sedie e spesso un altro tavolino o comodino. Alcuni bagni sono molto ridotti e si intuisce che, in caso di presenza di problemi motori, potrebbe essere complicato per il paziente muoversi in autonomia o essere aiutato. Come accennato la vista dalle finestre delle camere è molto piacevole ma purtroppo si nota subito che il davanzale si trova troppo in alto perché un bambino possa goderne dal letto, in piedi e ancor meno a terra. Lo spazio delle stanze in generale si può sicuramente definire funzionale ma, nella maggior parte delle camere, non vi è la possibilità di personalizzarlo con oggetti dei pazienti che non possano essere riposti negli armadi.

locali del personale mentre sulla destra si susseguono le camere di degenza. La scelta probabilmente è stata dettata dal fatto che l'edificio abbia, sulla destra rispetto al corridoio, la facciata verso il mare, sulla sinistra, la facciata interna affacciata sui percorsi stradali del complesso ospedaliero.

Gli spazi dedicati al personale sono tre, lo studio infermieri, lo studio medici e la cucina del reparto.

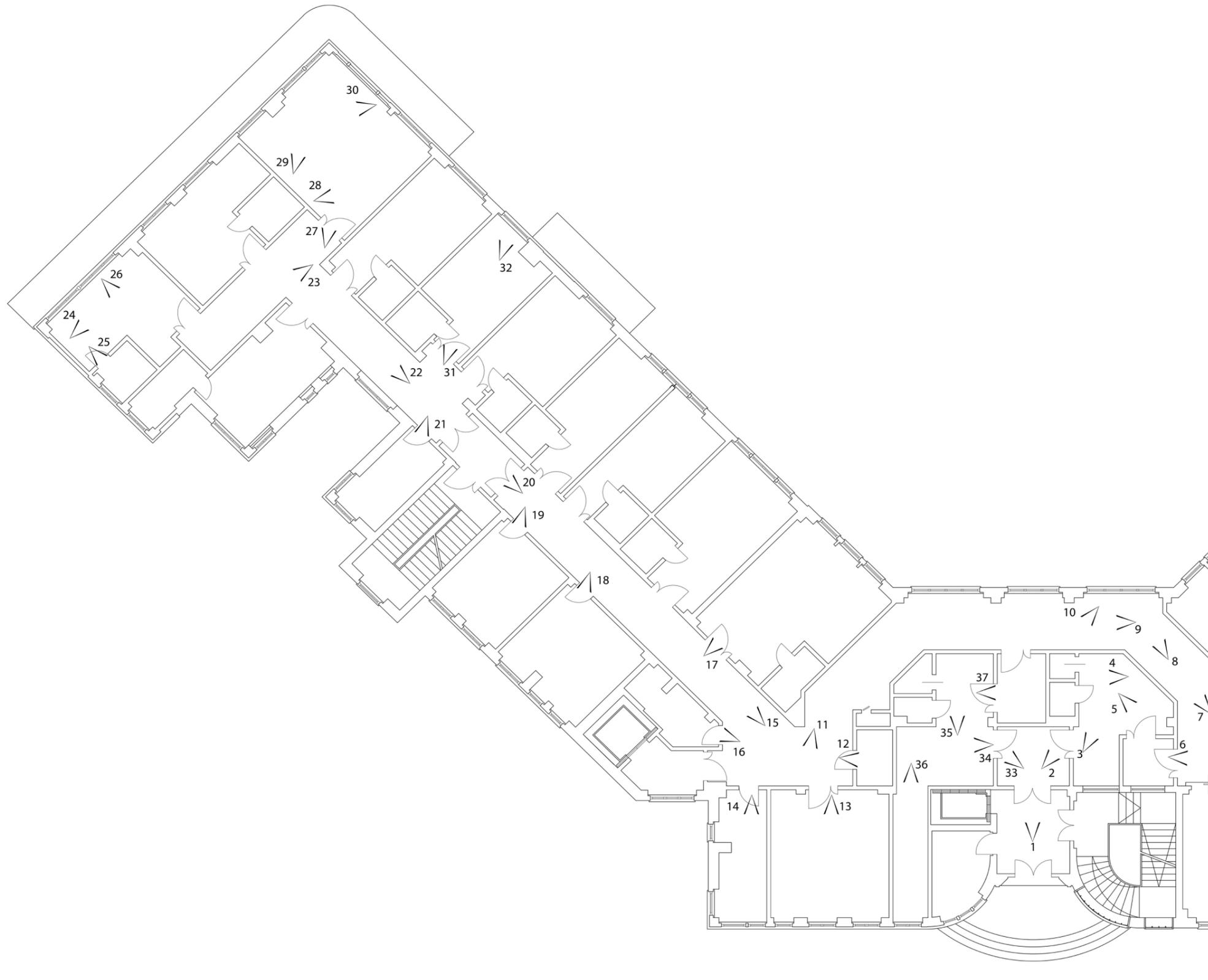
Il primo risulta più grande di quello dedicato ai medici, probabilmente perché, essendo condiviso da infermieri e operatori socio-sanitari, le persone che lo utilizzano durante la giornata sono un numero maggiore. La stanza è organizzata con delle scrivanie appoggiate alla parete con dei computer per la sistematizzazione dei dati dei pazienti, armadi per il materiale cartaceo, un tavolo per riunioni e colloqui, una poltrona, un frigo che contiene medicinali e un lavandino.

Nello studio medici, oltre agli scaffali per riporre le cartelle e il materiale cartaceo, sono presenti due scrivanie e altre postazioni con i computer per la registrazione delle informazioni riguardanti il paziente.

La cucina del reparto risulta piccola e organizzata in profondità e sembra essere scomoda nel momento in cui siano presenti più di tre persone. I momenti di pausa nel reparto non sono numerosi ma, al cambio turno, quando sia chi smonta sia chi deve iniziare a lavorare magari si è portato da mangiare, risulta difficile pensare che non si crei un certo disordine e disagio.

Il resto del reparto è interamente dedicato ai pazienti. Le nove camere di degenza sono tutte singole con bagno personale e otto di queste hanno un affaccio diretto sulla costa ligure. In generale sembrano essere abbastanza spaziose durante il giorno, ma la maggior parte hanno una superficie che, una volta aperta la poltrona letto del genitore per la notte, non permette di muoversi agevolmente in quella zona della camera. Ogni stanza ha a disposizione un letto, una poltrona letto per il genitore, uno o più armadi (dipende dalle dimensioni della stanza), due schermi (eventualmente utilizzabili contemporaneamente dal genitore e dal figlio per guardare la televisione e per giocare ai videogiochi), un tavolo con sedie e spesso un altro tavolino o comodino. Alcuni bagni sono molto ridotti e si intuisce che, in caso di presenza di problemi motori, potrebbe essere complicato per il paziente muoversi in autonomia o essere aiutato. Come accennato la vista dalle finestre delle camere è molto piacevole ma purtroppo si nota subito che il davanzale si trova troppo in alto perché un bambino possa goderne dal letto, in piedi e ancor meno a terra. Lo spazio delle stanze in generale si può sicuramente definire funzionale ma, nella maggior parte delle camere, non vi è la possibilità di personalizzarlo con oggetti dei pazienti che non possano essere riposti negli armadi.

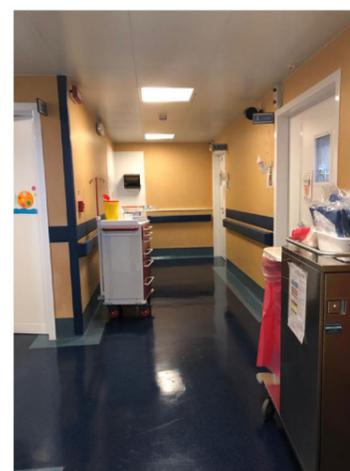
Arrivando alla fine del corridoio, sulla destra, è presente la sala giochi, uno spazio ampio e colorato in cui i pazienti possono decidere di trascorrere il proprio tempo quando se la sentano. Lo spazio è organizzato con una divisione parziale creata da una serie di armadi che creano un settore con piccoli tavolini per le attività per l'infanzia (come le lezioni che vi si svolgono ogni mattina) e altri giochi di questo tipo, e l'altro che sembra essere pensato per attirare i ragazzi più grandi con uno stereo e una pianola. Gli armadi sono numerosi e permettono di riporre in modo ordinato tutti i giochi e le attrezzature e danno un'immagine molto "infantile" e gioviale alla stanza. Le finestre però risultano anche in questo caso troppo alte perché i bambini possano godere del vantaggio di un ospedale con una posizione e una vista di questo tipo. Lo spazio dedicato poi ai ragazzi più grandi, arrivando i pazienti ad avere anche più di vent'anni, è insufficiente e non compatibile con quello per il gioco dei più piccoli.



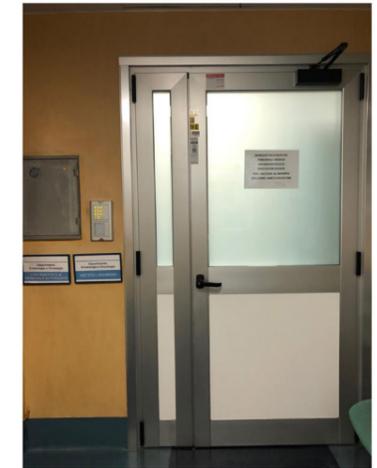
Pianta reparto Oncologia Pediatrica, Istituto Giannina Gaslini, Genova



Immagini reparto Oncologia Pediatrica, Istituto Giannina Gaslini, Genova



Immagini reparto Oncologia Pediatrica, Istituto Giannina Gaslini, Genova



Immagini reparto Oncologia Pediatrica, Istituto Giannina Gaslini, Genova

4.3.2 Il colloquio informativo

Il giorno del sopralluogo abbiamo avuto modo di parlare con la caposala, la Dottoressa Vianello, e con il primario del reparto, il Dottor Garaventa, che ci hanno spiegato le dinamiche interne al reparto.

In primo luogo ci è stato spiegato il sistema di areazione, il controllo del clima, i filtri per la sanificazione dell'acqua e tutte le misure di sicurezza igienico-sanitaria chiaramente molto rigide per evitare infezioni in un reparto che, come già detto, spesso ospita bambini immunodepressi e quindi a rischio. Il protocollo di misure preventive è evidente nella chiusura completa, senza possibilità di apertura, delle finestre, i controsoffitti isolati come nelle sale operatorie e in generale tutti i materiali presenti nel reparto sono completamente sterilizzabili.

Secondo il parere della Dottoressa Vianello gli spazi comuni rispondono alle funzioni che vi si svolgono ma la sala giochi potrebbe avere una struttura più flessibile in modo da promuovere la frequentazione da parte degli adolescenti e sarebbe utile avere uno spazio per il dialogo tra la famiglia e il personale.

Il controllo delle stanze sembra funzionare nonostante le stanze del personale non abbiano la visuale diretta poichè le camere sono vicine e, la presenza costante del genitore è sufficiente per la sicurezza dei pazienti. I familiari e i pazienti hanno un rapporto molto familiare con il personale e si trovano bene a mantenere un sistema di questo tipo.

Come idee per uno sviluppo del reparto sono poi state proposte una stanza per l'accoglienza, una situazione protetta per spiegare le regole, comunicare la diagnosi, i trattamenti, non utilizzando la stanza medici o infermieri come succede attualmente.

Le stanze in generale sono apprezzate perché non essendo troppo decorate sono adeguate a qualsiasi fascia d'età e possono poi essere personalizzate con elementi lavabili. I difetti rilevati dalla caposala stanno però nel fatto che le camere e i bagni sono piccoli soprattutto nel caso in cui un paziente necessiti per muoversi della sedia a rotelle, e che sarebbe utile avere un pre-filtro in ogni stanza.

4.4 Le interviste

Le interviste sono state strutturate in modo che gli utenti avessero modo di raccontare liberamente le loro attività, successivamente si ponevano domande in merito agli spazi frequentati, si richiedeva poi agli intervistati di immaginare di poter avere uno spazio in più e decidere a cosa lo avrebbero dedicato e, infine, si chiedeva loro un parere a proposito di un'idea di sviluppo del reparto immaginata da noi.

Le interviste si sono differenziate a seconda del ruolo dell'intervistato all'interno del reparto e, nello specifico, sono state costruite tre tracce, per i pazienti, per i genitori e per il personale sanitario.

La trascrizione delle interviste è riportata per intero in appendice.

4.4.1 I risultati delle interviste a pazienti e genitori

Dalle interviste portate avanti con i pazienti e i genitori, si evince che la maggior parte di loro non provenga da Genova o comunque dalla Liguria. Questo dato è molto rilevante, soprattutto se si considera che i ricoveri in oncologia possono essere, in qualche caso, lungodegenze e il reparto diventa per queste persone una vera e propria casa, unico punto di riferimento essendo lontani dalla loro. L'ospedale diventa il luogo nel quale si svolge tutta la vita quotidiana e deve quindi rispondere alle esigenze residenziali oltre che a quelle sanitarie in senso stretto. Come riferito da una mamma intervistata: <<Bisogna cercare di portare dentro quello che c'è fuori>> (intervista riportata in appendice).

I ragazzi vivono in modo diverso la terapia a seconda di quanto sia invasiva la cura o di quanto dolore provino. Se alcuni sono molto attivi, una bambina di 6 anni esce spesso fuori dal reparto, va in spiaggia o va a giocare nel piccolo parco davanti all'ospedale, un'altra ragazza non vuole uscire dalla stanza quando sottoposta alle cure perché molto debole. Non vi sono quindi soluzioni giuste o sbagliate in tutti i casi per rispondere alle loro esigenze. È evidente che serva avere una certa flessibilità negli ambienti del reparto che permetta ai ragazzi e ai genitori di stare soli quando lo vogliono o di socializzare quando se la sentano.

Dalle interviste rivolte ai bambini e ai ragazzi si è evinto che spesso trascorrono il proprio tempo nella camera di degenza, anche nel momento in cui non sono sottoposti alla cura. In questo caso giocano alla play station, disegnano, fanno un po' di movimento, studiano e cercano di seguire le passioni che coltivano anche all'esterno, come il tifo per la propria squadra del cuore o gli ori-

gami con la carta.

Le camere del reparto di oncologia dell'Ospedale Gaslini sono in ogni caso molto apprezzate dagli utenti. Essendo tutte singole garantiscono la massima privacy acustica e visiva e nella maggior parte dei casi sono abbastanza grandi da ospitare, oltre al paziente, un genitore che deve essere sempre presente, soprattutto quando i bambini sono piccoli. Per quanto riguarda gli spazi però non tutte le stanze permettono di muoversi al loro interno con facilità, specialmente in presenza di difficoltà motorie. Nelle camere più piccole, per esempio, può capitare che sia complicato aprire la poltrona letto dedicata ai genitori o che non sia facile muoversi quando questa è aperta. Da una madre è stato inoltre segnalato che l'assenza del bidè (non presente in tutte le camere), soprattutto nel caso in cui si permanga nella stanza come è successo a lei inaspettatamente a causa della febbre del figlio per la quale hanno dovuto rimandare le cure, sia un disagio rilevante. Durante le degenze, come detto precedentemente, i pazienti e i genitori che provengono da altre regioni utilizzano la camera come unico appoggio e trovano molto comodo il fatto che in alcune stanze siano presenti numerosi armadi. Gli arredi per riporre sono molto utili per tenere la stanza in ordine e sempre pulita, e per poter portare oggetti personali del ragazzo e del genitore come giochi, attrezzi per il movimento o libri. In generale si può dire che per alcuni il reparto sia un luogo nel quale si trascorre un lungo periodo, come è evidente dalle interviste che, soprattutto i genitori, desiderano un ambiente il più possibile simile a casa propria. Una delle cause maggiori di stress ospedaliero, come spiegato nel capitolo 3, è infatti la perdita del controllo della propria vita. Una madre riferisce durante l'intervista che vorrebbe poter scegliere cosa fare e quando farlo proprio come fa a casa sua. In riferimento a questo infatti, nonostante la cucina comune del reparto sia valutata in modo positivo da tutti i genitori, vorrebbe che fossero presenti nella camera un frigo e un forno a microonde. L'osservazione di questa madre non va sottovalutata in quanto esprime la sua volontà di decidere liberamente quando voler stare con altre persone nelle zone comuni e quando invece <<...gestire tutto un po' più in autonomia anche a seconda dell'umore>> (intervista riportata in appendice).

Nonostante i pazienti e i genitori stiano spesso in camera si può dire che i bambini, soprattutto i più piccoli, si reclinano volentieri nella sala giochi. Tutti trovano questo spazio molto piacevole, anche grazie alla vista del mare, ma poco adatto agli adolescenti che non vi si trovano a proprio agio e non lo identificano come un luogo di ritrovo e socializzazione tra loro.

I ragazzi più grandi trascorrono parte del loro tempo nella sala giochi disegnando con i bambini o assistendo la maestra dell'in-

fanzia durante i laboratori ma, oltre ad una pianola, non hanno nulla che li interessi in prima persona o li stimoli ad uscire dalla camera di degenza.

Tutti, genitori e staff compresi, hanno affermato che sarebbe opportuno creare uno spazio di intrattenimento e ritrovo per gli adolescenti, dato che negli ultimi anni sono aumentati notevolmente, essendo stata ampliata la soglia dell'età dei pazienti ai 25 anni (in alcuni casi anche fino ai 29). Molti ragazzi, nonostante le condizioni che non sempre lo permettono, hanno espresso un desiderio di socializzazione con persone della stessa età e un luogo di intrattenimento con strumenti e attrezzature che li stimolino.

Durante le interviste alla domanda <<Se potesse aggiungere una stanza al reparto, a cosa la dedicherebbe?>> quasi la totalità del campione, dai ragazzi stessi, ai genitori, allo staff, ha risposto che vorrebbe una stanza per i ragazzi adolescenti. Evidentemente le esigenze di questo gruppo di utenza non vengono soddisfatte dall'attuale configurazione dell'ospedale. I ragazzi vorrebbero una stanza multimediale, con la tecnologia, la possibilità di vedere film e, nonostante molti pensino che in un reparto del genere i pazienti preferiscano stare per conto proprio, si è riscontrato dalle interviste che molti parlano della necessità di un luogo di ritrovo, usando proprio questa parola che esprime la volontà di socializzazione e confronto.

Il fatto di stare fermi per tanto tempo, soprattutto nel caso di lunghe degenze, è molto stressante sia per i bambini e i ragazzi che per i genitori. La maestra, per esempio, pensa che sarebbe utile avere uno spazio per delle attività che stimolino il movimento, differenziate a seconda di quanto permesso dalla malattia. Uno dei ragazzi intervistati, appassionato di sport, vede in una sala con cyclette e attrezzi per il movimento un ottimo punto di ritrovo tra giovani, l'occasione per mantenersi in forma prima di uscire dall'ospedale per poi riprendere le proprie attività sportive.

Lo stress generato dalla staticità della vita ospedaliera è spesso mitigato dalla vista del mare. Quasi tutte le stanze hanno una finestra sulla costa e se tutti lo trovano molto piacevole, alcuni lo vedono anche come un elemento terapeutico. Secondo più di una madre il mare aiuta a guardare oltre la malattia, oltre l'ospedale e le cure.

<<Fa vedere l'orizzonte e ti dà una prospettiva un po' più avanzata, importante per l'umore che qui va sempre tenuto su. Vedi il mare, vedi l'orizzonte, vai a vedere verso l'infinito, c'è molto oltre a questo. Dà modo di andare avanti.>> afferma la madre di un paziente (intervista riportata in appendice).

Vista l'importanza rivestita dal mare per pazienti, genitori e staff

si è chiesto, durante l'intervista, se potessero ritenere utile e piacevole un terrazzo che, pur rispettando le norme necessariamente restrittive in un reparto così delicato, permettesse con delle ampie vetrate la visione del mare e un momento di pausa. La totalità degli intervistati si è dimostrata entusiasta dell'idea. Una madre ha espresso delle perplessità, avendo una figlia che tende ad isolarsi molto e non sa quanto un terrazzo possa essere sfruttato se tutti i bambini la pensano in questo modo. In realtà i ragazzi hanno mostrato un grande interesse per uno spazio del genere. Sono numerosi i pazienti e genitori che hanno individuato la terrazza come un possibile luogo di ritrovo di adolescenti che vogliono dialogare tra loro con un bel paesaggio a fare da sfondo, o in generale come uno spazio conviviale per tutti gli utenti.

4.4.2 I risultati delle interviste al personale

Le interviste sono state rivolte alla maggior parte del personale attivo all'interno del reparto. Si sono svolte infatti con il primario del reparto, con quattro infermiere, un'OSS e la maestra dell'infanzia.

È emerso in primo luogo che, nonostante ognuno di loro svolga dei compiti specifici, tutti siano sempre al corrente delle condizioni dei ricoverati. I pazienti ricoverati contemporaneamente in reparto, come detto, sono nove, quindi un numero molto controllabile, tanto che gli infermieri sostengono di non sentire la necessità di una postazione più centrale o aperta. Dallo studio infermieri è infatti possibile vedere il corridoio e accorgersi subito se qualcosa non vada, soprattutto perché i bambini non sono mai soli. I reparti pediatrici sono infatti caratterizzati dal fatto che, soprattutto quando i bambini sono piccoli, il genitore sia obbligato a stare con il proprio figlio, per una questione assistenziale. Solitamente nel pomeriggio sono di turno due o tre infermieri e un OSS. Il numero di professionisti presenti nel reparto non permette di assistere singolarmente i bambini e, senza la presenza dei genitori sarebbe un problema svolgere il lavoro. La complessità non starebbe solo nello svolgimento del lavoro terapeutico, ma anche semplicemente nel controllo dei pazienti perché i piccoli non si facciano male, per esempio cadendo dal letto. Il genitore diventa quindi un alleato necessario oltre che un supporto psicologico fondamentale.

Il reparto è caratterizzato da ricoveri che, in fase di terapia, hanno, in genere, una breve durata. Solitamente infatti i bambini o ragazzi fanno dei cicli di cura che durano ognuno dai 4 giorni a una settimana circa a seconda delle terapie e vengono ripetuti periodicamente, quindi tra l'uno e l'altro escono dal reparto. Può capitare poi che insorgano problemi come infezioni o feb-

bre, che prolunghino la degenza ma, come affermato dal personale, non capita spesso.

Quando un paziente fa il suo primo ingresso in reparto può avere già ricevuto la diagnosi o può essere in attesa di accertamenti perché, da altri esami, sono insorti sospetti per i quali deve essere ricoverato in oncologia. L'accoglienza si svolge nello spogliatoio, il filtro che i genitori e i visitatori devono superare per entrare in reparto. In questo spazio vengono spiegate le regole di base da rispettare per la salvaguardia della sterilità e igiene, prima che i nuovi pazienti con i genitori vengano accompagnati in stanza e vengano mostrati loro gli spazi comuni. In generale sembra che questo spazio funzioni bene e non si senta la necessità di uno più specifico solo dedicato all'accoglienza.

Nei casi in cui la comunicazione di diagnosi avvenga all'interno del reparto vengono solitamente utilizzati la sala infermieri e la sala medici. Questi spazi, che a quanto risulta dalle interviste, sono ritenuti adeguati per le riunioni del personale e per i lavori burocratici come il passaggio delle consegne e la registrazione dati dei pazienti, devono quindi anche ospitare i colloqui tra genitori e staff. Se vi si svolgono comunicazioni di diagnosi o intermedie, nel corso della terapia, si cerca naturalmente di non accedere se non è necessario, per lasciare ai genitori e al personale coinvolto la privacy e la riservatezza in un momento così delicato. Diversi membri del personale affermano che sarebbe utile avere uno spazio specifico per queste comunicazioni che spesso sono altrimenti disturbate dalle altre attività che vi si svolgono. Un'infermiera infatti alla domanda "Se potesse aggiungere una stanza al reparto, a cosa la dedicherebbe?" ha risposto che la cosa migliore sarebbe uno spazio per il colloquio con i genitori per i momenti più delicati. Vi sono però alcuni che reputano adeguato il sistema in uso e troverebbero sprecato uno spazio apposito dato che spesso le comunicazioni vengono portate avanti nella stessa camera di degenza.

Per quanto riguarda gli spazi di lavoro del personale quindi le sale medici e infermieri sembrano essere adeguate alle attività svolte, la cucina invece non viene valutata da tutto il personale in modo positivo. La cucina dedicata allo staff al cambio turno del mattino, quando gli OSS si occupano delle colazioni, o all'ora di pranzo, quando qualcuno mangia prima di iniziare il turno o dopo aver finito di lavorare, risulta troppo piccola. Allo stesso tempo per molti non sembra essere un problema perché vengono frequentati molto di più altri spazi e viene vista solo come un punto di passaggio per un caffè e due chiacchiere.

Gli spazi maggiormente frequentati dallo staff infatti sono le sale citate precedentemente e le camere di degenza. All'interno delle stanze si svolgono tutte le attività di terapia e, nonostante

alcune siano piccole, il personale non si trova in difficoltà per la carenza degli spazi. Alcuni membri del personale specificano che però in alcune stanze, le più piccole, le attrezzature possano essere di intralcio sia al loro lavoro che al movimento dei pazienti. Oltre alla poltrona dei genitori e al tavolo non c'è infatti spesso non c'è la possibilità di inserire altro, neanche un tappeto per far gattonare i più piccoli.

I genitori sono presenti in ogni momento, di notte hanno la possibilità di dormire in una poltrona letto nella stanza del proprio figlio e, come già accennato, non sono di alcun disturbo per lo staff, ma anzi costituiscono un grande aiuto nell'assistenza al paziente. La maestra, con il tavolo all'interno della camera o con quello del letto, per esempio, riesce a svolgere il proprio lavoro anche quando il bambino è in isolamento e non può, per questo motivo, recarsi nella sala giochi.

A meno che i bambini non siano in questa situazione di isolamento comunque tendono a voler uscire dalla stanza e recarsi nella sala giochi per socializzare e, la mattina, per fare un po' di lezione e piccoli lavori con la maestra dell'infanzia. Anche i membri dello staff, che la frequentano in modo marginale, trovano questo spazio molto piacevole, luminoso e accogliente. La maestra, che trascorre gran parte del suo orario lavorativo nella sala giochi, è soddisfatta degli spazi e dell'organizzazione degli arredi che le permettono di svolgere molte attività, soprattutto per i più piccoli, e di riporre tutto il materiale disinfettato, pronto per il giorno successivo. A suo parere è strutturata in modo funzionale anche se pensa che sarebbe utile avere un impianto stereofonico per inserire la musica nelle proprie attività e magari riuscire a coinvolgere anche i ragazzi più grandi, difficili da inserire in altro modo nelle sue lezioni per l'infanzia.

Anche durante le interviste allo staff, è quindi emersa la necessità di uno spazio per gli adolescenti. Molti di loro propongono infatti uno spazio come un'aula video, con intrattenimenti che possano interessarli, computer, supporti elettronici e musicali, perché i ragazzi più grandi non tendano ad isolarsi e stare in stanza solo perché non si trovano a proprio agio nella sala giochi. Come nel caso delle interviste ai pazienti e ai genitori, si è voluta proporre anche allo staff l'idea della realizzazione di un terrazzo che si affacci sul mare. Questo elemento naturale viene spesso richiamato come una fonte di rilassamento da parte del personale che, in questo reparto in particolare, è sottoposto ad un forte stress emotivo. L'idea di potersi rapportare con l'esterno in modo più diretto, con grandi vetrate, pur rispettando le norme di sterilità del reparto, sembra essere condivisa da tutto lo staff. <<Uno spazio così forse potrebbe portare di più anche alla vita normale, magari hanno bisogno di avere un aggancio con la vita

di fuori.>> risponde la maestra dell'infanzia.
La terrazza potrebbe essere quindi uno spazio adatto a tutti, un punto di ritrovo per gli adolescenti e uno spazio per la distrazione di adulti e bambini.

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli	
Infermiera diurnista (non fa le notti) part-time, 5 ore al giorno	Supporto al turno, andare dai pazienti, fare prelievi, medicazioni, fare avanti e indietro con la sala operatoria o per la risonanza, preparazione delle terapie, accoglienza al momento del ricovero	F	<p>Stanza infermieri Chi: infermieri, medici, OSS, pazienti, genitori pazienti Funzioni: comunicazione di diagnosi e aggiornamenti di cura, preparazione terapie orali, attività burocratiche, consegne, annotazioni, "passaggio grafiche" (controllo delle terapie per ogni paziente con il medico), metà mattina si fa il "punto", passaggio di consegne da un turno all'altro, luogo di riunione personale infermieristico</p> <p>Stanza medici Chi: medici, infermieri, pazienti, genitori pazienti Funzioni: comunicazione di diagnosi e aggiornamenti di cura, luogo di riunione per i medici e per medici e infermieri</p> <p>Cucina del personale Chi: OSS, infermieri, medici Funzioni: servizio ai pazienti, preparazione colazioni, pausa caffè del personale</p> <p>Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: accoglienza e spiegazione delle dinamiche e regole del reparto, assistenza al paziente, somministrazione terapie, comunicazioni con genitori e pazienti</p> <p>Corridoio Chi: tutti Funzioni: passaggio, pausa relax visiva</p>	<p>Stanza medici Spazio non molto grande</p> <p>Cucina Molto piccola</p>	<p>Stanza infermieri Spazio grande</p>	Uno spazio come un'aula video, più pensato per gli adolescenti che magari tendono ad isolarsi, a stare in stanza perché la sala giochi è più per piccoli.

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI	
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli		
Infermiera di mattine, tutti i giorni dalle 7 alle 14:40	Organizzazione del reparto dal punto di vista burocratico e assistenziale, supervisione della situazione del paziente, prelievi, medicazioni, supporto e assistenza ai genitori	F	Stanza infermieri Chi: infermieri, medici, OSS, pazienti, genitori pazienti Funzioni: comunicazione di diagnosi e aggiornamenti di cura, attività burocratiche, annotazioni, postazione con computer, passaggio di consegne da un turno all'altro, luogo di riunione personale infermieristico	Stanza infermieri Sarebbe bello se la postazione fosse più centrale ma in realtà questo reparto è molto piccolo quindi appena i bambini chiedono qualcosa è facile sentirli	Stanza infermieri Soddisfacente e adeguata	"Se dovesse immaginare di poter avere uno spazio in più all'interno del reparto a cosa la dedicherebbe?" "Io la dedicherei ad una attività ludica per gli adolescenti. Perché noi abbiamo le maestre della scuola materna che sono in gamba, abbiamo play station, televisori però per i ragazzi un po' più grandi è diverso. C'è anche da dire che vivono in maniera diversa anche la terapia, spesso si chiudono in loro stessi e passano molto tempo a dormire magari. Forse si potrebbe trovare qualcosa per poterli intrattenere. Si cerca di fare il possibile per coinvolgerli però per gli adolescenti qua c'è poco, non so quanto sarebbero interessati ma mi viene in mente questo. Avendo aumentato anche l'età abbiamo anche ragazzi di vent'anni."	
			Stanza medici Chi: medici, infermieri, pazienti, genitori pazienti Funzioni: comunicazione di diagnosi e aggiornamenti di cura, luogo di riunione per i medici e per medici e infermieri				
			Cucina del personale Chi: OSS, infermieri, medici Funzioni: servizio ai pazienti, preparazione colazioni, pausa caffè o pranzo (a seconda del turno) del personale				
			Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: accoglienza, assistenza al paziente, somministrazione terapie, prelievi, comunicazioni con genitori e pazienti				
			Corridoio Chi: tutti Funzioni: passaggio, pausa relax visiva, sosta e passaggio carrelli con materiale utile per terapie e trattamenti	Corridoio "È un po' strettino, perché la mattina fanno le pulizie, poi abbiamo i carrelli. Abbiamo due carrelli con tutto il materiale che ci serve. Oltretutto c'è il carrello delle emergenze, le barelle. Fosse un po' più largo forse sarebbe meglio."			
			Sala giochi Chi: tutti Funzioni: gioco e relax bambini e genitori				Sala giochi "C'è un posto all'interno del reparto che lei trova piacevole?" "La sala giochi per me è molto bella, molto colorata, sempre piena di sole. Io ho una bella impressione quando entro lì, c'è tanto sole, le maestre, gli armadi colorati. Ai bambini piace molto andarci. È piacevole non solo per loro ma anche per noi."

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli	
Maestra scuola dell'infanzia, mattina 8:30-13:30	Lezioni scuola dell'infanzia in sala giochi, intrattenimento bambini e ragazzi che frequentano la sala giochi, lezioni in camera per i bambini isolati, igienizzare gli strumenti perchè sia tutto sicuro per i pazienti	F	Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: lezioni con i bambini isolati, disegni, puzzle, lavoretti plastificati per personalizzarla		Camera di degenza Anche se alcune stanze sono più piccole e altre più grandi il tavolo permette sempre di lavorare col bambino "Spesso con i lavori dei bambini cerchiamo di renderla più accogliente con i disegni, portafoto cerchiamo di strutturare la stanza. Lascia la libertà di personalizzare senza vincolarli con disegni troppo da piccoli o troppo da grandi. C'è la libertà di crearsi la stanza come la si vuole."	D: "Se esistesse un terrazzo chiuso, seguendo le regole del reparto, secondo lei sarebbe utile e piacevole per genitori, bambini, adolescenti e staff? Uno spazio dal quale poter guardare il mare." R: "Se tiene conto di tutte le norme penso di sì. Molte volte i bambini e i ragazzi non possono neanche andare nelle stanze gli uni degli altri e l'unico ritrovo è la sala giochi. Quindi se questo fosse uno spazio fuori potrebbe essere piacevole ma non le so dire perché non avendoci mai pensato non saprei. Uno spazio così forse potrebbe portare di più anche alla vita normale, magari hanno bisogno di avere un aggancio con la vita di fuori." D: "Se potesse aggiungere una stanza al reparto a cosa la dedicherebbe" R: "Magari a qualcosa di più legato al movimento, dei giochi che implicino il movimento magari anche con la musica, non solo strutturati come laboratori. Ovviamente con i limiti che possono avere i bambini in questo reparto."
			Sala giochi Chi: tutti Funzioni: lezioni, gioco, relax e socializzazione	Sala giochi Manca un impianto stereofonico: "La musica è una cosa che piace tantissimo sia ai piccoli che grandi"	Sala giochi Molto bella, luminosa e accogliente, molto allegra "Vengono anche quando fanno terapie perché possono venire in sala giochi anche con le pompe." Gli armadi vanno bene Molto funzionale Bella vista "Pensa che servirebbe uno spazio di ritrovo per i ragazzi più grandi?" "La sala giochi, dal mio punto di vista di insegnante, va benissimo però per il resto magari sarebbe utile avere un altro spazio. In questo reparto ci sono anche dei ragazzi oltre 18 anni e per quanto io possa coinvolgerli è già difficile farlo con i quattordicenni e i quindicenni, figuriamoci quando sono più grandi."	

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli	
Infermiera turnista, un giorno mattina, un giorno pomeriggio e uno notte	Assistenza ai pazienti, accoglienza al momento del ricovero, supervisione della situazione del paziente, passaggio delle consegne, informatizzazione dati paziente	F	Sala medici Chi: medici, infermieri, pazienti, genitori pazienti Funzioni: comunicazione di diagnosi e aggiornamenti di cura, luogo di riunione per i medici e per medici e infermieri	Sala medici Si svolgono lì spesso le comunicazioni di diagnosi o quelle riguardanti le terapie "...noi cerchiamo di non entrare e non disturbare però ci sono le cartelle e altre cose per cui ci serve entrare per il lavoro. Magari disturbiamo in quel momento o suona il telefono e comunque non è l'ideale in un momento così delicato." Un po' piccola, si sta un po' stretti soprattutto quando si fanno le comunicazioni di diagnosi		D: "Se fosse possibile creare un terrazzo chiuso, con tutte le precauzioni del caso, sarebbe utile e piacevole avere questo punto di sfogo per i genitori, gli adolescenti, i bambini e lo staff?" R: "La sala giochi ha un'esposizione fantastica ma è più che altro per bambini più piccoli. Sarebbe proprio una bella cosa mettere cose adatte agli adolescenti e avere la vista. Magari si può così creare un punto per incontrarsi con gli altri adolescenti. La sala giochi spesso è occupata dai più piccoli e c'è anche la maestra che fa le attività per tutti però è un'insegnante d'asilo quindi per i più grandi in effetti non sarebbe male." D: "Se potesse aggiungere una stanza al reparto, a cosa le dedicherebbe?" R: "Al colloquio con i genitori, alla possibilità, come dicevamo prima, di avere uno spazio per la psicologa o per i medici e infermieri per avere un momento di privacy. Non un posto in cui può entrare chiunque anche in un momento un po' delicato."
			Sala infermieri Chi: infermieri, medici, OSS, pazienti, genitori pazienti Funzioni: comunicazione di diagnosi e aggiornamenti di cura, attività burocratiche, postazione con computer, passaggio di consegne da un turno all'altro, luogo di riunione personale infermieristico		Sala infermieri Abbastanza ampia e si lavora bene	
			Cucina del personale Chi: OSS, infermieri, medici Funzioni: preparazione colazioni, pausa caffè o pranzo (a seconda del turno) del personale	Cucina del personale "Quella del reparto è piccolissima e vengono preparati anche i latti per la colazione al mattino ed è un po' piccola. Ci stringiamo un pochino e ci alterniamo quando abbiamo tempo di fare la pausa o ci se ci portiamo da mangiare da casa magari a inizio turno o quando è finito. Si potrebbe sicuramente fare di più, se ci fermiamo in due o tre persone stiamo stretti. Tra l'altro c'è spesso l'OSS che deve lavorare e magari intralciamo le loro attività. Fosse più grossa sarebbe l'ideale."		
			Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: accoglienza, assistenza al paziente, somministrazione terapie, comunicazioni con genitori e pazienti	Camera di degenza Tutte abbastanza piccole, spesso le attrezzature sono di intralcio al movimento del paziente nella camera Si dovrebbe cambiare a livello di metratura se si potesse fare un cambio drastico "A livello di arredamento, oltre a star seduti un po' sulla poltrona o alla scrivania con il paziente a letto, non possono fare più di tanto. Infatti con i bambini piccoli magari diventa difficile anche mettere un tappeto per terra per farli gattonare. Non in tutte le stanze è possibile farlo ed è un po' penalizzante. Un ragazzo grande magari si prende un computer o sta a letto seduto, ma il bambino piccolo se non può uscire dalla stanza perché alcune volte sono in isolamento, sono sacrificati."		

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli	
Medico, direttore dell'unità operativa complessa di oncologia pediatrica del Gaslini	Lavoro d'ufficio, mansioni burocratiche, riunioni, meeting, consulenze oncologiche, diagnosi, assistenza agli interventi	M	Sala medici Chi: medici, infermieri, pazienti, genitori pazienti Funzioni: "Attività di tipo burocratico, compilazione della cartella, scrittura della lettera di relazione, descrizione della terapia, a volte colloqui con i genitori che vengono svolti o lì o nella sala infermieri o nella camera di degenza."			D: "Se fosse possibile, sarebbe interessante, visto che il vostro ospedale è avvantaggiato da una grande posizione, avere una terrazza chiusa, per rispettare le regole di questo reparto particolare, con delle vetrate però che mostrino il paesaggio? Uno spazio per tutti gli utenti, i ragazzi, i bambini, i genitori o il personale." R: "Assolutamente sì, soprattutto direi per le famiglie e per i pazienti degenti, in particolare per gli adolescenti. Sicuramente sarebbe una cosa buona." D: "Sarebbe possibile, anche a livello igienico-sanitario, avere una cosa del genere?" R: "Certo, così come abbiamo la sala giochi, anche se con le problematiche attuali bisogna stare molto attenti, potremmo averne una con vista mare con le opportune precauzioni." D: "Se potesse inserire un'altra stanza all'interno del reparto a quale attività la dedicherebbe?" R: "Forse una stanza dedicata agli adolescenti potrebbe essere utile, con computer, supporti elettronici, musicali."
			Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: accoglienza, assistenza al paziente, visite di controllo, comunicazioni con genitori e pazienti		"Francamente sono tutte stanze singole, con la disponibilità del bagno, dello spazio per i genitori, e ci stiamo tranquillamente. Abbiamo anche fatto dialisi e procedure comunque con dei macchinari complessi all'interno della stanza."	
OSS	Assistenza al turno dei reparti di ematologia e oncologia, preparazione colazioni, organizzazione e distribuzione pasti, riordino letti, pulizia e disinfezione camere e attrezzature, smaltimento biancheria sporca e sistemazione biancheria pulita, organizzazione e ripristino materiale, anche nei carrelli, accompagnamento pazienti per visite ed esami in altri reparti, accompagnamento alla sala chirurgica	F	Cucina del personale Chi: infermieri, medici, OSS Funzioni: preparazione latti per la colazione, pausa caffè o pranzo (a seconda del turno) del personale,	Cucina del personale Piccola, quando siamo in tanti dobbiamo stare in numero limitato, se si sta tutti assieme a mangiare un boccone si sta stretti		D: "Se si potesse creare una terrazza, completamente chiusa secondo le norme del reparto, sarebbe piacevole e utile per tutti? Per i bambini, per gli adolescenti, per i genitori e anche per voi magari." R: "Penso di sì. Perché se ci fosse anche solo una vetrata per poter vedere il panorama penso che i bambini e i genitori avrebbero un momento anche per staccare." D: "Se potesse aggiungere una stanza al reparto, a cosa la dedicherebbe?" R: "Una stanza per noi. (risata) No scherzo, non saprei. Però in realtà avere una postazione per noi sarebbe più vantaggioso anche per gli infermieri perché non intralceremmo il loro lavoro. Sarebbe più comodo sia per noi che per loro."
			Sala infermieri Chi: infermieri, medici, OSS, pazienti, genitori pazienti Funzioni: attività burocratiche, postazione con computer, luogo di riunione personale infermieristico		Sala infermieri Abbastanza grossa e funzionale	
			Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: accoglienza, assistenza al paziente, pulizia e ordine		Camera di degenza Ci si riesce a muovere tranquillamente	

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli	
Infermiera turnista, mattina, pomeriggio e notte a rotazione	Passaggio di consegne, preparazione terapie, somministrazione terapie, assistenza ai bambini	F	Sala infermieri Chi: infermieri, medici, OSS, pazienti, genitori pazienti Funzioni: comunicazione di diagnosi e aggiornamenti di cura, passaggio di consegne da un turno all'altro, colloquio con pazienti e genitori		Sala infermieri Adeguata a tutte le attività, abbastanza grande	D: "Se lei immaginasse di avere un terrazzo completamente chiuso, che segue le regole del reparto, però con la vista sul mare, pensa che sarebbe utile e piacevole per i pazienti, bambini, adolescenti o per i genitori o per voi dello staff? Per avere un momento di pausa." R: "Sicuramente sì, perché per esempio abbiamo delle vetrate che danno sul mare e molti si fermano lì anche se è il corridoio. Portano i bambini a vedere il mare perché magari in alcune stanze si vede poco. Magari è anche un modo per distogliere il bambino dalla routine quotidiana, lo portano a vedere il mare, si fermano lì e vedo che è piacevole per loro, per staccare un attimo." D: "Se potesse immaginare di avere una stanza in più all'interno del reparto, a quale attività la dedicherebbe?" R: "Magari una stanza dedicata solo ai ragazzi perché iniziamo ad avere tanti adolescenti e magari una stanza per loro, anche solo per chiacchierare, sarebbe utile. Hanno bisogno magari di un riscontro di un coetaneo che sta vivendo la stessa esperienza. Con noi spesso non ne parlano. Come dicevo ora iniziano ad essere tanti quelli grandi, la frequenza di ragazzi preadolescenti e adolescenti è sempre maggiore. C'è la sala giochi però poi in effetti quando non c'è la maestra tanta attività vengono chiuse a chiave quindi se non hanno loro i computer e telefonini, le giornate sono lunghe in reparto. Magari sì, un ritrovo per loro sarebbe bello. Al mattino tanti magari aiutano la maestra, fanno dei lavoretti che magari i bambini non possono fare da soli, come tagliare o cose di questo tipo, ma poi finisce lì. Sarebbe carina come idea secondo me. L'adolescenza in generale è una fase un po' particolare, mi viene in mente per esempio un servizio di psicologia, una stanza per una psicologa nella quale poter andare come un adulto senza fare una richiesta formale, se si ha bisogno, si va."
			Sala medici Chi: medici, infermieri, pazienti, genitori pazienti Funzioni: comunicazioni di diagnosi e aggiornamenti di cura, colloquio con pazienti e genitori		Sala medici "... la stanza dei medici è abbastanza intima, una volta chiusa la porta si sta tranquilli."	
			Cucina del personale Chi: infermieri, medici, OSS Funzioni: preparazione colazioni, pausa caffè o pranzo (a seconda del turno) del personale	Cucina del personale Un po' piccola, soprattutto per i momenti di comunità, nel momento del cambio turno è difficile		
			Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: accoglienza, assistenza al paziente, comunicazioni con genitori e pazienti	Camera di degenza Alcune sono un po' piccole		
Paziente, 11 anni, Pompei	Deve fare: terapie e riposo Piace fare: disegnare, ascoltare musica, fare origami con la carta	F	Sala giochi Chi: tutti Funzioni: lezioni, lavoretti, disegni con maestre		Sala giochi Si può trascorrere il tempo con gli altri facendo lavoretti e giochi con le maestre	Le piacerebbe che ci fosse un terrazzo Vorrebbe delle finestre più grandi nella stanza per vedere meglio il mare "Se potessi aggiungere uno spazio nel reparto, una stanza, a cosa la dedicheresti?" "Forse una stanza dove ci sono i computer, si può usare la tecnologia, si possono vedere film."
			Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: terapie, gioco, divertimento, riposo, musica, distrazione, contatto con la famiglia		Camera di degenza C'è spazio lo spazio per disegnare, giocare anche senza stare a letto Finestra sul mare C'è lo spazio per stare con la famiglia, la poltrona, il tavolo e si vede il mare	

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli	
Paziente, 15 anni	Deve fare: terapie, riposo e studiare Piace fare: guardare la tv, ascoltare musica, fare movimento con la cyclette	M	Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: terapie, riposo, distrazione, tempo con la famiglia, guardare la tv, le partite, guardare il telefono, seguire le lezioni, fare cyclette	Camera di degenza Un po' piccola, in quelle più grandi si può vedere il mare e si possono ricevere più visite	Camera di degenza Finestra sul mare	Gli piacerebbe che ci fosse un terrazzo: "Sarebbe una bella idea perché sarebbe anche una zona di ritrovo" "Aggiungerei una stanza dove ci siano tante cyclette, come se fosse una palestra così non si deve rubare spazio alla camera e si può avere un ritrovo con gli altri del reparto."
			Sala giochi Chi: tutti Funzioni: gioco, distrazione, divertimento, compagnia di altri bambini	Sala giochi Per i bambini più piccoli "Lì non ci sono tanti ragazzi della mia età quindi alla fine preferisco stare più in camera. In sala giochi sono andato oggi per la prima volta e sono al quarto ciclo. Non ci vado molto perché ci sono più i bambini piccoli. Ci si diverte comunque a disegnare con i bambini piccoli."		
Paziente, 13 anni	Deve fare: terapie, riposo e studiare Piace fare: guardare la tv, ascoltare musica, usare il telefono, disegnare	F	Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: terapie, riposo, distrazione, tempo con la famiglia, guardare la tv, usare il telefono, seguire le lezioni, disegnare		Camera di degenza Spazio adeguato per trascorrere il tempo con la famiglia, nella stanza c'è il divano per esempio Finestra sul mare	Le piacerebbe che ci fosse un terrazzo "Se potessi aggiungere uno spazio nel reparto, una stanza, a cosa la dedichereesti?" "Magari una sala giochi però per bambini un po' più grandi, magari anche per altri come me che ho 14 anni."
			Sala giochi Chi: tutti Funzioni: gioco, disegno, distrazione, compagnia di altri bambini			

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli	
Genitore paziente maschio di 15 anni, Genova	Deve fare: assistenza alle terapie, supporto al paziente Piace fare: stare con il proprio figlio, fare un po' di movimento, leggere	F	Sala genitori Chi: famiglie dei pazienti Funzioni: cucina, pausa caffè, ritrovo per i genitori	Sala genitori "È tutto lì insieme quindi se uno deve cucinare e l'altro sta già prendendo un caffè perché ha orari diversi è tutto insieme. Potrebbe esserci una stanza separata anche se non ci diamo fastidio perché è una stanza grande comunque."		Le piacerebbe che ci fosse un terrazzo "Sarebbe una cosa splendida. È sempre come dicevo prima, il discorso della prospettiva, vedi il mare, vedi l'orizzonte, vai a vedere verso l'infinito, c'è molto oltre a questo e dà modo di andare avanti. Diventa una cosa conviviale e di rilassamento. Va bene che la cucina sia così però poi per un momento conviviale può essere giusto questo terrazzo." "L'altra volta però siamo stati nella stanza uno che credo sia l'unica ad avere la finestra in bagno e il fatto di poter entrare durante il giorno senza dover accendere la luce ed è un'ottima cosa. In genere si deve accendere questa luce al neon bianca terribile, meglio magari averla un po' più calda, perché questa ti fa vedere tutta smunta. Magari anche i ragazzi quando vanno a lavare i denti si vedono allo specchio un po' meglio. Ero molto contenta per questa finestra nella stanza uno.
			Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: vita quotidiana (giorno e notte), contenimento effetti personali, distrazione, dialogo con il personale	Camera di degenza Letto troppo corto Niente bidè Quando si apre la poltrona letto sbatte contro il pilastro Luce filtra dalla finestrella della porta dalla mattina presto	Camera di degenza L'unica tra quelle che hanno visto con tre armadi: "Sembra poco però se uno si deve trattenere per più tempo è molto più comodo. Ora che abbiamo più spazio posso dividere bene le cose tra pulite e sporche. Tre armadi, anche se piccoli, ma separati sono una bella cosa. Ora mi sono potuta organizzare molto meglio e la stanza è più ordinata e pulita" (SOLITAMENTE NON CI SONO TANTI ARMADI DIVISI) Privacy acustica e visiva rispettata Finestra sul mare importante per l'umore Stanza adeguata al dialogo con lo staff	Sarebbe bello se potessero muoversi di più sia i pazienti che i genitori con attrezzi fissi in uno spazio simile alla palestra o mobili, da portare volta per volta in camera Sarebbero comodi un frigo o un microonde in camera per quando non si è dell'umore di incontrare altri o uscire dalla camera, o è tardi e si rischia di disturbare gli altri pazienti Sarebbe bello avere una biblioteca "Bisogna prendere dall'esterno quello che può piacere magari in piccolo portarlo dentro il reparto."
Genitore paziente femmina 6 anni, Napoli	Deve fare: assistenza alle terapie, supporto al paziente Piace fare: stare con la propria, giocare con la propria figlia, fare un po' di movimento, leggere	F	Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: vita quotidiana (giorno e notte), giocare con la figlia, distrazione, dialogo con lo staff		Camera di degenza Spazi molto adeguati per i rapporti con la famiglia Privacy acustica e visiva rispettate Spazio per giocare e possibilità di portare tutti i giochi che vogliono Finestra sul mare	Le piacerebbe che ci fosse un terrazzo "Secondo me sarebbe bello, un'ottima idea."
			Sala giochi Chi: tutti Funzioni: giocare, disegnare e fare lezione con le maestre		Sala giochi Molto bella	
			Sala genitori Chi: famiglie dei pazienti Funzioni: pausa caffè, preparazione dei pasti, distrazione, compagnia di altri genitori		Cucina Molto grande e attrezzata	

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli	
Genitore paziente femmina 13 anni, Liguria	Deve fare: assistenza alle terapie, supporto al paziente Piace fare: stare con la propria figlia	F	Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: vita quotidiana (giorno e notte), distrazione, stare con la propria figlia, dialogo con lo staff		Camera di degenza Spazi adeguati per i rapporti con la famiglia Spazi adeguati per i rapporti con il personale Privacy acustica e visiva molto rispettate Spazio per giocare e possibilità di portare tutti i giochi che vogliono Finestra sul mare	Le piacerebbe che ci fosse un terrazzo "Se potesse aggiungere una stanza, uno spazio qualunque nel reparto, a che cosa lo dedicherebbe?" "Penso che sarebbe utile una stanza per intrattenere ragazzi più grandi come mia figlia, per gli adolescenti. Per noi adulti c'è la cucina mentre per i ragazzi manca uno spazio di ritrovo."
			Sala genitori Chi: famiglie dei pazienti Funzioni: pausa caffè, compagnia di altri genitori	Sala genitori Soprattutto per chi viene da fuori sarebbe importante avere una lavatrice		
Genitore paziente femmina 14 anni	Deve fare: assistenza alle terapie, supporto al paziente Piace fare: stare con la propria figlia, lavorare	F	Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: vita quotidiana (giorno e notte), distrazione, stare con la propria figlia, lavorare, dialogo con lo staff	Camera di degenza Sarebbe meglio se fosse più colorata	Camera di degenza Abbastanza confortevole con un tavolo per lavorare Privacy acustica e visiva rispettate Spazio per la famiglia adeguato, sulla poltrona letto si può anche stare madre e figlia insieme Finestra sul mare "Bel panorama ed è molto piacevole" Spazio adeguato al dialogo con lo staff	"Pensa che sarebbe utile avere un terrazzo, naturalmente chiuso con delle vetrate secondo le regole, per avere uno spazio di aggregazione sia per i ragazzi che per i genitori?" "Questo onestamente non te lo so dire, potrebbe essere una cosa in più, se i bambini hanno la possibilità e si sentono di potersi spostare in un altro ambiente che non sia la stanza forse sì. In genere però, almeno secondo la mia esperienza, per esempio mia figlia quando si sottopone alle terapie, non vuole stare a contatto con nessuno, si chiude in stanza e non va neanche in sala giochi quindi non so fino a che punto possa servire per i bambini." D: "Se potesse aggiungere una stanza, uno spazio qualunque nel reparto, a che cosa lo dedicherebbe?" R: "Per i ragazzi forse una sala potrebbe essere utile ma, come dicevo, non so fino a che punto sarebbe utilizzabile. Per me il reparto è soddisfacente così com'è."
			Sala giochi Chi: tutti Funzioni: distrazione, gioco		Sala giochi Accessibile a tutti, dai più piccoli ai più grandi	
			Sala genitori Chi: famiglie dei pazienti Funzioni: pausa caffè, preparazione pasti, distrazione		Sala genitori Molto grande e accogliente	
Genitore paziente femmina 11 anni, Pompei	Deve fare: assistenza alle terapie, supporto al paziente Piace fare: stare con la propria figlia, leggere, distrazione, riposo	F	Sala genitori Chi: famiglie dei pazienti Funzioni: pausa caffè, preparazione pasti, distrazione, chiacchiere con altri genitori	Sala genitori La cucina andrebbe migliorata		"Le piacerebbe se ci fosse un terrazzo tutto vetrato in cui stare, sia con i propri figli che con gli altri genitori, per staccare un po', uscire dalla camera?" "Sarebbe molto bello, anche perché il Gaslini si presta a questi terrazzamenti. Anche nei momenti un po' più difficili vedere il mare ti aiuta a rilassarti. Mi sembra una bella idea." Vorrebbe una sala multimediale, uno spazio per lo svago e per fare due chiacchiere
			Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: vita quotidiana (giorno e notte), distrazione, stare con la propria figlia, lavorare, dialogo con lo staff, lettura, hobby		Camera di degenza I colori sono molto rilassanti Privacy visiva e acustica rispettate: "Sì, la camera mi sembra ben isolata. Siamo stati anche in altri reparti di questo tipo però essendoci magari più letti, magari con stanze doppie o più, erano un po' caotiche. Qui siamo un po' più riservati." Finestra sul mare: "Noi veniamo da Pompei quindi il mare è fondamentale." Adeguata al rapporto con lo staff	

INTERVISTATI			USO SPAZI	OPINIONE SUGLI SPAZI		CAMBIAMENTI PROPOSTI
Ruolo nel reparto	Mansioni	Genere	Quali, funzione, chi li usa	Aspetti critici	Aspetti favorevoli	
Genitore paziente maschio 16 anni	Deve fare: assistenza alle terapie, supporto al paziente Piace fare: stare col proprio figlio, distrazione, riposo	F	Sala genitori Chi: famiglie dei pazienti Funzioni: pausa caffè, distrazione, chiacchiere con altri genitori	Sala genitori Servirebbero la lavatrice e l'asciugatrice		Non c'è uno spazio di aggregazione per i ragazzi adolescenti "Nella stanza lo spazio per il dialogo tra famiglia e staff è adeguato?" "Sì, a parte per esempio stamattina che mio figlio si è un po' arrabbiato perché la dottoressa che lo segue di solito gli ha detto che se avesse avuto i valori in ordine lunedì sarebbe potuto tornare a casa mentre l'altro gli ha detto che la prossima settimana sarebbe meglio rimanere vicino a Genova. Noi abitiamo a quattro ore da qui e lui è un po' agitato per questa cosa. Magari sarebbe meglio non dire tutto davanti a tutti, se c'è una cosa da dire è meglio che si chiami il genitore che poi decide cosa dire al proprio figlio."
			Camera di degenza Chi: tutti Funzioni: vita quotidiana (giorno e notte), distrazione, stare con il proprio figlio, dialogo con lo staff	Camera di degenza Spazio di dialogo con la famiglia da migliorare	Camera di degenza Confortevole, grande e con due schermi così mentre il figlio gioca alla Play Station la madre può guardare la tv, la poltrona letto è molto comoda	Le piacerebbe che ci fosse un terrazzo: "Qui siamo in una gabbia dorata. Bello il panorama, bella la visuale, camera grande però poi in realtà siamo tutti piuttosto separati, a parte quando ci troviamo a prendere il caffè nella saletta genitori. Magari un bel terrazzo con qualche poltroncina, sedia per staccare ogni tanto."
			Sala giochi Chi: tutti Funzioni: gioco, suonare, distrazione	Sala giochi A parte la tastiera non ci sono cose per adolescenti, per ragazzi grandi	Sala giochi Grande	"Se potesse aggiungere una stanza, uno spazio qualunque nel reparto, a che cosa lo dedicherebbe?" "Io non so quanto possano stare a contatto l'uno con l'altro però anche una sala per esempio cinema dove organizzano per esempio con un abbonamento a Netflix o qualcosa del genere. Qualcosa che possa essere di distrazione, possano trovare anche spazio gli adolescenti che altrimenti o si adeguano a fare i giochi da piccoli o restano in camera. Ho visto che ci sono ragazzi di tredici, quattordici, quindici anni ma vedo che già cambia il fatto che lui abbia sedici anni, magari ha bisogno di spazi diciamo moderni per seguire le proprie passioni."

4.4.3 Analisi delle interviste attraverso il confronto con le dimensioni di umanizzazione e i processi di personalizzazione e familiarizzazione

L'obiettivo di questa analisi è quello di comprendere quali siano gli espedienti messi in atto da pazienti e genitori, riconducibili ai due processi di personalizzazione e familiarizzazione, per raggiungere alcune delle dimensioni dell'umanizzazione spiegate nel capitolo 3. A tali espedienti sono connesse attività il cui svolgimento ottimale, anche in relazione alla loro natura, sono necessari spazi adeguati. Nello specifico si è deciso di lavorare sull'*agency/passivity*, sul *sense-making/loss of meaning*, sul *personal journey/loss of personal journey* e sul *sense of place/dislocation*, in quanto sono tra le dimensioni di Todres che meglio si adattano ad un discorso legato all'ambiente, agli spazi e quindi all'architettura.

Sono quindi state raccolte le affermazioni presenti nelle interviste che facessero intuire un lavoro, un'attività o una volontà del paziente e del genitore che avesse come fine, anche se non consapevole, una di queste dimensioni dell'umanizzazione. Il lavoro poi è proseguito con l'individuazione del processo che, a nostro parere, si stava portando avanti con quell'azione tra la personalizzazione o la familiarizzazione. Nello specifico poi sono state estrapolate dalle interviste le azioni ed è risultato che molte di queste strategie siano comuni agli utenti della stessa tipologia, ad esempio tra tutti i pazienti.

L'analisi ha quindi portato a comprendere quali siano già gli espedienti messi in atto e su come promuovere questo tipo di appropriazione degli spazi da parte degli utenti dal punto di vista architettonico.

Com'era già emerso dall'analisi delle interviste, per esempio, si rileva l'importanza del tempo trascorso con la propria famiglia, sia da parte dei pazienti che dei genitori.

Personalizzazione	Familiarizzazione
<ul style="list-style-type: none">• Ridurre lo spaesamento con azioni poste in essere dai pazienti• Essere considerati come persone per non perdere la propria identità• "Rendere personali", adatte alla singola persona, momenti organizzativi e azioni sociali	<ul style="list-style-type: none">• Lavoro adattivo per rendere familiare, conoscibile, riconoscibile, accettabile, gestibile la malattia e le attività ad essa connesse• Vivere in luoghi simili alla vita quotidiana fuori dall'ospedale

Analisi delle interviste ai pazienti

DIMENSIONI DELL'UMANIZZAZIONE	PROCESSI DELLA CARRIERA DEL PAZIENTE	ATTIVITÀ
<p>1) AGENCY / PASSIVITY</p> <p>Avere la possibilità e la libertà di essere ed agire in certi limiti. È collegato alla dignità.</p>	<p>Personalizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipare alle attività di socializzazione nelle aree comuni - Svolgere attività da solo per tenersi attivo e mantenere la propria identità - Trascorrere del tempo con la famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> - Attività con altri pazienti nella sala giochi, socializzare, disegnare, studiare - Fare origami, disegnare, guardare i programmi preferiti, studiare, usare il cellulare, cyclette - Spazio per stare con i familiari
	<p>Familiarizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Svolgere attività che si svolgevano fuori dall'ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> - Disegnare, fare origami, seguire le partite della propria squadra, studiare, fare sport, stare al cellulare, stare con la famiglia
<p>2) SENSE-MAKING / LOSS OF MEANING</p> <p>Bisogno di attribuire un senso della propria esperienza, non essere numeri o statistiche, solo portatori di malattia.</p>	<p>Personalizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Socializzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Farsi conoscere dagli altri pazienti e non solo dai medici che si occupano della cura
	<p>Familiarizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Svolgere attività che si svolgevano fuori dall'ospedale - Tempo con persone presenti anche all'esterno 	<ul style="list-style-type: none"> - Disegnare, seguire le partite della propria squadra, studiare, fare sport, stare al cellulare - Stare con i familiari e gli amici che vanno a trovarli - Stare con i propri genitori come si farebbe a casa propria

DIMENSIONI DELL'UMANIZZAZIONE	PROCESSI DELLA CARRIERA DEL PAZIENTE	ATTIVITÀ
<p>3) PERSONAL JOURNEY / LOSS OF PERSONAL JOURNEY</p> <p>Ogni individuo ha un passato, un presente e un futuro. Si può correre il pericolo di non attribuire attenzione all'esistenza passata o alle speranze per il futuro.</p>	<p>Personalizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguire le passioni che si hanno prima e si vogliono continuare ad avere dopo la fine del ricovero - Tempo con persone presenti anche all'esterno <p>Familiarizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenere legami anche con persone e attività non all'interno dell'ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> - Disegnare, seguire le partite della propria squadra, studiare, fare sport, stare al cellulare - Stare con i familiari e gli amici che vanno a trovarli - Stare con i propri genitori come si farebbe a casa propria
<p>4) SENSE OF PLACE / DISLOCATION</p> <p>Necessità di sentirsi al sicuro, protetto e di riconoscere come familiari gli ambienti in cui si vive e si ricevono le cure.</p>	<p>Personalizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spazio per portare e usare i propri oggetti per seguire le proprie passioni <p>Familiarizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spazio per la famiglia - Spazio per continuare a svolgere attività che si svolgono fuori dall'ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> - Ricevere visite dall'esterno, disegnare, seguire le partite della propria squadra, studiare, fare sport, stare al cellulare, stare con la famiglia - Possibilità di avere i propri oggetti portati da casa - Spazi per trascorrere del tempo con la famiglia - Spazi per le proprie attività come si farebbe al di fuori dell'ospedale

Analisi delle interviste ai genitori

DIMENSIONI DELL'UMANIZZAZIONE	PROCESSI DELLA CARRIERA DEL PAZIENTE	ATTIVITÀ
<p>1) AGENCY / PASSIVITY</p> <p>Avere la possibilità e la libertà di essere ed agire in certi limiti. È collegato alla dignità.</p>	<p>Personalizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Socializzazione nelle aree comuni - Svolgere attività da solo per tenersi attivo e mantenere la propria identità - Salvaguardare la propria privacy - Salvaguardare la propria salute fisica e mentale 	<ul style="list-style-type: none"> - Attività con altri genitori nella cucina comune, socializzare, bere un caffè - Bere un caffè, leggere, guardare la tv, lavorare, usare il cellulare, fare attività motoria, giocare col proprio figlio, trascorrere tempo con il proprio figlio, lavare i propri vestiti (lavatrice e asciugatrice) - Strategie come tendine improvvisate - Due materassi per dormire comodi come nel proprio letto di casa ed essere riposati, rilassarsi (esempio: vista del mare, tv), fare attività motoria, leggere
	<p>Familiarizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Svolgere attività che si svolgevano fuori dall'ospedale - Volere in ospedale oggetti che appartengono alla quotidianità 	<ul style="list-style-type: none"> - Socializzare, cucinare, prendere il caffè, fare attività motoria, stare al cellulare, leggere, trascorrere tempo con il proprio figlio, lavorare, guardare la tv - Il bidè, diversi armadi nei quali riporre i propri oggetti e tenere in ordine la stanza, due materassi per dormire comodi come nel proprio letto di casa, finestra nel bagno per vedersi con la luce naturale allo specchio, microonde e frigo personali in camera, biblioteca del reparto, giochi, lavatrice e asciugatrice, tv

DIMENSIONI DELL'UMANIZZAZIONE	PROCESSI DELLA CARRIERA DEL PAZIENTE	ATTIVITÀ
2) SENSE-MAKING / LOSS OF MEANING Bisogno di attribuire un senso della propria esperienza, non essere numeri o statistiche, solo portatori di malattia.	<p>Personalizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Socializzazione <p>Familiarizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Svolgere attività che si svolgevano fuori dall'ospedale - Tempo con persone presenti anche all'esterno 	<ul style="list-style-type: none"> - Farsi conoscere dagli altri genitori e non parlare solo col personale e col proprio figlio - Socializzare, cucinare, prendere il caffè, fare attività motoria, stare al cellulare, leggere, giocare con il proprio figlio, trascorrere tempo con il proprio figlio, lavare i propri vestiti (lavatrice e asciugatrice), lavorare, guardare la tv - Stare con i familiari e gli amici che vanno a trovarli - Stare con i propri figli come si farebbe a casa propria
3) PERSONAL JOURNEY / LOSS OF PERSONAL JOURNEY Ogni individuo ha un passato, un presente e un futuro. Si può correre il pericolo di non attribuire attenzione all'esistenza passata o alle speranze per il futuro.	<p>Personalizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguire le passioni che si hanno prima e si vogliono continuare ad avere dopo la fine del ricovero - Tempo con persone presenti anche all'esterno - Pensare alla vita finito il ricovero <p>Familiarizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenere legami anche con persone e attività non all'interno dell'ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavorare, fare attività motoria, stare al cellulare, leggere, guardare la tv - Stare con i familiari e gli amici che vanno a trovarli - Stare con i propri genitori come si farebbe a casa propria - Guardare il mare e l'orizzonte e vedere oltre ciò che si sta vivendo - Ricevere visite dall'esterno, lavorare, fare attività motoria, stare al cellulare, leggere, giocare con il proprio figlio, trascorrere tempo con il proprio figlio, guardare la tv

DIMENSIONI DELL'UMANIZZAZIONE	PROCESSI DELLA CARRIERA DEL PAZIENTE	ATTIVITÀ
<p>4) SENSE OF PLACE / DISLOCATION</p> <p>Necessità di sentirsi al sicuro, protetto e di riconoscere come familiari gli ambienti in cui si vive e si ricevono le cure.</p>	<p>Personalizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spazio per portare e usare i propri oggetti per seguire le proprie passioni - Salvaguardare la propria privacy - Salvaguardare la propria salute fisica e mentale 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di avere i propri oggetti portati da casa, anche attrezzi per l'attività motoria, per la lettura, per il gioco, per cucinare - Strategie come tendine improvvisate - Due materassi per dormire comodi come nel proprio letto di casa ed essere riposati, rilassarsi (esempio: vista del mare, tv), fare attività motoria, leggere
	<p>Familiizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spazio per la famiglia - Spazio per continuare a svolgere attività che si svolgono fuori dall'ospedale - Volere in ospedale oggetti che appartengono alla quotidianità 	<ul style="list-style-type: none"> - Spazi per trascorrere del tempo con la famiglia, giocare - Spazi per le proprie attività come si farebbe al di fuori dell'ospedale, anche per attrezzi per l'attività motoria, per leggere, far giocare i figli, per lavorare, per guardare la tv - Il bidè, diversi armadi nei quali riporre i propri oggetti e tenere in ordine la stanza, due materassi per dormire comodi come nel proprio letto di casa, finestra nel bagno per vedersi con la luce naturale allo specchio, microonde e frigo personali in camera, giochi, lavatrice e asciugatrice, tv

4.5 Le conclusioni della ricerca

Per i pazienti e i genitori, in un reparto che giustamente ha regole restrittive e quindi non permette di usufruire di spazi esterni, sarebbe importante avere dei luoghi differenziati, ambienti o piccole zone nelle quali avere un momento di intimità e solitudine, oppure altri in cui riunire gruppi di persone per la socializzazione e il confronto. Per supportare l'interazione sociale che non è sempre facile in reparti come questo, con le difficoltà emotive che si trovano a fronteggiare sia pazienti che genitori, l'architettura può avere un ruolo decisivo con la creazione di punti focali dedicati alla socializzazione di piccoli gruppi di persone, da spazi specifici a semplici zone organizzate solo con gli arredi disposti in modo da favorire il dialogo.

Quando si interviene nella progettazione di reparti di questo tipo bisogna sempre tenere conto dei differenti livelli evolutivi dei pazienti e quindi delle diverse esigenze e preferenze derivanti da questa caratteristica. Così, se un bambino tra i 4 e i 5 anni avrà una preferenza per gli ambienti plurisensoriali e con atmosfere "magiche", per un adolescente uno spazio del genere sarebbe inadeguato e potrebbe creare situazioni di disagio legate al distacco ormai avvenuto da quella fase dell'infanzia. Il tema degli adolescenti è molto importante ma anche complesso e richiede, nella maggior parte dei casi, la partecipazione degli stessi ragazzi alla progettazione. Nel caso in cui uno spazio sia utilizzato sia da bambini che da adolescenti è quindi necessaria la flessibilità che permetta ad entrambi di viverlo a proprio modo senza essere ostacolati o scoraggiati da elementi che non sono adatti a loro sia per quanto riguarda gli spazi privati che quelli comuni.

In generale si può dire che l'ambiente ospedaliero induca passività a causa dei dolori e fastidi che spesso costringono a letto i pazienti e per il fatto che spesso non venga stimolata e promossa la socializzazione. In realtà in tale contesto, specie se pediatrico, l'attività, il gioco e la socializzazione sono fondamentali per il benessere fisico, psichico, sociale del bambino e per il suo sviluppo.

Nel caso del reparto di oncologia in esame, come evidenziato dalle interviste, non tutti i pazienti del reparto hanno la volontà di socializzazione. È anche emerso però che alcuni di loro sono frenati dal fatto che, essendo grandi e nella fase dell'adolescenza, non trovano stimoli per recarsi nell'unico ambiente di ritrovo per i pazienti attualmente presente nel reparto, la sala giochi. È quindi evidente, con le modifiche di fascia d'età che sono state apportate (la soglia è oggi salita fino ai 25 anni circa), gli spazi prima progettati solo per l'infanzia, ostacolano lo sviluppo e

la dimensione sociale di un gruppo ormai consistente di utenti del reparto, gli adolescenti. Per esempio la sala giochi, come già detto, è caratterizzata da arredi che per la maggior parte sono a misura di bambino piccolo, primi tra tutti i tavolini e sedie che, come riferito da una madre, costringevano il figlio undicenne a sedere <<con le ginocchia in bocca>> (intervista riportata in appendice).

La soluzione ideale sarebbe ovviamente quella di avere uno spazio dedicato esclusivamente a questo gruppo anche ricorrendo all'utilizzo di piccole zone all'interno dell'ambiente comune differenziate attraverso colori e arredi che rispondano alle esigenze e alla necessità di distrazione delle diverse fasce d'età.

Gli elementi di distrazione o in generale che mettano a proprio agio e stimolino in modo positivo sia i pazienti, che i genitori, che il personale sanitario e che possono essere inseriti in un contesto giovando a tutti questi utenti, sono numerosi.

Si è per esempio già parlato degli effetti benefici della fruibilità dell'arte. L'arte può rivestire un ruolo molto importante in un reparto ospedaliero, specialmente pediatrico, per tutti gli utenti. La maestra infatti sottolinea il fatto che spesso faccia realizzare dei lavoretti con materiali igienizzabili, naturalmente, per personalizzare il reparto, sia nelle zone comuni sia nelle camere. Il lavoro presente nel corridoio principale ne è un esempio, con temi che richiamano il mare antistante è infatti composto da mosaici che i bambini del reparto hanno realizzato con la maestra e sembra essersi fuso perfettamente con una decorazione dei muri che sarebbe sembrata, in una porzione libera così rilevante, neutra e asettica. Con una semplice decorazione sembra si sia trovato il giusto equilibrio tra decorazione e rilassamento, tanto che molti si recano in questo spazio di passaggio per guardare il mare.

Proprio il mare e in generale la natura, come spiegato nel capitolo 3, hanno un grande potenziale nel contesto ospedaliero. L'Istituto Gaslini, e in particolare il reparto di oncologia, è sicuramente privilegiato da questo punto di vista, avendo in 8 camere di degenza su nove, oltre che nella sala giochi, le finestre che si affacciano su un panorama marino di notevole valore. La progettazione delle pareti vetrate, soprattutto in un reparto come questo nel quale non è possibile aprire le finestre o uscire all'aria aperta, è importantissima per garantire agli utenti di godere delle potenzialità di questo paesaggio. Solitamente si utilizzano delle aperture rettangolari allungate orizzontalmente per avere una visuale ampia del panorama ma la forma non è la scelta più rilevante, infatti va sempre considerato, nella progettazione, il punto di vista che avranno gli utenti, soprattutto se costretti a letto. I bambini, per esempio, spesso usano i davanzali come appoggio per disegnare, e guardare contemporaneamente fuori

dalla finestra. [R. Del Nord, anno]

Oltre a questi elementi si possono utilizzare le nozioni dell'ergonomia, importante non solo per quanto riguarda lo staff e la fatica fisica lavorativa ma anche per il rapporto che il bambino crea con l'ambiente che lo circonda. Si deve infatti ricordare che, sia per questioni fisiche che per ragioni di sviluppo, il bambino vivrà uno stesso spazio in maniera differente dall'adulto. Sarebbe quindi interessante che avesse degli spazi, degli arredi, che rispondano alle sue esigenze e alla sua fisicità, in modo che i bambini possano usufruire in modo libero e, per quanto possibile, autonomo dell'ambiente. In un reparto pediatrico i bambini, oltre ad avere età e fisicità differenti possono anche avere delle disabilità delle quali si dovrà tenere conto nella progettazione. Gli arredi, tavoli e sedie per esempio, possono avere altezze regolabili. Altri elementi, tappetini, volumi con consistenze morbide e angoli smussati, possono permettere ad esempio ai più piccoli, che esplorano il mondo solitamente stando per terra, di muoversi, arrampicarsi e sperimentare gli ambienti in sicurezza. Sia alla scala del reparto che, soprattutto, della camera di degenza, un requisito fondamentale in particolare per il benessere dei pazienti è poi quello della personalizzabilità [R. Del Nord, anno]. La possibilità di portare oggetti da casa, avere spazi sia chiusi per riporli, sia aperti per dimostrare la propria personalità e l'appartenenza della stanza, sono espedienti che il paziente può utilizzare per superare lo spaesamento dato dal fatto di essere stato sradicato dalla propria realtà quotidiana e trovarsi in un luogo che spesso risulta impersonale e alienante. Riportare una parte della propria quotidianità, delle proprie passioni anche in ospedale, come nel caso della ragazza che si diverte a costruire origami o il ragazzo che utilizza la cyclette, può aiutare il paziente a non sentirsi un numero tra tanti pazienti e a mantenere la propria identità, al di là della malattia.

L'unico limite, in un reparto come quello in esame, sta nel fatto che naturalmente i materiali utilizzati debbano essere disinfettabili. La maestra per prima fa realizzare dei piccoli lavori che rispondano sia alle esigenze di personalizzare gli ambienti dei pazienti, sia a quelle igienico sanitarie (come ad esempio il mosaico del corridoio all'ingresso del reparto).

Tutti i discorsi finora fatti, soprattutto quest'ultimo, valgono allo stesso modo anche per il familiare che, al pari del paziente, sente la necessità di ribadire il proprio ruolo di utente attivo all'interno dell'ospedale, di genitore e di persona con interessi e abitudini che vanno al di là di quelle svolte solitamente in una struttura sanitaria. Sarà quindi importante avere degli spazi con una forte flessibilità per i genitori che possono avere esigenze lavorative, alimentari, di distrazione, specifiche. Nel caso del reparto in esame la sala genitori sembra essere molto apprezzata

in quanto composta da vari elementi che permettono attività come il rilassamento, la cucina, la socializzazione, in modo non forzato, a seconda della propria predisposizione. Per quanto riguarda la camera di degenza, invece, come già accennato commentando le interviste di pazienti e genitori, il familiare ha come zona specificatamente dedicata solo la poltrona (oltre al tavolo con la sedia comunque utile per mangiare o sedersi con il proprio figlio). Sarebbe interessante avere invece uno spazio per attività più differenziate o che comunque permetta al genitore di non dover stare sempre nella stessa posizione e nello stesso spazio (l'area della poltrona-letto).

Per quanto riguarda appunto la progettazione delle camere di degenza in strutture ospedaliere pediatriche si deve sempre considerare il fatto che questo ambiente sarà contemporaneamente spazio di vita per il paziente e per il genitore o i genitori, e spazio di lavoro per il personale sanitario. Si deve quindi creare un equilibrio tra le attività della quotidianità familiare e l'iter terapeutico in modo da non creare interferenze che ostacolino il lavoro dello staff. [Romano del Nord, anno]

La camera di degenza può per esempio articolarsi in più zone che avranno una o più funzioni e uno o più utenti. L'importante, in questi casi, è che l'area specifica sia facilmente individuabile e non vi sia ambiguità nella comprensione della funzione. Il fatto che non debba essere ambiguo l'uso di una porzione di spazio non significa che vi sia un solo modo di utilizzarlo. Non va infatti confusa l'ambiguità con la flessibilità, che invece è un valore importante in contesti come quello ospedaliero in cui si deve utilizzare al meglio e in modo intelligente il poco spazio a disposizione per ogni utente.

Le attività dei pazienti, all'interno della camera di degenza, variano dallo studio al gioco, dalla relazione con i familiari al momento in cui il bambino o il ragazzo preferisce stare per conto proprio. In questo momento però, come emerso dalle interviste riguardanti il reparto in esame, lo spazio è poco flessibile e molto incentrato sulla funzionalità delle attività sanitarie. Se si prova ad immaginare cosa possa fare un bambino o un ragazzo che non voglia stare tutto il giorno a letto ci si rende conto, anche dai racconti, che può solo decidere di sedersi al tavolino presente nella stanza o condividere la poltrona con uno dei genitori. Le esigenze che sono emerse dalle risposte di pazienti e genitori riguardano proprio il fatto che la quotidianità possa risultare monotona e chiusa all'interno della sola stanza di degenza. Oltretutto l'unico spazio di dialogo e rapporto affettivo tra paziente e genitore consiste nella poltrona letto che però non identifica uno di quegli spazi che vengono definiti "family- zone". In realtà, soprattutto quando il bambino è piccolo, il contatto fisico è importantissimo, quello con la madre in particolar modo. Specialmente in caso

di fragilità e vulnerabilità dovuti alla malattia, l'ambiente essere caratterizzato da spazi adeguati ad una relazione tattile. Non vi è per ora uno spazio nella stanza che sembri favorire e stimolare il rapporto fondamentale genitori-figlio. Nessuno degli intervistati, coscientemente, sembra notare questa lacuna, perché, grazie ad un lavoro di adattamento che si attua soprattutto in situazioni delicate come questa, si trova il modo di sfruttare al meglio ciò che si ha. Così molti riferiscono che lo spazio per trascorrere il tempo con la famiglia sia soddisfacente ma in realtà sono confusi all'idea che ce ne sia uno specifico, considerano infatti tutta la camera come ambiente per la famiglia. Dagli studi in realtà si è più volte evidenziata l'importanza di avere una zona riservata alla famiglia che non implichi che il paziente sia a letto, in modo che si riproduca, almeno in parte, la dimensione familiare domestica (ad esempio con un divano o delle poltrone per ospitare tutto il nucleo contemporaneamente).

Come già accennato, il genitore svolge un ruolo fondamentale nei reparti pediatrici non solo per il supporto emotivo fornito al proprio figlio ma anche e soprattutto dal punto di vista dell'assistenza, aiutando per esempio il paziente ad andare in bagno, sistemando il letto, in quanto unica figura costantemente presente nella camera di degenza. Data la proporzione del numero di pazienti e di personale sanitario (in questo caso per esempio 3 o 4 persone per turno con 9 pazienti), nel settore pediatrico in particolare, il ruolo del genitore è fondamentale per trasmettere al bambino fiducia e sicurezza, ed è quindi evidente che partecipi attivamente al processo di cura. È quindi importante che ormai, riconosciuto il suo ruolo indispensabile, anche i reparti e gli ospedali si adeguino per il benessere dei genitori dei pazienti ricoverati. Finora infatti, nella maggior parte degli ospedali, al passaggio da una politica per la quale i genitori potevano entrare in reparto solo durante l'orario di visita a una che prevede e spesso pretende la presenza costante di un familiare, si è risposto con il posizionamento di elementi d'arredo come poltrone letto nelle camere. Spesso non si è considerato sufficientemente che la stanza debba ora ospitare la quotidianità di due persone con le proprie necessità ed esigenze, racchiusi a volte in spazi troppo esigui.

A proposito degli spazi dedicati allo staff è importante che si risponda sia alle esigenze lavorative sia a quelle "ristorative", spesso trascurate. Nel caso in esame sembra sia soddisfacente lo spazio dedicato alle riunioni, all'informatizzazione dei dati, il passaggio delle consegne, ma molti trovano che non sia adeguato ai colloqui con i genitori che spesso si svolgono lì. In generale si può dire che sarebbe auspicabile avere uno spazio dedicato ai colloqui ma, nel caso specifico di un reparto con un numero di camere, e quindi di pazienti, di questo tipo, lo stesso staff

ammette che le comunicazioni delicate probabilmente non siano così frequenti da giustificare uno spazio apposito e che forse avrebbero priorità altre esigenze. Dal punto di vista della distrazione, dello “staccare” dallo stress del lavoro in reparti così delicati, il personale non ha grandi risorse. L’unico spazio che possa in parte rispondere a questa esigenza è la cucina del reparto che però è anche uno spazio per il lavoro riguardante la preparazione dei pasti e, essendo piccola, risulta più un ambiente di passaggio che di relax. In ogni caso, anche su questo tema, il personale ha affermato nella maggior parte dei casi che, essendo in pochi ogni turno, spesso non ci si può permettere di fase pausa e difficilmente contemporaneamente ad un altro membro dello staff, quindi si può dire soddisfacente la configurazione attuale.

4.6 L’idea di progetto

Come spiegato nei capitoli precedenti, la ricerca ha portato all’individuazione di alcune esigenze e preferenze delle tre tipologie di utenti. Tramite le indagini si è risaliti alle attività svolte attualmente da pazienti, genitori e personale sanitario e a quali siano gli aspetti da promuovere per migliorare la qualità della vita ospedaliera. A partire da questi risultati si è quindi deciso di sviluppare un’idea di progetto che favorisca i processi di personalizzazione e familiarizzazione.

In primo luogo si è considerato il fatto che si debba intervenire su un edificio già esistente e in particolare su un reparto che si trova al terzo piano di un fabbricato composto da sei livelli. Gli spazi interni, come rilevato dalle interviste e dai sopralluoghi, sono adeguati alle attività che vi si svolgono ma non vi è alcuna possibilità di ricavare delle nuove zone che rispondano alle esigenze individuate dalle indagini. È quindi necessario ragionare su come si possa intervenire su un fabbricato di questo tipo, molto regolare nelle sue forme e realizzato in un periodo storico nel quale il concetto di flessibilità non era ancora uno dei punti focali della progettazione ospedaliera. È infatti evidente che non fosse prevista dal progetto la possibilità di ampliamenti o cambiamenti della configurazione dei reparti negli anni.

Come spiegato precedentemente, oggi il tema della flessibilità, è invece considerato fondamentale, specie nell’architettura ospedaliera che è in continua evoluzione sia a causa delle nuove scoperte in campo medico sia dal punto di vista di altre discipline come la psicologia e la sociologia. Per esempio, gli ospedali pediatrici progettati intorno alla metà del XX secolo non prevedevano solitamente degli spazi che permettessero a uno dei genitori di trascorrere la notte con il proprio figlio rico-

verato. In questi casi, nel momento in cui è stata riconosciuta l'importanza del ruolo del genitore nel processo di guarigione dei piccoli pazienti, anche l'architettura ospedaliera si è dovuta adeguare. Spesso quindi è stato necessario ricorrere a espansioni delle camere di degenza che permettessero perlomeno il posizionamento di una poltrona letto per il genitore. Numerosi esempi dimostrano però che non sempre le soluzioni trovate sono rispondenti, in modo efficace, alle esigenze degli utenti e questo può incidere anche i risultati delle cure. Per questi motivi, negli ultimi decenni, gli ospedali negli ultimi decenni sono spesso progettati in modo tale da permettere delle espansioni e delle modifiche nell'assetto spaziale delle strutture sanitarie nel corso della vita dell'edificio. Un esempio di tale flessibilità è sicuramente rappresentato dal Martini Hospital di Groningen, progettato in modo da consentire la modifica della struttura degli spazi a seconda delle nuove necessità da soddisfare. La strategia di flessibilità messa in atto in questo caso è quella degli aggetti (parti di edificio sporgenti in fuori dal nudo del muro di facciata), "scatole" contenenti attività che, proiettate al di fuori della facciata piana dell'edificio, permettono di acquistare spazi aggiuntivi che variabili e modificabili nel tempo a seconda delle esigenze. Il fatto di prevedere sin dalla progettazione originale degli spazi di questo tipo fa sì che anche le aggiunte successive sembrino far parte di un discorso coerente rispetto alla facciata concepita originariamente senza rischiare di avere un impatto negativo sull'immagine dell'edificio.



Figura 21 - Martini Hospital di Groningen

Fonte: <http://dutchhospitaldesign.com/martini-hospital-groningen/>



Figura 22 - Martini Hospital di Groningen

Fonte: <http://dutchhospitaldesign.com/martini-hospital-groningen/>



Figura 23 - Martini Hospital di Groningen

Fonte: <http://dutchhospitaldesign.com/martini-hospital-groningen/>

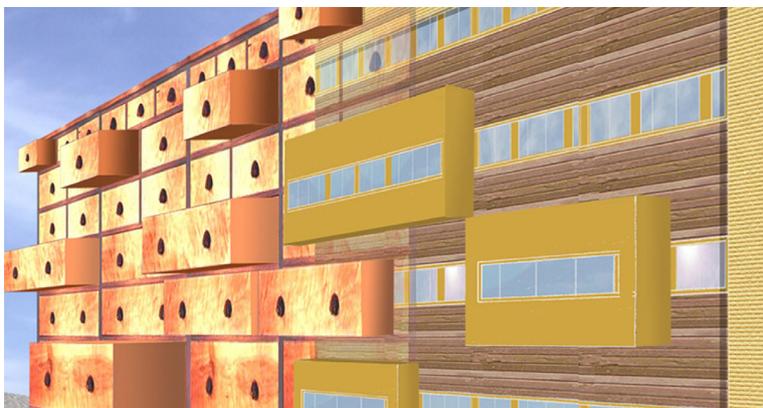


Figura 24 - Martini Hospital di Groningen

Fonte: <http://dutchhospitaldesign.com/martini-hospital-groningen/>

Nonostante il fabbricato dell'Istituto Gaslini non presenti una configurazione di questo tipo, si è pensato di lavorare, seguendo l'esempio dell'ospedale di Groningen, per "addizione". L'idea di spazi aggettanti che si innestino su un edificio massiccio è risultata interessante anche nel caso in esame. Nel caso analizzato si è quindi pensato di realizzare tali aggetti negli spazi più consoni alle esigenze da soddisfare ma un discorso di questo tipo potrebbe essere esteso anche agli altri piani dell'edificio così da avere un risultato più coerente e omogeneo. Inoltre in uno sviluppo futuro si potrebbe pensare di utilizzare questo metodo di acquisizione di spazio aggiuntivo anche per gli altri padiglioni dell'Istituto, dando una maggiore uniformità a tutto il complesso dei fabbricati.



Figura 25 - Istituto Gaslini di Genova



Figura 25 - Istituto Gaslini di Genova



Figura 26 - Istituto Gaslini di Genova

L'edificio in esame presenta una forma molto regolare e si sviluppa principalmente in senso orizzontale così gli aggetti sono stati pensati come dei "corpi" che si inseriscono in facciata mantenendo questo andamento. È importante che i volumi aggiuntivi siano riconoscibili rispetto alla struttura originale e trasmettano un senso di "leggerezza" in contrapposizione con la solidità dell'edificio preesistente e in accordo con l'ambiente nel quale si inserisce l'ospedale, la costa genovese.

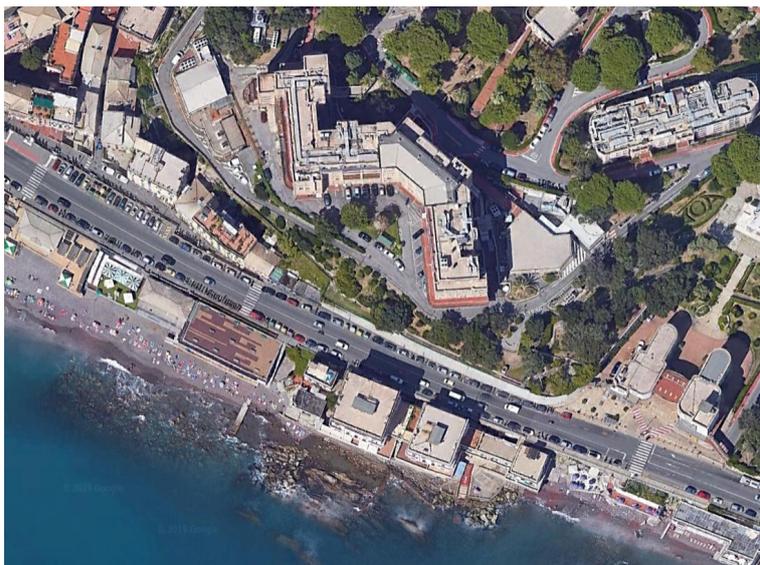


Figura 27 - Foto aerea Istituto Gaslini di Genova

Fonte: Google Earth

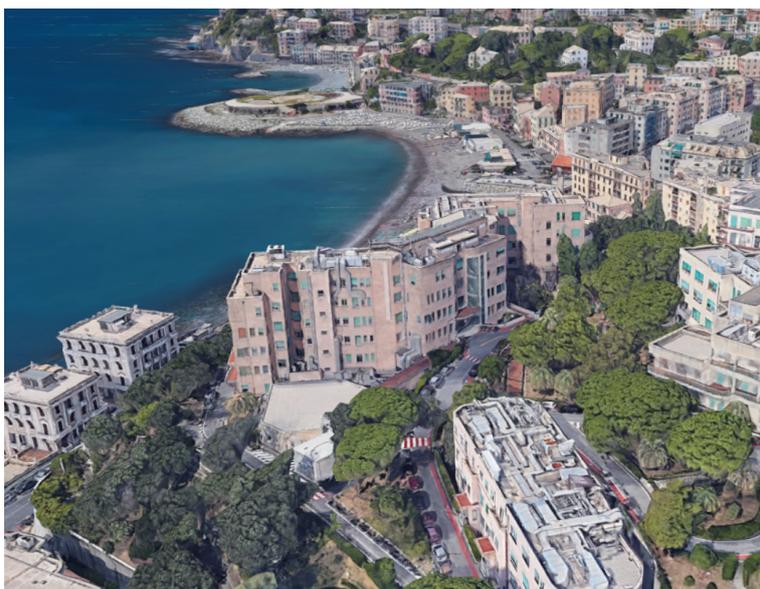


Figura 28 - Foto aerea Istituto Gaslini di Genova

Fonte: Google Earth

Perché i corpi aggettanti si distinguano matericamente e visivamente dal resto dell'edificio si è pensato, come esempio di un possibile materiale di rivestimento, a dei pannelli di vetro simili a quelli impiegati da Rafael Moneo per le facciate dell'ospedale della maternità e pediatrico Gregorio Marañón di Madrid (2003).



Figura 29 - Ospedale della maternità e pediatrico Gregorio Marañón, Madrid

Fonte: <http://rafaelmoneo.com/en/projects/maternity-and-pediatrics-hospital-of-gregorio-maranon-hospital/>



Figura 29 - Ospedale della maternità e pediatrico Gregorio Marañón, Madrid

Fonte: <http://rafaelmoneo.com/en/projects/maternity-and-pediatrics-hospital-of-gregorio-maranon-hospital/>

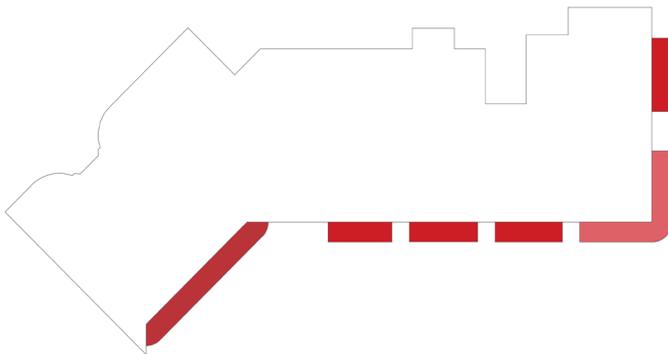
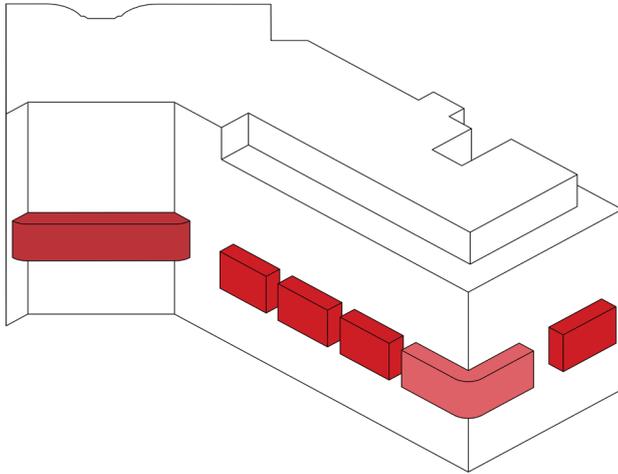


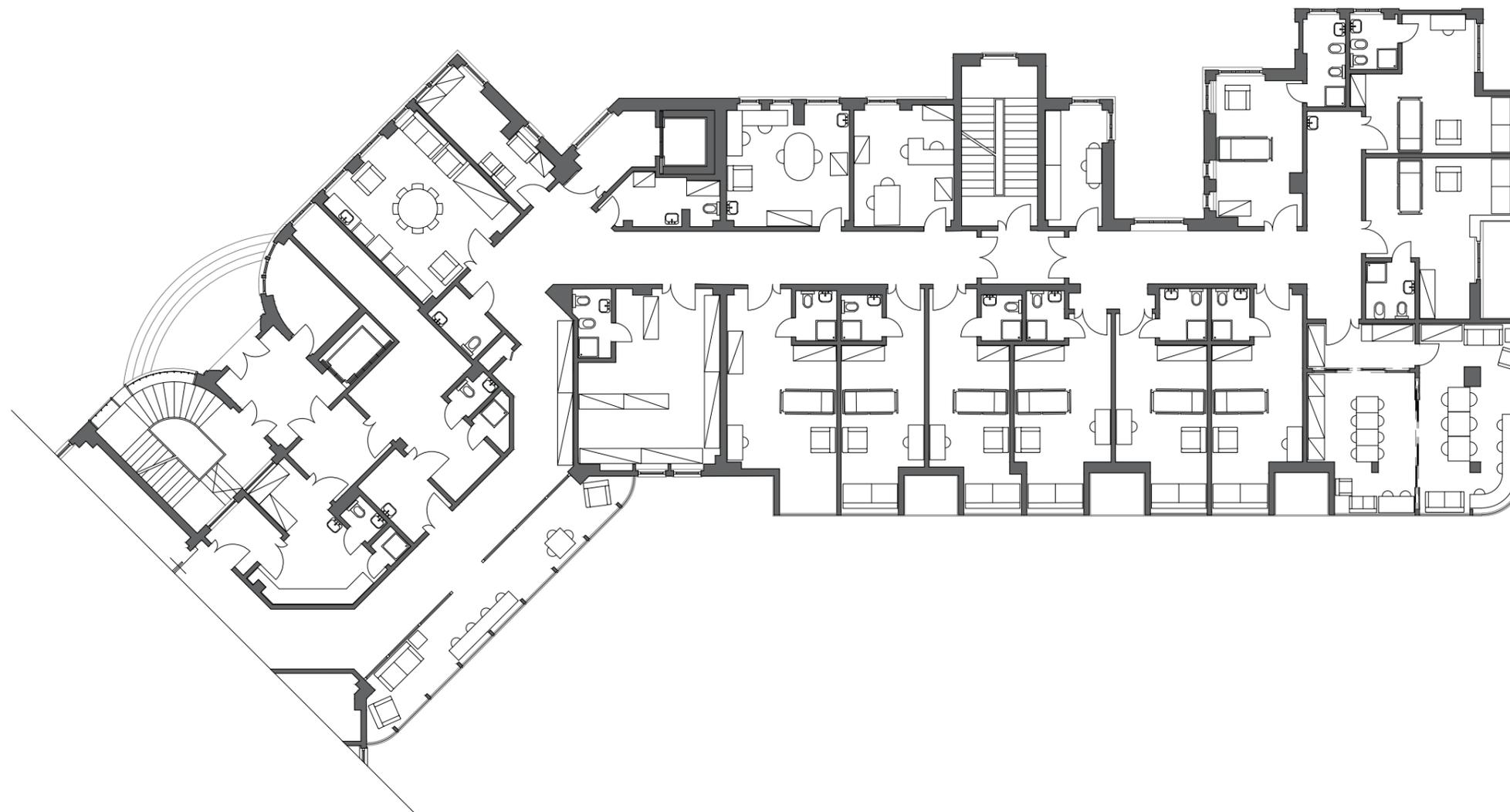
Figura 29 - Ospedale della maternità e pediatrico Gregorio Marañón, Madrid

Fonte: <http://rafaelmoneo.com/en/projects/maternity-and-pediatrics-hospital-of-gregorio-maranon-hospital/>

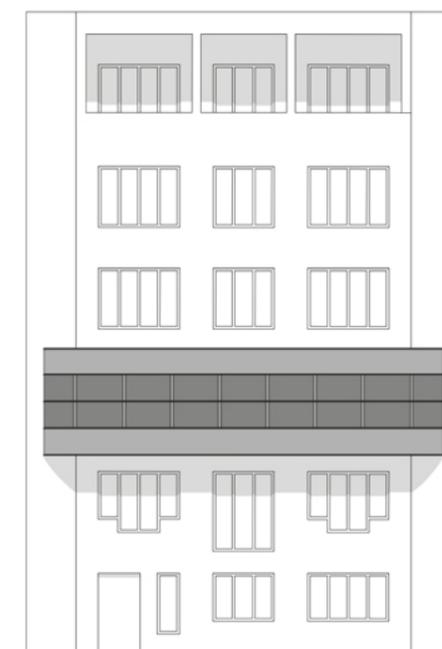
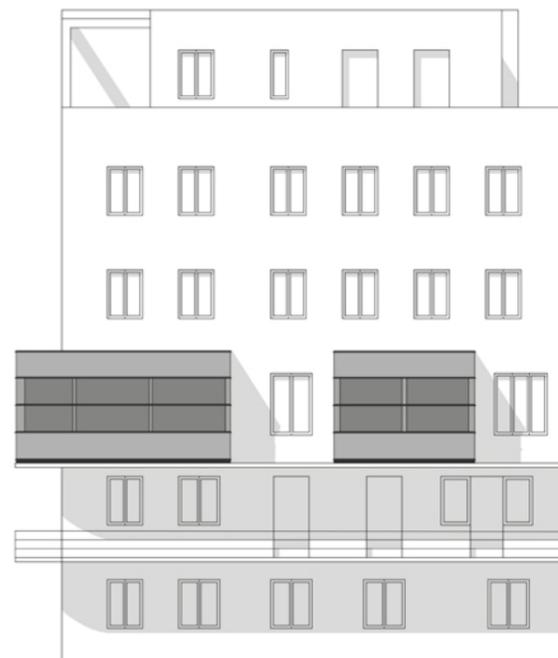
Com'è possibile vedere dalle immagini, il vetro risulta in alcune fasce dell'edificio opaco e in altre trasparente e, in entrambi i casi, si ottengono degli interessanti riflessi che ne danno un'immagine diversa a seconda delle condizioni meteorologiche e della luce. Il materiale, nel caso in esame, è stato pensato come un rivestimento composto da delle fasce orizzontali, così da seguire l'andamento dell'edificio esistente, che si alternano a fasce vetrate che permettano invece la visione dell'esterno dall'interno del reparto.

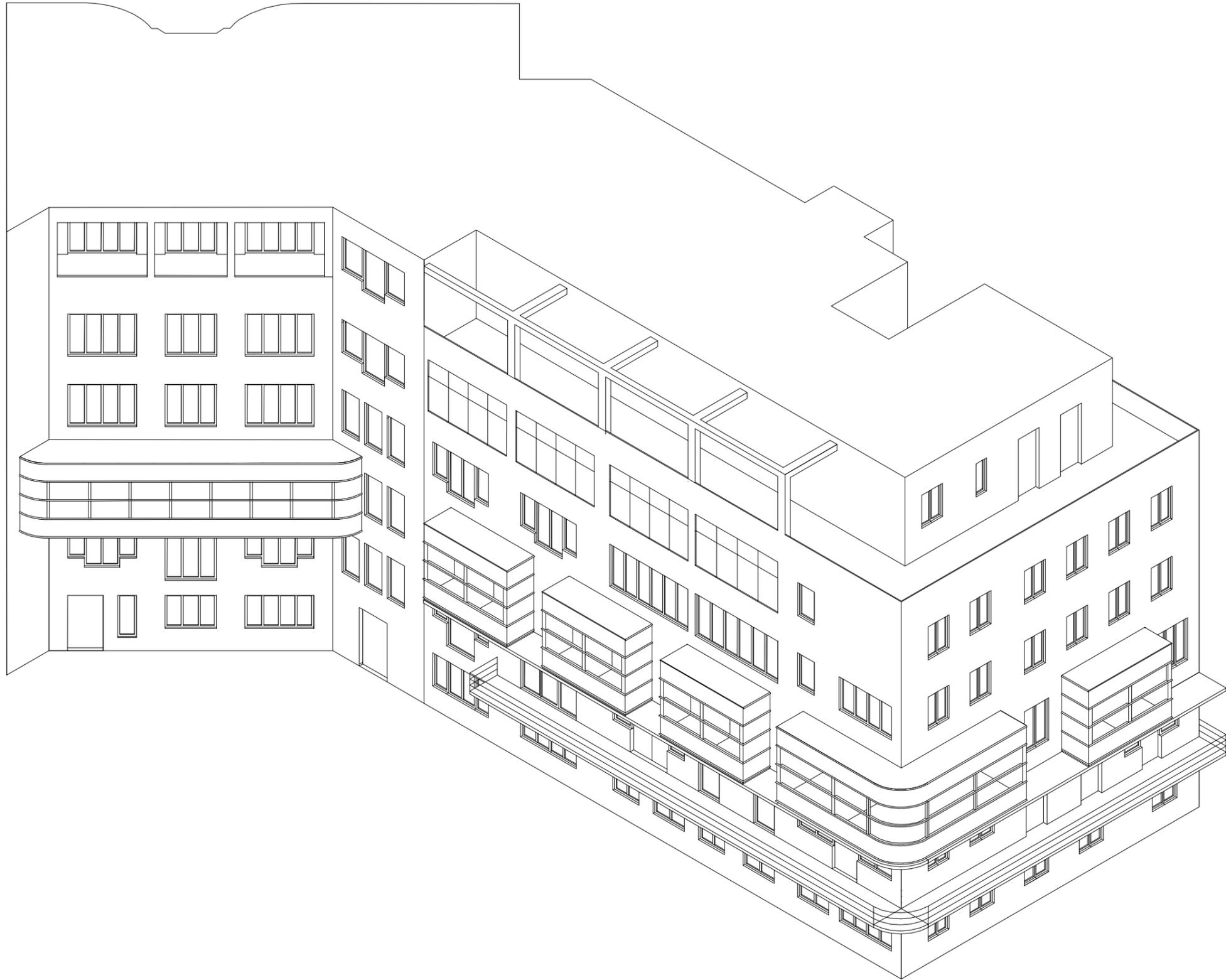
4.6.1 Lo sviluppo dell'idea di progetto



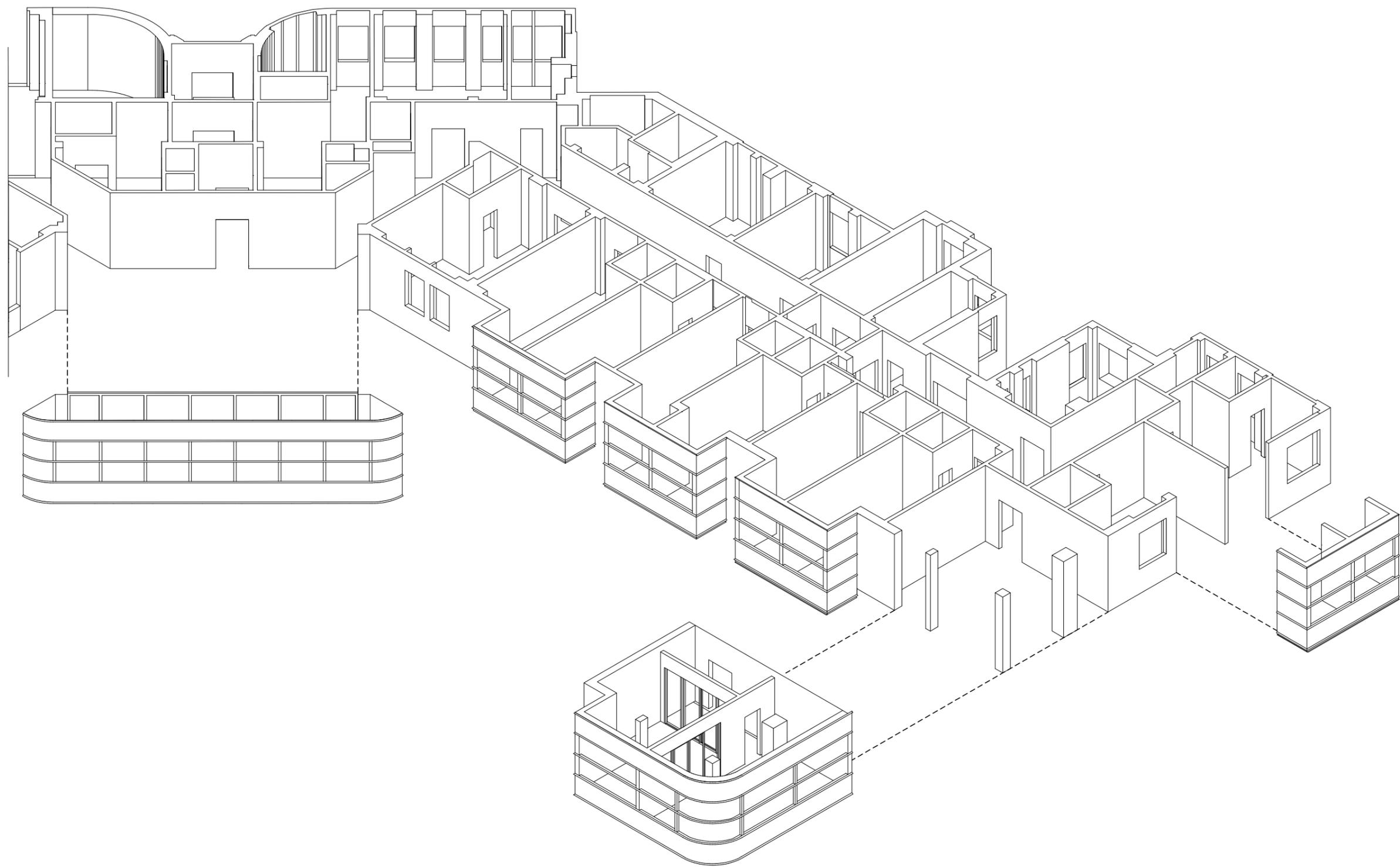


Pianta idea di progetto per reparto Oncologia Pediatrica, Istituto Giannina Gaslini, Genova



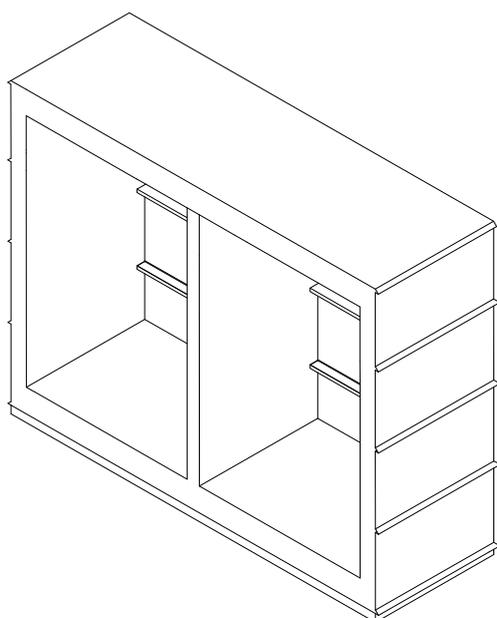
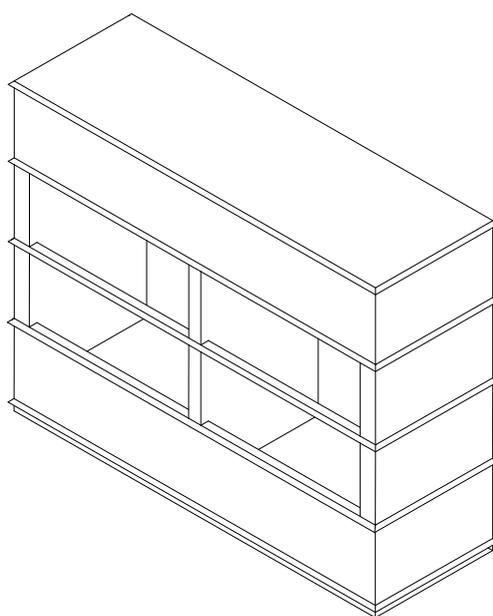


Assonometria, Istituto Giannina Gaslini, Genova



Esploso assometrico, Istituto Giannina Gaslini, Genova

Si è ipotizzato che la struttura degli aggetti sia in acciaio in modo da gravare nel minor modo possibile sull'edificio esistente sul quale di innesta. Le travi si potrebbero ancorare ai solai e le strutture verticali dovrebbero essere solo quelle indispensabili alla stabilità dei blocchi in modo da rispettare anche in questo caso l'andamento prevalentemente orizzontale dell'edificio. Si è poi immaginato che il rivestimento in vetro ricopra tutte le superfici ma alternando le fasce opache a quelle trasparenti.



Assonometrie idea di progetto, Istituto Giannina Gaslini, Genova

Conclusioni

Il lavoro svolto ha dimostrato quanto sia importante il rapporto tra l'architettura e le altre discipline come, in questo caso specifico, la sociologia. In generale la progettazione degli spazi della quotidianità vissuta dalle persone, ha un forte impatto sulle attività che vi si svolgono e sui comportamenti e stati d'animo dei soggetti che vi entrano in contatto. Per questo motivo è interessante sottolineare come l'architetto debba lavorare all'interno di un team multidisciplinare così da poter analizzare da tutti i punti di vista l'esperienza dello spazio.

La sociologia, in particolare, ha come principale campo di ricerca le relazioni instaurate dai soggetti, con oggetti, ambienti o altre persone. Queste si svolgono sempre in un ambiente e quindi non possono prescindere dalla sua configurazione. È perciò evidente come, nella collaborazione tra questi due approcci, vi sia la chiave per il raggiungimento di obiettivi legati al miglioramento degli spazi che favoriscano la socializzazione, l'affermazione di sé e tutto ciò che riguarda il rapportarsi con l'ambiente che circonda il soggetto (intendendo per ambiente quello fisico, emotivo e sociale).

La collaborazione tra architettura e sociologia può essere molto rilevante soprattutto in spazi pubblici come gli ospedali, le scuole, ma anche in quelli privati come le abitazioni. Si possono ottenere degli spazi che stimolino le relazioni nel modo adeguato all'ambiente e alle attività che vi si svolgono. Questi, nel caso di un luogo di lavoro, per esempio, possono favorire un miglioramento delle prestazioni o la diminuzione dei livelli di stress occupazionale; in ambienti scolastici possono invece sostenere gli studenti nella presa di coscienza della propria identità, nella socializzazione e nell'apprendimento. Nelle strutture ospedaliere, come esposto nella tesi, possono favorire non solo un miglioramento delle performance del personale ma anche e soprattutto l'instaurarsi di relazioni che permettano al paziente e alla sua famiglia di avere il minor disagio possibile derivante dalla situazione delicata nella quale si trovano.

L'utilizzo di metodologie di indagine proprie di altre discipline può aiutare l'architetto a creare un quadro completo della situazione iniziale, sia della realtà fisica che di quella sociologica, comprensivo delle esigenze che devono essere soddisfatte sulla quale si andrà poi ad intervenire con il progetto. Discipline come la sociologia per svolgere le ricerche spesso impiegano metodi di indagine come interviste, questionari, osservazioni dirette, che permettono di mettere in evidenza il punto di vista degli utenti. È molto importante tenere sempre presente che gli spazi sono progettati per essere vissuti e perché questo accada le persone devono sentirsi a proprio agio nel frequentarli e devono appropriarsene nel modo che trovano più consono alle proprie

esigenze. È quindi necessario conoscere il pensiero e l'azione di chi utilizzerà lo spazio, non progettare per dei clienti "ideali" ma il più possibile "reali". Per fare ciò si può parlare di progettazione partecipata, un processo metodologico che prevede la collaborazione di vari attori (cittadini o gruppi sociali destinatari di un'iniziativa, amministratori e tecnici) che, attraverso spazi e momenti di elaborazione, sono coinvolti nell'ideazione o nella realizzazione comune di un progetto con ricadute sui partecipanti e il loro gruppo di appartenenza.

La progettazione partecipata viene impiegata in numerosi settori ma, essendo una procedura complessa, specie a livello organizzativo, non sempre vi è la volontà e la capacità di sfruttarne il potenziale. In particolar modo nell'architettura, la possibilità di avere il punto di vista di chi usufruirà direttamente di uno spazio è un vantaggio da non sottovalutare, soprattutto considerando il fatto che l'obiettivo della progettazione di un ambiente dovrebbe essere quello di soddisfare le esigenze degli utenti. Nel caso in esame si sono coinvolti direttamente pazienti, genitori e personale sanitario per l'analisi e la definizione delle loro esigenze. In un possibile sviluppo futuro sarebbe interessante continuare il lavoro in questa direzione con meeting e workshop che coinvolgano gli utenti in ogni fase della progettazione. Si potrebbero organizzare, per esempio, degli incontri per valutare l'idea di progetto sviluppata e avere così l'occasione di perfezionarla e comprendere se si siano considerati tutti i temi ritenuti importanti dalle persone coinvolte. Oltre alla collaborazione degli utenti nelle fasi iniziali della progettazione, come si è fatto nel caso in esame, e durante lo sviluppo del progetto, è importante anche il loro coinvolgimento in una possibile valutazione post-occupativa, auspicabile soprattutto in ambienti critici come quelli ospedalieri. La Post Occupancy Evaluation (POE) consiste in un "processo sistematico di valutazione delle prestazioni degli edifici dopo che sono stati costruiti e occupati per un periodo di tempo" (Preiser, Rabinowitz, White, 1988) e permette di comprendere se le strategie sviluppate nel progetto per raggiungere gli obiettivi prefissati siano state adeguate e efficaci.

Si può quindi sostenere che il lavoro dell'architetto non termini mai, neanche dopo la realizzazione del progetto e che non debba avere limiti di conoscenze. L'architetto è una figura che deve saper impiegare le proprie competenze senza mai dimenticare che il proprio lavoro influenzerà le vite delle persone che lo utilizzeranno. Come un regista deve avere un quadro completo della situazione e coordinare la scena, come un attore, deve comprendere il personaggio che avrà un ruolo nella scena progettata, cosa farà, come si muoverà, comporterà, come deciderà di utilizzare questo spazio; è quindi un vero e proprio lavoro di immedesimazione.

Appendici



Interviste staff

Intervista numero 1 - Infermiera

Domanda: “In primo luogo vorremmo sapere qualcosa a proposito della vostra giornata. Può descrivermi la sua giornata tipo, la vostra routine, da quando arrivate in reparto fino alla fine del turno? Come funziona il vostro lavoro?”

Risposta: “Premesso che noi abbiamo diversi ruoli all’interno del reparto. Io sono una diurnista, quindi non faccio notti e sono quindi di supporto al turno, lavoro mattina e pomeriggio, anche week end o festivi alternati. Io faccio un po’ meno perché sono part time quindi lavoro cinque ore al giorno. La giornata tipo dipende da ciò che c’è da fare in quella specifica giornata ma in generale si fa supporto al turno, andare dai pazienti, fare prelievi, medicazioni, fare avanti e indietro con la sala operatoria o per la risonanza. Essendo bambini magari anche una TAC, che è un esame veloce, se il paziente è piccolo, è facile che la si faccia con l’anestesia quindi non può tornare indietro da solo, ci vuole l’infermiera che lo vada a prendere. C’è poi il discorso riguardante la preparazione delle terapie, solitamente c’è una persona specifica che lo fa ma nel caso in cui sia assente ci pensiamo noi. Solitamente c’è una persona specifica che prepara i farmaci, un’infermiera che fa giornate in settimana, una diurnista standard dal lunedì al venerdì, quindi sabato e domenica che lei non c’è, quando io sono di turno li preparo.

Le turniste si occupano prevalentemente dell’assistenza al paziente, noi diurniste più di tutto ciò che sta attorno.

D: “Parlava prima del fatto di accompagnare i bambini anche fuori dal reparto, quindi non state solo all’interno del reparto. In quel caso quindi voi con il bambino uscite dall’edificio e siete sempre voi a stare con lui per poi riportarlo?”

R: “Rimaniamo solo se è assolutamente necessario, se è un bambino che non ha problematiche particolari per cui necessita dell’assistenza dell’infermiere, non va l’infermiere ad accompagnarlo ma solitamente i genitori. Se i genitori non sanno dove andare li accompagnano gli OSS. Nel momento in cui il bambino debba essere andato a prendere perché ha subito una sedazione allora va un infermiere con l’OSS solitamente.”

D: “In ogni caso un genitore è sempre presente?”

R: “Sì, è difficile che non ci sia il genitore.”

D: “Come avviene solitamente la fase di accoglienza, la diagnosi avviene prima e il bambino arriva qui con la diagnosi certa o questa è anche una zona di accertamento?”

R: “Possono succedere entrambe le cose, che il bambino faccia

un accesso magari in pronto soccorso, che il quadro non sia chiaro e quindi venga ricoverato in un altro reparto, poi si fanno gli accertamenti e da lì si capisca che è una cosa di nostra competenza e allora a diagnosi già fatta o sospetta venga trasferito da noi, oppure può capitare direttamente che ci sia il sospetto che si tratti di qualcosa di oncologico per cui viene direttamente da noi e gli accertamenti diagnostici vengano fatti già da noi. Può anche succedere che una diagnosi venga fatta in un altro ospedale e poi vengano indirizzati a noi o per competenza o per necessità della famiglia.

D: “Dopo la diagnosi il ricovero è immediato?”

R: “Dipende, non è detto che un bambino a cui viene fatta la diagnosi di un tumore, in quel momento stia male e abbia bisogno di un ricovero immediato, spesso viene scoperto per caso.”

D: “La terapia deve iniziare al più presto?”

R: “Nel momento in cui c’è una diagnosi certa, sarà necessaria una biopsia, quindi i risultati dell’anatomia patologica che richiede i suoi tempi e si prova a ridurli al minimo possibile. A quel punto viene fatto un programma di terapia ed inizia un continuo dentro e fuori perché il bambino si ricovera quando deve fare un ciclo di terapia, finito il ciclo di chemioterapia il paziente esce e proseguirà i suoi controlli in day hospital fino al ciclo di terapia successiva.”

D: “Il day hospital non è qua?”

R: “È in un altro padiglione.”

D: “Voi infermieri del reparto lavorate solo in questo reparto o anche in day hospital?”

R: “Andiamo in day hospital solo se richiesto a causa della carenza di personale, la turnista però non va. Però all’interno del dipartimento c’è abbastanza flessibilità ma non è la norma.”

D: “Il sistema reparto-day hospital dal punto di vista del paziente è un’unica cosa. I tempi medi di ricovero in reparto quali sono?”

R: “Dipende dai cicli chiaramente, due giorni, quattro, c’è solo una terapia che dura più delle altre, si può arrivare a dieci, undici giorni.”

D: “Parlando dell’iter di ricovero, come funziona? Chi si occupa di parlare con i genitori, far capire loro le regole?”

R: “Una di noi, chi è disponibile e libera in quel momento anche perché ovviamente al primo ricovero non conoscono il reparto quindi si fa un minimo di accoglienza, si accompagnano in stanza, si spiegano le aree comuni.”

D: “Dal punto di vista psicologico, facciamo un caso. Quando c’è il sospetto il paziente viene portato qui e gli viene comunicato qualcosa?”

R: “Allora no, diciamo che solitamente quando c’è un sospetto per dei risultati analisi per esempio, è il nostro medico che scende in pronto soccorso, quindi quando i bambini con i genitori

arrivano qui conoscono già la loro situazione o il sospetto che si ha.”

D: “Quindi cosa succede al momento dell’accesso e successivamente?”

R: “Come vi dicevo, l’accoglienza bene o male la facciamo noi. Poi si dà un attimo il tempo di ambientarsi e prendere contatto con l’ambiente e non è detto che l’incontro anche col medico sia il giorno stesso. Viene stabilito ad un certo punto, quando i medici hanno un quadro più chiaro, il momento in cui svolgere un colloquio con la famiglia e i genitori. Prima con i genitori da soli nello studio dei medici o degli infermieri, non in camera del bambino, specialmente se è un bambino grande. Nel caso del bambino di qualche mese si può fare anche nella camera. Di norma però il bambino ha bisogno di un tempo diverso e quindi anche il colloquio deve essere portato avanti in modo diverso.”

D: “Per sua esperienza, questi spazi, quindi per esempio lo studio degli infermieri o dei medici è adeguato o servirebbe magari qualcosa di diverso? Un parere personale?”

R: “Diciamo che può andare bene, è adeguato. Lo studio dei medici non è grandissimo, quindi a volte capita di essere in tanti e sarebbe meglio lo studio delle infermiere che è più grande. Un luogo dedicato solo a questo non avrebbe senso perché non si fanno continuamente comunicazioni. Quando si fanno i colloqui tanto si chiude la porta e nessuno può accedere nel frattempo.”

D: “Quindi è lì stesso che si svolgono tutte le comunicazioni?”

R: “Sì, anche i colloqui intermedi si svolgono nello studio dei medici.”

D: “Per quanto riguarda le attività che si svolgono nello studio degli infermieri, una l’abbiamo detta, cos’altro succede? Quali altre attività vi si svolgono? Anche solo tra voi del personale.”

R: “Nella stanza degli infermieri si preparano le terapie orali, quelle endovenose vengono preparate in una stanza dedicata sotto la cappa. E poi tutte le attività, chiamiamole, burocratiche. Ci sono i computer, si scrivono le consegne, si scrivono le annotazioni, ed è quella utilizzata al mattino presto insieme al medico, per il “passaggio grafiche”, cioè il controllo delle terapie, paziente per paziente il dottore conferma i trattamenti per quella giornata. Di solito in tarda mattina ci si trova lì per fare il punto della situazione e lì stesso avviene il passaggio di consegne tra un turno e l’altro.”

D: “Il “punto” lo fate anche con il medico?”

R: “Certo.”

D: “Quindi è un punto di aggregazione funzionale per le terapie?”

R: “Per tutto perché noi o siamo nelle stanze o siamo lì nella stanza infermieri. Puoi stare quel quarto d’ora in cucina per fare un attimo di pausa ma poi finisce lì.”

D: “Quindi è essenziale a questo punto anche per la gestione e il controllo dei pazienti, che ci sia sempre almeno un genitore col bambino. È un supporto assistenziale fondamentale, da quanto abbiamo capito.”

R: “Per il bambino stesso. Sono molto lontani fortunatamente i tempi in cui i genitori non potevano entrare qui al Gaslini.”

D: “E per gli adolescenti? Funziona allo stesso modo? O qualche volta stanno anche da soli?”

R: “Se hai un bambino piccolo che rischia di cadere dal letto, la mamma dice di voler andare a fare la spesa, noi interveniamo. Nel caso dell'adolescente, la mamma ci avvisa ma non c'è problema.”

D: “Gli adolescenti a volte non vogliono stare da soli?”

R: “Dipende molto dal carattere ma comunque in una fase di malattia e quindi di fragilità, fa piacere il supporto, la compagnia. Noi abbiamo anche dei giovani adulti, fino quasi ai 29 anni. Avevamo una ragazza che ormai conviveva con il proprio compagno e quando veniva qui stava da sola, penso ci sia stata anche la madre solo per il primo ricovero, quando si deve assorbire la botta.”

D: “Comunque sono sempre ricoveri che hanno una durata abbastanza breve?”

R: “In fase di terapia sì, può poi esserci un problema che prolunghi il ricovero però non accade spesso. Può succedere, con casi per esempio ormai dichiarati terminali, li abbiamo comunque presi e per i quali il momento della fine magari è arrivato molto tempo dopo. Oppure anni fa abbiamo avuto il caso quasi cronico, che però fortunatamente capita di rado, e una bambina è rimasta più di sei mesi ma è raro. Secondo l'iter più consueto fanno la terapia e poi tornano a casa. Che sia casa loro se sono di Genova o comunità alle quali ci appoggiamo se non sono vicini.”

D: “Per le terapie devono stare vicini, giusto?”

R: “Devono stare vicino perché comunque tra un ciclo e l'altro devono fare i controlli. Tra un ciclo e l'altro si ha comunque la fase di neutropenia, quindi quando scendono i valori e sono più fragili, quando c'è febbre è indicato il ricovero, quindi possono anche essere ricoverati tra un ciclo e l'altro. Se c'è posto vengono ricoverati qui da noi altrimenti al reparto di malattie infettive o ad altri reparti. Poi per la terapia programmata tornano da noi.”

D: “In comune con ematologia avete qualche stanza per trapiantati?”

R: “No, non è qua il centro trapianti. Con il reparto di ematologia siamo collegati.”

D: “Un'ultima informazione sulla sala infermieri. Sarebbe utile avere un controllo, anche solo con uno schermo, dei parametri dei pazienti?”

R: "No, i pazienti non sono monitorizzati. Si tiene monitorizzato solo il paziente che ha qualche problematica seria in quel momento altrimenti siamo noi che al mattino, al pomeriggio e alla sera, quindi come standard tre volte al giorno, facciamo il giro e in ogni singola stanza si rilevano i parametri."

D: "Anche fisicamente pensa che sarebbe utile avere una postazione più centrale, dalla quale sia più semplice avere sotto controllo la situazione."

R: "Direi di no perché comunque le stanze sono poche e ci sono sempre i genitori che suonano subito il campanello se hanno bisogno. Se per esempio vedessi un video del paziente nella stanza, non rispetterei la loro privacy. Da noi non sarebbero efficaci queste misure."

D: "Per quanto riguarda la cucina, volevo chiederle quali attività si svolgano lì. Oltre al momento in cui si mangia è un posto in cui fare una pausa, prendere un caffè, chiacchierare?"

R: "La cucina è molto piccola, è del reparto quindi fondamentalmente è per servire i pazienti, è il punto di appoggio al mattino per preparare le colazioni, se ne occupano gli OSS. Noi in realtà non abbiamo una cucina nostra. Si può giusto prendere un caffè al mattino, il turno monta alle 7 e non tiriamo subito giù i bambini, magari prima ci prendiamo un caffè."

D: "Quanti siete in contemporanea tra infermieri, OSS?"

R: "Il minimo è due infermieri, di notte per esempio. Di pomeriggio due o tre infermieri e poi magari un OSS, però può non esserci o essercene uno solo per entrambi i reparti. Al mattino in linea di massima un po' di più, sempre le due infermiere del turno, l'infermiera di mattinate in settimana e una diurnista, non sempre però spesso c'è."

D: "Nel fine settimana?"

R: "Al massimo tre di mattina più un OSS e non di più."

D: "La maggior parte delle attività di terapia sono al mattino?"

R: "Sì. Cerchiamo di concentrarle lì anche perché c'è più personale quindi si prova a portare avanti più lavoro possibile, per lasciare meno carico al pomeriggio e alla notte. Se un paziente va a fare una TAC o va in sala operatoria tardi e si deve andare a prendere, quindi un'infermiera e un OSS devono muoversi, qui un solo infermiere legalmente non può rimanere."

D: "A che ora si svegliano i bambini?"

R: "È molto variabile. Noi cerchiamo di rispettare il più possibile i loro ritmi. L'unica cosa che si deve fare nell'immediato del mattino è il prelievo quindi si aspetta un po' e solo se proprio si fa tardi si va a svegliarli. A volte si riesce a farli anche senza svegliarli."

D: "I prelievi a che ora li fate?"

R: "Iniziamo verso le 8."

D: "I genitori dormono qui?"

R: "Hanno una poltrona letto nella camera."

D: "Solitamente c'è solo uno dei due genitori?"
R: "La notte uno solo. Di giorno possono stare in due, di notte no."
D: "Le stanze da letto sono abbastanza piccole."
R: "Dipende, abbiamo stanze da letto piccole e altre sono più grandi."
D: "Se dovesse fare una percentuale di quanto tempo il bambino stia a letto oppure si possa alzare, anche se molto variabile."
R: "In una fase standard il bambino si può alzare sempre, si alza, escono, vanno in sala giochi, al mattino c'è la maestra."
D: "E lo fanno? Non tendono a chiudersi in stanza? Solo quando stanno male magari."
R: "Sì, magari c'è l'adolescente che non ha voglia di stare in sala giochi anche perché la maestra che c'è al mattino è della scuola dell'infanzia. Lei accoglie tutti, mette a lavorare tutti, genitori compresi però magari l'adolescente preferisce fare lezione con gli insegnanti che vengono per loro. Finché siamo nella scuola dell'obbligo abbiamo tutti gli insegnanti che vengono. Se i ragazzi sono più grandi, magari alle superiori."
D: "La maestra quindi fa delle attività. Quanti bambini ha più o meno?"
R: "Dipende da chi vuole andare. Può anche essere che ci siano tutti e nove. Mediamente però sono quattro o cinque. Fa magari attività differenziate a seconda dell'età. Magari ad uno più grande porta un puzzle, un gioco di società, anche in stanza."
D: "Quando i bambini sono in sala giochi i genitori cosa fanno?"
R: "O stanno con loro, o ne approfittano magari per prendere un caffè."
D: "Magari vanno nella stanza dei genitori."
R: "Certo."
D: "Si crea quindi un ambiente abbastanza vivace."
R: "Meno male che è così."
D: "Viene sfruttata molto la stanza dei genitori?"
R: "Sì, direi che hanno la possibilità di cucinare quindi, essendoci anche il frigo con le loro cose lo fanno per sé o per il bambino. Hanno anche la macchinetta del caffè."
D: "Se dovesse dire quale sia il posto più piacevole dove stare quando ha un attimo nel reparto?"
R: "In corridoio a guardare il mare."
D: "Se dovesse dare un punteggio da 1 a 10 a questo spazio sulla una capacità di tirarle magari un po' su il morale?"
R: "Questo è un reparto chiuso, aria condizionata, le finestre che non si possono aprire, un po' di senso di soffocamento ogni tanto si ha. Da uno a dieci, a quella vetrata darei otto, non diamo il massimo che forse è esagerato."
D: "Se ci fosse un terrazzo?"
R: "Non possiamo proprio aprire purtroppo. Ci sono anche i ter-

razzi ma non si può proprio accedere.”

D: “Se potesse avere uno spazio in più all’interno del reparto a cosa lo dedicherebbe?”

R: “Uno spazio magari, tipo aula video, più pensato per gli adolescenti che magari tendono ad isolarsi, a stare in stanza perché la sala giochi è più per piccoli.”

Intervista numero 2 - Infermiera

Domanda: “Come funziona la sua giornata tipo?”

Risposta: “Io sono l’infermiera di mattine. Ci sono tutti i giorni dalle 7 alle 14:40 quindi non faccio i turni, dal lunedì al venerdì. Il mio lavoro è in primis un po’ l’organizzazione del reparto, supervisione della situazione del paziente, essendoci tutte le mattine ho un quadro generale. Si inizia passando le consegne al mattino dal turno della notte, poi passiamo le terapie col medico di reparto e poi iniziamo con le attività mattutine. Si inizia con i prelievi, dal catetere venoso centrale. Non tutte le mattine ma spesso abbiamo vari prelievi da fare. Successivamente iniziamo con le medicazioni, poi c’è la sala operatoria e visite da prenotare. Ci occupiamo dell’organizzazione sia da un punto di vista burocratico sia di assistenza. Mi occupo un po’ dei genitori, supporto e assistenza.”

D: “Sale operatorie per cosa?”

R: “Per anestesi principalmente. Abbiamo una saletta in cui si effettuano procedure che possono essere lombari, medicazioni dove il bambino potrebbe sentire dolore, posizionamento di agli per cateteri venosi periferici, ci sono i bambini molto piccoli. Abbiamo un’infermiera dedicata per l’anestesia e una per quanto riguarda i cateteri e vengono un certo numero di giorni a settimana. I cateteri vanno mantenuti. Io sono la referente per quanto riguarda l’oncologia per i cateteri, quando viene posizionato lo seguo, si controlla. Tutte facciamo tutto poi però c’è la persona che se ne occupa di più. Oppure c’è la sala operatoria dove c’è il posizionamento del catetere venoso centrale. Noi andiamo quindi in sala operatoria a prendere il bambino, dove ci vuole sempre almeno un infermiere perché comunque essendoci l’anestesia dobbiamo andare con la bombola di ossigeno ed essere pronti ad intervenire nel caso in cui ci fosse qualche problema.”

D: “Una curiosità, quanto può durare questo catetere?”

R: “Anche un anno. È un catetere a lunga permanenza. Ci sono vari tipi. Ci sono dei protocolli stabiliti.”

D: “Tutta questa attività si svolge sempre con la presenza di un genitore?”

R: “Sì.”

D: “Anche i genitori diventano assistenti esperti in queste procedure?”

R: "Il genitore in sé è un alleato. Ci aiutano, i bambini sono piccoli. È difficile trovare genitori poco collaborativi. Ci sono magari quelli più sensibili ma purtroppo la patologia è importante e non sempre i genitori hanno la capacità di supportare nel modo giusto. Col passare del tempo vedono anche il nostro approccio."

D: "C'è quasi un ruolo didattico quindi?"

R: "Anche. Noi spesso insegniamo ai genitori e per esempio per quanto riguarda la gestione del catetere spesso tornano a casa anche per due settimane, non si fidano di andare in un altro ospedale quindi la mamma viene istruita. Prima lo facevamo proprio da protocollo perché ci sono questioni burocratiche riguardanti le ASL."

D: "Le attività di comunicazione avvengono più che altro nella camera?"

R: "C'è anche il colloquio individuale, per esempio per la comunicazione di diagnosi c'è anche il medico e l'infermiera. Ci dividiamo i bambini, tutti sanno di tutto però nel momento delle comunicazioni se c'è l'infermiere che di solito si dedica a quel bambino va lui. Nel caso in cui ci siano comunicazioni particolari il medico svolge un colloquio nella sala medici."

D: "Quando viene ricoverato il paziente uno di voi lo accoglie, lo porta nella camera e poi cosa succede?"

R: "Noi abbiamo pazienti che fanno cicli di chemio terapia regolarmente. Vanno e vengono quindi."

D: "Ci sono anche altre terapie oltre alla chemio, giusto?"

R: "Ci sono le terapie di supporto, le idratazioni, i protettori gastrici, della vescica, il cortisone e altre terapie anche per sopportare il dolore."

D: "Le terapie sono svolte quasi tutte in reparto?"

R: "Anche al Day Hospital o a domicilio."

D: "La stanza di degenza è adeguata ai compiti che si svolgono all'interno o vorrebbe cambiarla in qualche modo?"

R: "Abbiamo il bagno in tutte le camere, le mamme sono sistemate nella poltrone che sono nuove, hanno la cucina per loro con frigo, freezer. Ci sembra abbastanza accogliente."

D: "Non c'è intralcio tra le terapie e l'assistenza genitoriale?"

R: "No, assolutamente, anzi le mamme sono un aiuto spesso."

D: "Se lei dovesse dire se ci sia un'evoluzione dal primo giorno in cui il genitore entra qui al decimo ciclo per esempio, di che tipo è? Anche nel rapporto con voi?"

R: "Di solito è migliorativo, anche per il bambino. A volte ci arrivano dei bambini che sono all'esordio della malattia quindi stanno male, sono bambini trasformati. È difficile dire se sia capriccioso, spesso ci sono bambini che stanno male e quindi è normale che siano inquieti, intolleranti, hanno paura. Spesso non sono mai stati in ospedale e si trovano catapultati in questa realtà. Si cerca di avere un approccio amichevole. Oppure vengono da altre re-

altà ospedaliere in cui magari non sono attenti come noi e quindi arrivano spaventatissimi.”

D: “Se avete magari dei momenti di pausa in questo reparto non ci sono spazi aperti, pensa che sarebbe utile averne?”

R: “La pausa significa andare in cucina a prendere un caffè con due chiacchiere al massimo. La mia pausa, essendo delle mattine, ho mezz’ora per mangiare, se faccio in tempo vado in mensa altrimenti qui stesso, nella cucina.”

D: “Se dovesse immaginare di poter avere uno spazio in più all’interno del reparto a cosa la dedicherebbe?”

R: “Io la dedicherei ad una attività ludica per gli adolescenti. Perché noi abbiamo le maestre della scuola materna che sono in gamba, abbiamo play station, televisori però per i ragazzi un po’ più grandi è diverso. C’è anche da dire che vivono in maniera diversa anche la terapia, spesso si chiudono in loro stessi e passano molto tempo a dormire magari. Forse si potrebbe trovare qualcosa per poterli intrattenere. Si cerca di fare il possibile per coinvolgerli però per gli adolescenti qua c’è poco, non so quanto sarebbero interessati ma mi viene in mente questo. Avendo aumentato anche l’età abbiamo anche ragazzi di vent’anni.”

D: “A proposito delle sale infermieri e medici come funzionano?”

R: “La sala medica nostra, dove abbiamo i vari computer e facciamo il passaggio delle consegne. Poi c’è la sala dei medici con altri computer. Però ci interscambiamo, non è settoriale, siamo divisi per comodità. A metà o fine mattinata facciamo il punto col medico quindi un’infermiera fa il giro con lui.”

D: “I medici sono figure che si spostano da un reparto all’altro? Voi invece rimanete sempre qui?”

R: “Noi siamo fissi, poi abbiamo il medico oncologo e fanno una rotazione di alcuni mesi con il day hospital per esempio. Tre volte alla settimana fanno la riunione collegiale di reparto con il medico della domiciliare, con quello del Day Hospital, quello che segue il bambino ricoverato alle malattie infettive, in nefrologia. C’è una rotazione per loro mentre noi siamo fisse, al massimo se c’è un’emergenza andiamo in ematologia.”

D: “per quanto riguarda gli spazi per lo staff, sia quelli per la pausa, sia quelli che riguardano il lavoro, pensa che siano soddisfacenti e adeguati?”

R: “Direi di sì, non possiamo fare grandi cose, dobbiamo sempre stare qui a disposizione. Anche se uno non deve fare assistenza diretta non si può spostare in alcun modo.”

D: “Il corridoio come lo trova?”

R: “È un po’ strettino, perché la mattina fanno le pulizie, poi abbiamo i carrelli. Abbiamo due carrelli con tutto il materiale che ci serve. Oltretutto c’è il carrello delle emergenze, le barelle. Fosse un po’ più largo forse sarebbe meglio.”

D: “Avere una postazione più centrale, anche per questo discor-

so dei carrelli sarebbe utile.”

R: “Magari sì, ci sono reparti in cui hanno il monitor per tenere sotto controllo il bambino. C’è da dire però che questo reparto è piccolo quindi sentiamo i bambini appena chiedono qualcosa.”

D: “Il materiale non ce l’avete nella sala infermieri giusto?”

R: “Abbiamo anche delle scorte lì però i carrelli ci aiutano perché sono tre, uno in fondo al corridoio per le prime tre, quattro stanze, poi ne abbiamo uno per le provette e un altro dove abbiamo il materiale e altre cose per le medicazioni. Due carrelli sono simili per avere il materiale per prelievi, medicazioni, quello che serve più spesso, uno da una parte e uno dall’altra. Abbiamo poi un magazzino per le scorte più grande. Gli OSS mettono il materiale nei carrelli.”

D: “C’è un posto all’interno del reparto che lei trova piacevole?”

R: “La sala giochi per me è molto bella, molto colorata, sempre piena di sole. Io ho una bella impressione quando entro lì, c’è tanto sole, le maestre, gli armadi colorati. Ai bambini piace molto andarci. È piacevole non solo per loro ma anche per noi, a capodanno le ragazze del turno fanno lì la festa, per il compleanno dei bambini si fa lì ugualmente. Sono momenti di allegria quelli che si svolgono nella sala giochi.”

Intervista numero 3 - Maestra

Domanda: “Può descrivermi la sua giornata tipo? Quando arriva in ospedale come si svolge la sua giornata lavorativa?”

Risposta: “Quando arrivo seguo tutte le procedure del vestiario che deve essere consono al reparto. Appena arrivo in reparto dò un’occhiata al tabellone di presenza dei bambini e visto che alle 8:30 magari stanno ancora dormendo, solo dopo che passa il giro medici inizio il giro delle stanze. Spesso ci sono bambini isolati, vedo il segnale e uso l’abbigliamento idoneo. Poi vado in sala giochi e chi può venire accede con piacere anche perché è molto bella, luminosa e accogliente. Si cerca poi, con i lavori dei bambini plastificati, di personalizzarla ma in ogni caso è molto allegra ed è anche un luogo per stare tutti assieme. Manca però un impianto stereofonico. La musica è una cosa che piace tantissimo sia ai piccoli che grandi, è l’ideale per il rilassamento, o mentre si sta facendo un’attività oppure se si vuole intonare una canzoncina. La musica è terapeutica sia per i grandi che per i piccoli. La nostra scuola è per l’infanzia però il nostro servizio prede il coinvolgimento di tutti quelli che ci sono in sala giochi a prescindere dall’età. I nostri orari sono dalle 8:30 alle 13:30. Verso mezzogiorno però i bambini hanno il pranzo, io rimango un altro po’ in sala giochi così ho un momento per disinfettare il materiale e quando tornano magari leggiamo un libro o facciamo qualcosa che non implichino di nuovo il lavaggio del materiale

che viene riposto per l'indomani. Vengono anche quando fanno terapie perché possono venire in sala giochi anche con le pompe. Qui come ordine di scuola sono coperti fino alle scuole superiori però noi della scuola dell'infanzia siamo una per reparto e siamo sempre qui di mattina. La scuola primaria ha il suo orario pomeridiano ma non hanno un solo reparto fisso di cui occuparsi. Poi ci sono i professori delle superiori che hanno un loro orario e coprono un po' mattina e un po' pomeriggio. Si mantengono anche i contatti con la scuola di provenienza solitamente."

D: "La sala giochi secondo lei è adeguata alle attività che vi si svolgono?"

R: "C'è anche un tavolo per i grandi che non hanno problemi ad inserirsi tra i più piccoli. È ben strutturata e ci sono tante prese per attaccare il computer per esempio, è molto funzionale ed ha anche una bella vista molte volte vengono anche solo per guardare il panorama. Gli armadi vanno bene."

D: "Pensa che servirebbe uno spazio di ritrovo per i ragazzi più grandi?"

R: "Se ci fosse un posto di ritrovo per i più grandi non sarebbe male. La sala giochi, dal mio punto di vista di insegnante, va benissimo però per il resto magari sarebbe utile avere un altro spazio. Qui di ragazzi grandi ce ne sono tanti. Magari potrebbero avere queste esigenze. In questo reparto ci sono anche dei ragazzi oltre 18 anni e per quanto io possa coinvolgerli è già difficile farlo con i quattordicenni e i quindicenni, figuriamoci quando sono più grandi."

D: "Cosa ne pensa della camera di degenza?"

R: "Ci può essere quella più grande o quella più piccola però in tutte c'è il tavolino per lavorare con il bambino o comunque di riesce a lavorare anche a letto. Non ho trovato difficoltà a lavorarci insomma."

D: "È adeguata sia per i bambini che per gli adolescenti?"

R: "Spesso con i lavori dei bambini cerchiamo di renderla più accogliente con i disegni, portafoto cerchiamo di strutturare la stanza. Lascia la libertà di personalizzare senza vincolarli con disegni troppo da piccoli o troppo da grandi. C'è la libertà di crearsi la stanza come la si vuole."

D: "Se esistesse un terrazzo chiuso, seguendo le regole del reparto, secondo lei sarebbe utile e piacevole per genitori, bambini, adolescenti e staff? Uno spazio dal quale poter guardare il mare."

R: "Se tiene conto di tutte le norme penso di sì. Molte volte i bambini e i ragazzi non possono neanche andare nelle stanze gli uni degli altri e l'unico ritrovo è la sala giochi. Quindi se questo fosse uno spazio fuori potrebbe essere piacevole ma non le so dire perché non avendoci mai pensato non saprei. Uno spazio così forse potrebbe portare di più anche alla vita normale, maga-

ri hanno bisogno di avere un aggancio con la vita di fuori.”

D: “Se potesse aggiungere una stanza al reparto a cosa la dedicherebbe?”

R: “Magari a qualcosa di più legato al movimento, dei giochi che implicino il movimento magari anche con la musica, non solo strutturati come laboratori. Ovviamente con i limiti che possono avere i bambini in questo reparto.”

Intervista numero 4 - Infermiera

Domanda: “Può descrivermi la sua giornata tipo? La routine del lavoro, quali spazi frequenta.”

Risposta: “Noi frequentiamo principalmente lo studio a noi dedicato, ci passiamo le consegne, abbiamo i computer e passiamo tanto tempo in questa stanza. Per il resto della giornata stiamo in corridoio e nelle varie stanze di degenza. Io sono turnista per cui faccio un giorno la mattina, quello dopo il pomeriggio e poi la notte a rotazione.”

D: “Come avviene l’accoglienza dei nuovi pazienti e dove?”

R: “Siamo nella zona filtro perché devono passare prima di arrivare in reparto. Se sappiamo che deve arrivare un paziente nuovo con la sua famiglia li accogliamo spiegando le prime norme igieniche. Poi passiamo dal corridoio e andiamo direttamente in stanza dove vengono spiegate tutte le altre norme di cui devono essere a conoscenza e facciamo fare un giro del reparto. Abbiamo anche una stanza dei genitori in cui possono preparare pasti sia per loro stessi che per i bambini che sono già un po’ particolari, vista la patologia mangiano poco, se magari non li piace neanche ciò che c’è, è meglio dargli un’altra alternativa.”

D: “Per quanto riguarda questi spazi sono adeguati o pensa che sarebbe utile avere una stanza per le comunicazioni anche durante l’iter terapeutico?”

R: “Secondo me servirebbe una stanza per tutte le comunicazioni che di solito si fanno negli studi medici. Però spesso c’è la psicologa che parla con i genitori e i bambini non dovrebbero assistere a questo colloquio e manca uno spazio per questo tipo di comunicazioni, un piccolo studiolo, lo dico anche per i genitori, per non essere esposti alla vista di tutti.”

D: “La sala medici e la sala infermieri vengono usate anche per altre cose?”

R: “Sì, infatti noi cerchiamo di non entrare e non disturbare però ci sono le cartelle e altre cose per cui ci serve entrare per il lavoro. Magari disturbiamo in quel momento o suona il telefono e comunque non è l’ideale in un momento così delicato.”

D: “Che attività si svolgono nella sala infermiere e sala medici?”

R: “La sala infermiere è abbastanza ampia e riusciamo a farci la consegna senza problemi, quella dei medici è un po’ piccola,

anche perché a volte, visto che siamo costretti a fare comunicazione di diagnosi con i genitori lì, siamo un po' stretti. Anche se può essere interpretato come un fattore accogliente ma non sempre."

D: "La cucina dello staff è adeguata?"

R: "Quella del reparto è piccolissima e vengono preparati anche i latti per la colazione al mattino ed è un po' piccola. Ci stringiamo un pochino e ci alterniamo quando abbiamo tempo di fare la pausa o ci se ci portiamo da mangiare da casa magari a inizio turno o quando è finito. Si potrebbe sicuramente fare di più, se ci fermiamo in due o tre persone stiamo stretti. Tra l'altro c'è spesso l'OSS che deve lavorare e magari intralciamo le loro attività. Fosse più grossa sarebbe l'ideale."

D: "Per quanto riguarda la camera di degenza è abbastanza spaziosa per svolgere le attività terapeutiche anche con la famiglia che svolge le proprie attività?"

R: "Sono tutte sul piccolo, a parte una abbastanza grande, le altre sono di una misura media. Alcune sono un po' piccole e più che altro le attrezzature possono essere d'intralcio. I nostri pazienti hanno dei tre piedi che sono molto ingombranti e quindi a volte fanno fatica a raggiungere il bagno, ogni tanto un po' di intralcio c'è."

D: "A proposito degli spazi per la quotidianità del paziente e della famiglia hanno abbastanza spazio o si potrebbe migliorare in qualche modo?"

R: "Se si potesse si dovrebbe cambiare la metratura. A livello di arredamento, oltre a star seduti un po' sulla poltrona o alla scrivania con il paziente a letto, non possono fare più di tanto. Infatti con i bambini piccoli magari diventa difficile anche mettere un tappeto per terra per farli gattonare. Non in tutte le stanze è possibile farlo ed è un po' penalizzante. Un ragazzo grande magari si prende un computer o sta a letto seduto, ma il bambino piccolo se non può uscire dalla stanza perché alcune volte sono in isolamento, sono sacrificati."

D: "Se fosse possibile creare un terrazzo chiuso, con tutte le precauzioni del caso, sarebbe utile e piacevole avere questo punto di sfogo per i genitori, gli adolescenti, i bambini e lo staff?"

R: "La sala giochi ha un'esposizione fantastica ma è più che altro per bambini più piccoli. Sarebbe proprio una bella cosa mettere cose adatte agli adolescenti e avere la vista. Magari si può così creare un punto per incontrarsi con gli altri adolescenti. La sala giochi spesso è occupata dai più piccoli e c'è anche la maestra che fa le attività per tutti però è un'insegnante d'asilo quindi per i più grandi in effetti non sarebbe male."

D: "Se potesse aggiungere una stanza al reparto, a cosa le dedicherebbe?"

R: "Al colloquio con i genitori, alla possibilità, come dicevamo

prima, di avere uno spazio per la psicologa o per i medici e infermieri per avere un momento di privacy. Non un posto in cui può entrare chiunque anche in un momento un po' delicato."

Intervista numero 5 - Medico

Domanda: "Mi può descrivere la sua giornata tipo, la sua routine di lavoro? Che ruolo ha all'interno dell'ospedale?"

Risposta: "Io sono Alberto Garaventa, direttore dell'unità operativa complessa di oncologia pediatrica del Gaslini. La mia giornata di lavoro si svolge di solito facendo il primo accesso al mio studio dove sbrigo alcune note di posta elettronica dalle 7 alle 8, poi faccio un giro breve in reparto per vedere se ci siano situazioni delicate, sbrigo le consulenze oncologiche in giro per la struttura, con diagnosi, assistenza agli interventi chirurgici. Vedo nuovi pazienti o pazienti già noti che abbiano sviluppato delle complicazioni o che comunque per varie ragioni sono ricoverati in altri reparti. Di solito poi nel pomeriggio faccio ancora del lavoro di ufficio nello studio con riunioni, meeting."

D: "All'interno del reparto di oncologia quali sono gli spazi che frequenta?"

R: "La sala medici, la sala delle infermiere e tutte le stanze del reparto di degenza."

D: "Lei è sempre presente quando vengono i bambini per la prima volta oppure si può delegare anche agli infermieri?"

R: "Normalmente quando il paziente viene ricoverato è un paziente che, anche se entra nel reparto per la prima volta, a noi è già noto perché l'abbiamo visto in altri reparti come quello di chirurgia o all'ambulatorio e quindi la l'accoglienza solitamente viene fatta da un'infermiera che viene spesso accompagnata da una OSS. Si illustra la logistica del reparto alla famiglia e al bambino, dopo di che di solito c'è una prima visita di controllo da parte o dello specializzando o del medico di turno."

D: "Per quanto riguarda la sala medici, che attività si svolgono solitamente all'interno di essa?"

R: "Attività di tipo burocratico, compilazione della cartella, scrittura della lettera di relazione, descrizione della terapia, a volte colloqui con i genitori che vengono svolti o lì o nella sala infermieri o nella camera di degenza."

D: "Pensa che sarebbe utile avere una stanza apposita per le comunicazioni più delicate, anche in momenti complessi della cura?"

R: "Noi di solito per questo usiamo la stanza della caposala che di solito al pomeriggio è abbastanza libera quindi abbastanza riservata. Però se ne avessimo una dedicata nello specifico a quello potrebbe essere un vantaggio."

D: "Per quanto riguarda le camere di degenza, le stanze sono

adeguate a tutti i compiti e le attività che vi si svolgono?”

R: “Francamente sono tutte stanze singole, con la disponibilità del bagno, dello spazio per i genitori, e ci stiamo tranquillamente. Abbiamo anche fatto dialisi e procedure comunque con dei macchinari complessi all’interno della stanza.”

D: “Se fosse possibile, sarebbe interessante, visto che il vostro ospedale è avvantaggiato da una grande posizione, avere una terrazza chiusa, per rispettare le regole di questo reparto particolare, con delle vetrate però che mostrino il paesaggio? Uno spazio per tutti gli utenti, i ragazzi, i bambini, i genitori o il personale.”

R: “Assolutamente sì, soprattutto direi per le famiglie e per i pazienti degenti, in particolare per gli adolescenti. Sicuramente sarebbe una cosa buona.”

D: “Sarebbe possibile, anche a livello igienico-sanitario, avere una cosa del genere?”

R: “Certo, così come abbiamo la sala giochi, anche se con le problematiche attuali bisogna stare molto attenti, potremmo averne una con vista mare con le opportune precauzioni.”

D: “Se potesse inserire un’altra stanza all’interno del reparto a quale attività la dedicherebbe?”

R: “Forse una stanza dedicata agli adolescenti potrebbe essere utile, con computer, supporti elettronici, musicali.”

Intervista numero 6 - OSS

Domanda: “Può spiegarmi come si svolge la sua giornata lavorativa, la sua routine?”

Risposta: “Frequento i reparti di ematologia e oncologia, la farmacia, i reparti per l’ecografia e le risonanze. Portiamo i bambini in sala operatoria e li andiamo a riprendere. Noi al mattino arriviamo per le 7 e la prima cosa che facciamo è togliere i sacchi della biancheria sporca mettendo quelli puliti. Poi controlliamo se sia arrivata la biancheria pulita, se c’è, la sistemiamo negli armadi. Poi chiediamo alle infermiere se ci sono dei digiuni per le colazioni e nel frattempo le prepariamo. Alle 8 le portiamo e poi sistemiamo la cucina in modo tale che la ragazza dell’impresa passa pulirla. Appena finito partiamo con il rifacimento dei letti a meno che non ci dicano di portare qualche bambino in sala o a fare qualche visita. Puliamo con il disinfettante tutte le pompe e l’attrezzatura in generale che i bambini hanno nelle camere. A questo punto partiamo con il tablet per prenotare i pasti per il giorno dopo, poi al computer controlliamo che ci siano tutte le prenotazioni esatte. Nel frattempo controlliamo anche se manca del materiale e prepariamo un elenco che diamo alla caposala per fare l’ordine. Nei giorni prestabiliti arrivano poi le flebo e noi dobbiamo svuotare le scatole e ripristinarle nei vari posti dove

servono, organizziamo il materiale del carrello solitamente nel pomeriggio però se in mattinata serve o mancano delle cose, lo riempiamo di nuovo.”

D: “Per quanto riguarda la cucina, è adeguata alle attività che vi si svolgono o si potrebbe cambiare qualcosa?”

R: “Se fosse più grande non ci dispiacerebbe. Soprattutto quella dell’oncologia che è piccola e quando siamo in tanti dobbiamo entrare in numero limitato. A volte capita magari che ci troviamo noi OSS, i medici e gli infermieri contemporaneamente a prendere un boccone e siamo stretti.”

D: “Durante la vostra giornata frequentate le sale infermieri e medici?”

R: “Certo, soprattutto quella degli infermieri perché abbiamo lì i computer che usiamo anche noi. Nella sala medici ci andiamo più che altro per chiedere delle cose o se sono occupati computer nell’altra sala.”

D: “La sala infermieri è adeguata alle attività che vi si svolgono?”

R: “La sala infermiere è abbastanza grossa e funzionale.”

D: “A proposito della camera di degenza, è adeguata sia alle vostre attività che a quelle della quotidianità della famiglia e dei pazienti?”

R: “Cerchiamo sempre di gestire in maniera tale che nelle stanze più piccole ci siano i più piccoli e gli adolescenti invece stiamo in quelle un po’ più spaziose. In generali comunque ci si riesce a muovere tranquillamente.”

D: “Se si potesse creare una terrazza, completamente chiusa secondo le norme del reparto, sarebbe piacevole e utile per tutti? Per i bambini, per gli adolescenti, per i genitori e anche per voi magari.”

R: “Penso di sì. Perché se ci fosse anche solo una vetrata per poter vedere il panorama penso che i bambini e i genitori avrebbero un momento anche per staccare.”

D: “Se potesse aggiungere una stanza al reparto, a cosa la dedicherebbe?”

R: “Una stanza per noi. (risata) No scherzo, non saprei. Però in realtà avere una postazione per noi sarebbe più vantaggioso anche per gli infermieri perché non intralceremmo il loro lavoro. Sarebbe più comodo sia per noi che per loro.”

Intervista numero 7 - Infermiera

Domanda: “Può spiegarmi come si svolge la sua giornata lavorativa, la sua routine? Quali spazi frequenta?”

Risposta: “Noi entriamo in uno spogliatoio comune dove ci cambiamo e abbiamo degli armadietti personali. È una zona filtro anche per i medici e da lì ci spostiamo nella stanza delle infermiere dove prendiamo le consegne. Poi da lì inizia tutta la routi-

ne della giornata, la terapia nella stanza delle terapie, andiamo nelle stanze dei bambini. Io faccio i turni, sono turnista, per cui mattina, pomeriggio e notte a rotazione.”

D: “La sala infermieri è adeguata?”

R: “La stanza degli infermieri è adeguata a tutte le attività della giornata sinceramente, è abbastanza grande. Diciamo che è adeguata sia per il passaggio delle consegne che per tutto il resto delle attività. I colloqui avvengono o lì o nella sala medici.”

D: “È uno spazio che va bene così oppure sarebbe più utile avere uno spazio apposito per queste conversazioni?”

R: “Diciamo che uno spazio a sé potrebbe essere ideale, però anche la stanza dei medici è abbastanza intima, una volta chiusa la porta si sta tranquilli.”

D: “Per quanto riguarda la cucina del personale, è adeguata alle attività che vi si svolgono?”

R: “È un po’ piccolina e quindi nei momenti di comunità, quando siamo in tanti è piccola, però per il resto la frequentiamo molto meno di tutto il resto dei locali del reparto. È fatta un po’ come un corridoio quindi è un po’ stretta due o tre sedie e finisce lo spazio. Nel momento del pranzo, del cambio del turno diventa difficile.”

D: “Per quanto riguarda la camera di degenza, la trova adeguata alle attività che vi si svolgono?”

R: “Ci sono solo un paio di stanze che, anche a sentire i genitori, ci dicono essere un po’ piccole. Alcune stanze non hanno il bidet e quindi tanti si trovano a disagio, in difficoltà. E poi quasi tutte purtroppo hanno le bocchette dell’aria condizionata sul letto quindi di notte hanno freddo. Magari piccole cose, che però quando uno ci sta da un po’ di tempo, nota e trova problematiche.”

D: “Il corridoio del reparto è adeguato?”

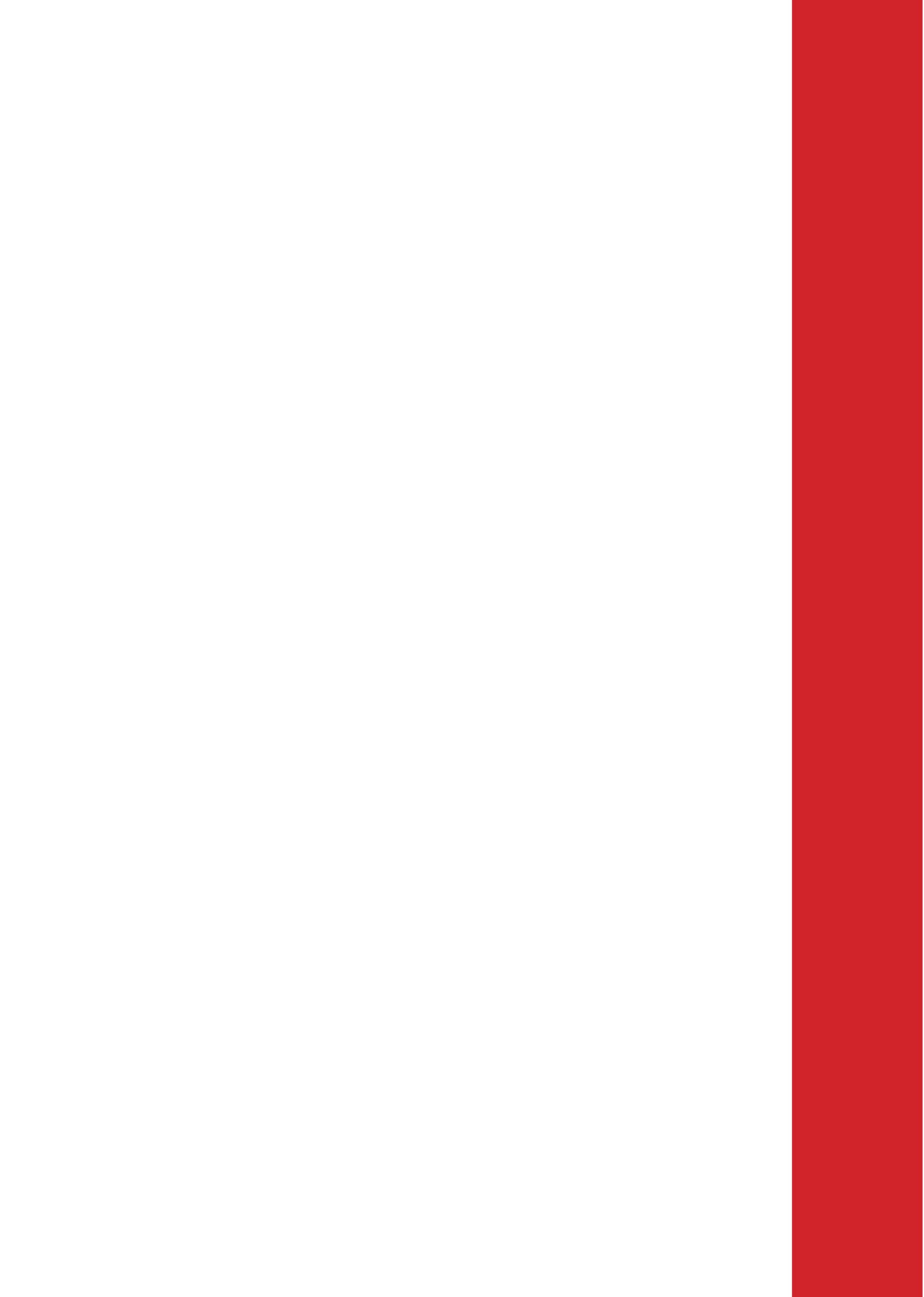
R: “Io direi che va bene così perché è abbastanza grande e anche abbastanza vivibile.”

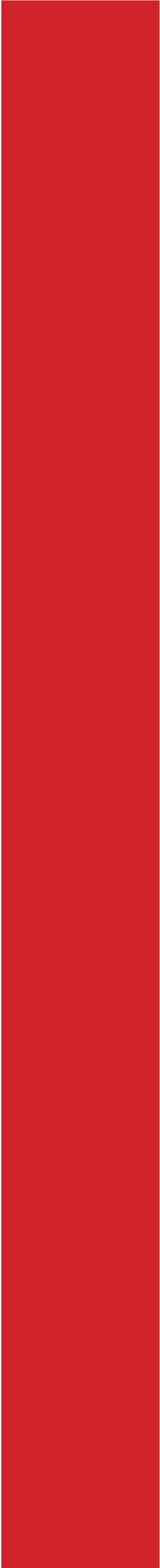
D: “Se lei immaginasse di avere un terrazzo completamente chiuso, che segue le regole del reparto, però con la vista sul mare, pensa che sarebbe utile e piacevole per i pazienti, bambini, adolescenti o per i genitori o per voi dello staff? Per avere un momento di pausa.”

R: “Sicuramente sì, perché per esempio abbiamo delle vetrate che danno sul mare e molti si fermano lì anche se è il corridoio. Portano i bambini a vedere il mare perché magari in alcune stanze si vede poco. Magari è anche un modo per distogliere il bambino dalla routine quotidiana, lo portano a vedere il mare, si fermano lì e vedo che è piacevole per loro, per staccare un attimo.”

D: “Se potesse immaginare di avere una stanza in più all’interno del reparto, a quale attività la dedicherebbe?”

R: “Magari una stanza dedicata solo ai ragazzi perché iniziamo ad avere tanti adolescenti e magari una stanza per loro, anche solo per chiacchierare, sarebbe utile. Hanno bisogno magari di un riscontro di un coetaneo che sta vivendo la stessa esperienza. Con noi spesso non ne parlano. Come dicevo ora iniziano ad essere tanti quelli grandi, la frequenza di ragazzi preadolescenti e adolescenti è sempre maggiore. C’è la sala giochi però poi in effetti quando non c’è la maestra tanta attività vengono chiuse a chiave quindi se non hanno loro i computer e telefonini, le giornate sono lunghe in reparto. Magari sì, un ritrovo per loro sarebbe bello. Al mattino tanti magari aiutano la maestra, fanno dei lavoretti che magari i bambini non possono fare da soli, come tagliare o cose di questo tipo, ma poi finisce lì. Sarebbe carina come idea secondo me. L’adolescenza in generale è una fase un po’ particolare, mi viene in mente per esempio un servizio di psicologia, una stanza per una psicologa nella quale poter andare come un adulto senza fare una richiesta formale, se si ha bisogno, si va.”





Interviste ai genitori

Intervista numero 1 - Mamma ragazzo 2004

D: "Può raccontarmi la sua giornata?"

R: "Mentre Andrea fa lezione abbiamo una stanza in cui c'è la cucina con una sorta di tavolino con la macchina del caffè e ci troviamo con gli altri genitori a fare due chiacchiere

D: "La stanza dei genitori è adeguata o andrebbe modificato qualcosa?"

R: "È tutto lì insieme quindi se uno deve cucinare e l'altro sta già prendendo un caffè perché ha orari diversi è tutto insieme. Potrebbe esserci una stanza separata anche se non ci diamo fastidio perché è una stanza grande comunque."

D: "Le stanze sono adeguate sia ai bambini che agli adolescenti?"

R: "Andrea ha il letto piccolo quindi dobbiamo togliere il fondo del letto perché non ci starebbe altrimenti. Come anche le sedie della sala giochi, oggi è andato lì, si è seduto e aveva le ginocchia in bocca.

Quello che mi dà fastidio in questa stanza è che non ci sia il bidè, noi ne abbiamo girate quattro e due ce l'avevano e due no. E secondo me in questo bagno poteva starci. Poi in questa stanza sono contenta perché è l'unica che abbia tre armadi. Sembra poco però se uno si deve trattenere per più tempo è molto più comodo. Per esempio noi ci siamo dovuti trattenere perché Andrea aveva la febbre e non ha potuto fare il trattamento, ora che abbiamo più spazio posso dividere bene le cose tra pulite e sporche, visto che qui bisogna fare molta attenzione alla pulizia e ai germi. Tre armadi, anche se piccoli, ma separati sono una bella cosa. È la prima volta che mi capita perché di solito sono due, uno per la mamma e uno per il bambino. Ora mi sono potuta organizzare molto meglio e la stanza è più ordinata e pulita, fondamentale per loro e per chi passa anche a pulire e passano spesso da qui. Anche se quando apro l'anta devo spostare la poltrona letto perché altrimenti sbatte contro il pilastro."

D: "Lo spazio dedicato a voi genitori è adeguato o dovrebbe essere potenziato?"

R: "qui c'è la possibilità di mettere anche due materassi nella poltrona letto ed è importante perché dormire qui è fondamentale, se ci si sveglia con la schiena bloccata ne risente anche l'umore e qui invece serve tenerlo sempre su."

D: "La privacy acustica e visiva sono rispettate?"

R: "Acustica abbastanza, visiva meno in certe stanza. Adesso ho escogitato di aprire la porta del bagno per bloccare la finestrella

per due motivi. Uno perché adesso la stanza dà sul corridoio che ha delle finestre che danno sull'esterno e se uno vuole dormire un po' di più arriva fino a qui. La volta scorsa che eravamo nella stanza accanto, ho messo di notte, di giorno mi spiace perché sembra che dobbiamo nascondere qualcosa, una protezione per coprire la luce che entrava ma con lo scotch. Quindi sarebbe utile una tendina integrata nera che si possa tirare su e giù."

D: "La vista del mare dalla finestra le piace?"

R: "Sicuramente. Fa vedere l'orizzonte e ti dà una prospettiva un po' più avanzata, importante per l'umore."

D: "La stanza è adeguata secondo lei anche per il dialogo tra famiglia e staff?"

R: "Sì, nel senso che loro si mettono in fondo al letto e noi stiamo dall'altra parte. Se poi si deve dire qualcosa si va fuori."

D: "Sarebbe utile avere una stanza proprio per il dialogo con i medici?"

R: "No, va bene così. Magari si va nella stanza dei medici piuttosto."

D: "L'idea di un terrazzo sarebbe utile, piacevole anche per voi genitori?"

R: "Sicuramente perché noi a casa non ce l'abbiamo e ci manca da morire. Sarebbe una cosa splendida. È sempre come dicevo prima, il discorso della prospettiva, vedi il mare, vedi l'orizzonte, vai a vedere verso l'infinito, c'è molto oltre a questo e dà modo di andare avanti. Diventa una cosa conviviale e di rilassamento. Quando sei a casa, arrivano delle persone e hai un terrazzo, normalmente se c'è una bella giornata come oggi, si sta fuori. Come dicevamo prima va bene che la cucina sia così però poi per un momento conviviale può essere giusto questo terrazzo."

D: "Siete di Genova o dintorni?"

R: "Proprio di Genova, siamo fortunati, ci mettiamo dieci minuti con la moto per arrivare qui."

D: "Ha dei suggerimenti per gli spazi sia per i bambini o gli adolescenti sia per la famiglia?"

R: "Per quanto riguarda i bagni per esempio, sono tutti schermati giustamente. L'altra volta però siamo stati nella stanza uno che credo sia l'unica ad avere la finestra in bagno e il fatto di poter entrare durante il giorno senza dover accendere la luce ed è un'ottima cosa. In genere si deve accendere questa luce al neon bianca terribile, meglio magari averla un po' più calda, perché questa ti fa vedere tutta smunta. Magari anche i ragazzi quando vanno a lavare i denti si vedono allo specchio un po' meglio. Ero molto contenta per questa finestra nella stanza uno. È tutto più luminoso. La luce qui non manca, perché le finestre sono tutte sul mare.

Oppure loro hanno male alle gambe spesso e se stanno sempre fermi, statici, sarebbe meglio che si potessero muovere, con una

cyclette ma anche con altre cose. Se fanno una cosa che li piace sono anche stimolati, anche una cosa banale per esempio di quelle che si prendono da decathlon e si possono muovere. Non tutti i bambini si possono spostare.

Oltre a queste cose magari mi viene in mente un piccolo microonde in camera o un frigo, che ogni volta altrimenti si deve andare nella cucina che sì, diventa anche un momento conviviale però si deve andare avanti e indietro. In generale così si può gestire tutto un po' più in autonomia anche a seconda dell'umore. Va benissimo il fatto di muoversi, altrimenti si sta sempre in stanza però magari di notte la cucina è chiusa o si disturba se si va lì, se ti viene sete o hai bisogno di una cosa un po' più fresca ce l'hai in camera. Non è fondamentale ovviamente."

D: "Se potesse aggiungere una stanza, uno spazio qualunque nel reparto, a che cosa lo dedicherebbe?"

R: "Magari una biblioteca, nel senso che uno magari si può portare il libro da casa ma mi immagino uno che viene magari da Catanzaro e nella valigia mette ben altro ovviamente. Bisogna prendere dall'esterno quello che può piacere magari in piccolo portarlo dentro il reparto."

Intervista mamma bambina 2013

D: "Può raccontarmi la sua giornata tipo in ospedale?"

R: "Io sto praticamente tutto il giorno in ospedale, andiamo in sala giochi, le infermiere sono molto brave e molto disponibili."

D: "Gli spazi per la famiglia all'interno della stanza sono adeguati?"

R: "Molto."

D: "La vostra privacy acustica e visiva viene rispettata?"

R: "Sì, sempre tranquilli."

D: "Cosa piace fare a sua figlia quando non è sottoposta alle cure?"

R: "Le piace giocare all'XBOX, con il tablet, oppure andiamo al parco giochi, in spiaggia, è molto attiva."

D: "All'interno della stanza ha lo spazio per giocare?"

R: "Sì, gioca tantissimo, siamo liberi di portare tutti i giochi che vogliamo."

D: "La finestra su cosa si affaccia?"

R: "La finestra di solito si affaccia sulla spiaggia."

D: "Siete di Genova?"

R: "No, siamo di Napoli."

D: "Pensa che sarebbe utile avere un terrazzo, naturalmente chiuso con delle vetrate secondo le regole, per avere uno spazio di aggregazione sia per i ragazzi che per i genitori?"

R: "Secondo me sarebbe bello, un'ottima idea."

D: "Se potesse aggiungere una stanza, uno spazio qualunque nel reparto, a che cosa lo dedicherebbe?"

R: "Sinceramente non serve proprio. La cucina è molto grande e attrezzata, la sala giochi è molto bella quindi non penso serva altro."

Mamma ragazza 2006

D: "Cosa fa durante la giornata, magari quando sua figlia è sottoposta alle cure, ha dei momenti per se stessa?"

R: "Io sto 24 ore su 24 vicina a lei, sempre."

D: "È adeguato lo spazio per i genitori nella stanza?"

R: "Sì"

D: "I mobili e i colori sono adeguati sia per i bambini che per gli adolescenti?"

R: "In generale direi di sì."

D: "La privacy acustica e visiva è rispettata?"

R: "Molto."

D: "La stanza è adeguata anche al dialogo con lo staff?"

R: "Molto."

D: "La sala per i genitori è adeguata?"

R: "Noi abitiamo non lontano da Genova e abbiamo la possibilità di portare a casa il cambio mentre per chi viene da fuori sarebbe importante una lavatrice."

D: "Pensa che sarebbe utile avere un terrazzo, naturalmente chiuso con delle vetrate secondo le regole, per avere uno spazio di aggregazione sia per i ragazzi che per i genitori?"

R: "Sarebbe bello."

D: "Se potesse aggiungere una stanza, uno spazio qualunque nel reparto, a che cosa lo dedicherebbe?"

R: "Penso che sarebbe utile una stanza per intrattenere ragazzi più grandi come mia figlia, per gli adolescenti. Per noi adulti c'è la cucina mentre per i ragazzi manca uno spazio di ritrovo."

Mamma ragazza 2005

D: "Può raccontarmi la sua giornata?"

R: "Io personalmente lavoro, quindi impiego il mio tempo lavorando."

D: "Ha uno spazio adeguato nella stanza per questo?"

R: "Sì, è abbastanza confortevole la stanza, abbiamo un tavolo poi c'è una sorta di comodino."

D: "Sua figlia cosa fa durante la giornata, oltre ai momenti delle terapie? Cosa le piace fare?"

R: "Quando riesce ci sono gli insegnanti che passano e fanno lezione almeno in questo periodo di scuola. Poi nella camera ha un videogioco che le hanno lasciato e qualche volta ne usufruisce, per il resto cellulare."

D: "Per quanto riguarda i mobili e i colori della stanza sono adeguati sia ai bambini che agli adolescenti?"

R: "Penso che forse potrebbe esserci qualcosa di più colorato,

sono colori molto neutri, a parte il pavimento di un blu molto bello.”

D: “La privacy visiva e acustica sono rispettate?”

R: “Assolutamente sì.”

D: “La zona famiglia nella stanza, è adeguata?”

R: “Sì, è abbastanza confortevole perché la poltrona che poi diventa letto è abbastanza grande da poter essere condivisa dalla mamma con la figlia.”

D: “La finestra della stanza cosa mostra?”

R: “La stanza in cui siamo adesso è fronte mare quindi abbiamo un bel panorama ed è molto piacevole.”

D: “La stanza è adeguata al dialogo con i medici.”

R: “Sì.”

D: “Siete di Genova?”

R: “No.”

D: “Pensa che sarebbe utile avere un terrazzo, naturalmente chiuso con delle vetrate secondo le regole, per avere uno spazio di aggregazione sia per i ragazzi che per i genitori?”

R: “Questo onestamente non te lo so dire, potrebbe essere una cosa in più, se i bambini hanno la possibilità e si sentono di potersi spostare in un altro ambiente che non sia la stanza forse sì. In genere però, almeno secondo la mia esperienza, per esempio mia figlia quando si sottopone alle terapie, non vuole stare a contatto con nessuno, si chiude in stanza e non va neanche in sala giochi quindi non so fino a che punto possa servire per i bambini.”

D: “Se potesse aggiungere una stanza, uno spazio qualunque nel reparto, a che cosa lo dedicherebbe?”

R: “Qui nel reparto c’è la sala giochi ed è comunque un ambiente a cui possono accedere sia bambini piccoli, sia dell’età di mia figlia, che più grandi. La cucina per i genitori che abbiamo è molto grande ed è ben accogliente. Per i ragazzi forse una sala potrebbe essere utile ma, come dicevo, non so fino a che punto sarebbe utilizzabile. Per me il reparto è soddisfacente così com’è.”

Mamma ragazza 11 anni

D: “Cosa fa durante la sua giornata, oltre a stare con sua figlia ovviamente, quando lei è sottoposta alle terapie e magari ha qualche momento per sé.”

R: “Noi veniamo da lontano quindi non ho avuto modo di portarmi qualcosa per gli hobby, qui c’è tanto tempo da passare. Leggo un libro, riposo, qualche chiacchierata con i genitori nella sala per noi, dove c’è anche la cucina.”

D: “A proposito di questo, come la trovate la sala genitori?”

R: “Si potrebbe fare qualche piccolo miglioramento per farla più carina. La cucina andrebbe migliorata.”

D: “Per quanto riguarda la camera di degenza, secondo lei i colo-

ri, i mobili, sono adeguati a dei bambini più piccoli di sua figlia o adolescenti più grandi?”

R: “Sì, secondo me i colori vanno bene, sono rilassanti, con il giallo, l’azzurro, il pavimento è blu. Per i mobili penso che vadano bene così.”

D: “La vostra privacy visiva e acustica è rispettata.”

R: “Sì, la camera mi sembra ben isolata. Siamo stati anche in altri reparti di questo tipo però essendoci magari più letti, magari con stanze doppie o più, erano un po’ caotiche. Qui siamo un po’ più riservati.”

D: “Dalla finestra della tua stanza si vede il mare, è piacevole?”

R: “Molto. Noi veniamo da Pompei quindi il mare è fondamentale.”

D: “La stanza è adeguata alle conversazioni con lo staff medico?”

R: “Sì, assolutamente.”

D: “Le piacerebbe se ci fosse un terrazzo tutto vetrato in cui stare, sia con i propri figli che con gli altri genitori, per staccare un po’, uscire dalla camera?”

R: “Sarebbe molto bello, anche perché il Gaslini si presta a questi terrazzamenti. Anche nei momenti un po’ più difficili vedere il mare ti aiuta a rilassarti. Mi sembra una bella idea.”

D: “Se dovesse immaginare di avere uno spazio in più, una stanza, all’interno del reparto a cosa la dedicherebbe?”

R: “Penso magari ad una sala multimediale, ad uno spazio per lo svago, per fare due chiacchiere.”

D: “Ha altri suggerimenti per gli spazi del reparto, sia quelli per i pazienti che quelli per la famiglia?”

R: “Oltre a quello che ho detto magari della sala genitori penso che vada abbastanza bene. Nella stanza si riesce a stare mamma, papà e bambino tranquillamente quindi va bene.”

Mamma ragazzo 2003

D: “Può raccontarmi cosa fa durante la sua giornata in ospedale?”

R: “Mi alzo, mi vesto con la divisa, rifaccio il letto, aspettiamo i dottori, prendo cinque o sei caffè al giorno. Qui non c’è granché da fare. Parlo con qualche mamma nella stanzetta dei genitori e basta”

D: “A proposito della stanza dei genitori, pensa che sia adeguata?”

R: “Qualche giorno fa hanno tolto la lavatrice e l’asciugatrice perché si erano rotte e questo è un handicap. Ci sono delle associazioni che lavano la biancheria ma qui siamo tutti oncologici quindi magari da lì arrivano cose da tutto l’ospedale e non so se sia sicurissimo.”

D: “Può raccontarmi cosa fa suo figlio durante la giornata?”

R: “Anche lui poco perché è attaccato alla pompa di infusione quindi ha la sua Play Station anche se qui ce n’è una. È confort-

tevole la stanza, non ovunque si trovano stanze grandi con un monitor per la Play Station così anche la mamma mentre il figlio gioca può guardare la tv. La poltrona letto è comodissima, nuova rispetto ad altri reparti però anche lui ha poco da fare. Per la stanza giochi è grande, a parte andare a suonare la tastiera non ha altro da fare.”

D: “Gli spazi che sono nel reparto sono adatti agli adolescenti?”

R: “A parte la tastiera io non ho visto altre cose. Hanno la Play Station però non è uno spazio di aggregazione.”

D: “Nella stanza lo spazio per il dialogo tra famiglia e staff è adeguato?”

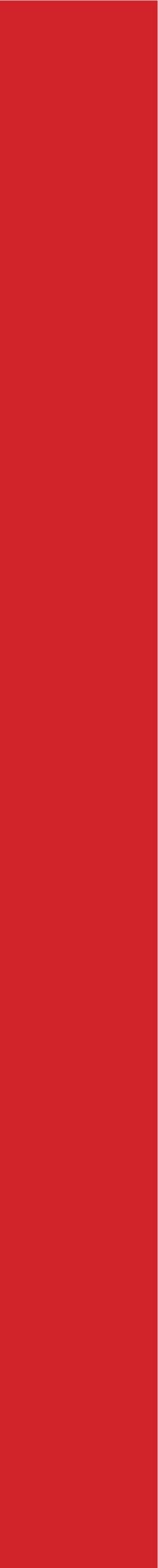
R: “Sì, a parte per esempio stamattina che mio figlio si è un po’ arrabbiato perché la dottoressa che lo segue di solito gli ha detto che se avesse avuto i valori in ordine lunedì sarebbe potuto tornare a casa mentre l’altro gli ha detto che la prossima settimana sarebbe meglio rimanere vicino a Genova. Noi abitiamo a quattro ore da qui e lui è un po’ agitato per questa cosa. Magari sarebbe meglio non dire tutto davanti a tutti, se c’è una cosa da dire è meglio che si chiami il genitore che poi decide cosa dire al proprio figlio.”

D: “Pensa che sarebbe utile avere un terrazzo, naturalmente chiuso con delle vetrate secondo le regole, per avere uno spazio di aggregazione sia per i ragazzi che per i genitori?”

R: “Sì, qui siamo in una gabbia dorata. Bello il panorama, bella la visuale, camera grande però poi in realtà siamo tutti piuttosto separati, a parte quando ci troviamo a prendere il caffè nella saletta genitori. Magari un bel terrazzo con qualche poltroncine, sedia per staccare ogni tanto. A noi qui mancano tanto le finestre apribili, per respirare un po’ l’aria esterna, sono restrittivi qui a giusta ragione ma anche noi genitori abbiamo bisogno di uscire. Io sono uscita un quarto d’ora perché non riuscivo a stare più qui dentro, si arriva proprio al limite dopo una settimana che non si esce per niente. Sarebbe bello avere uno spazio per respirare un po’ di aria.”

D: “Se potesse aggiungere una stanza, uno spazio qualunque nel reparto, a che cosa lo dedicherebbe?”

R: “Io non so quanto possano stare a contatto l’uno con l’altro però anche una sala per esempio cinema dove organizzano per esempio con un abbonamento a Netflix o qualcosa del genere. Qualcosa che possa essere di distrazione, possano trovare anche spazio gli adolescenti che altrimenti o si adeguano a fare i giochi da piccoli o restano in camera. Ho visto che ci sono ragazzi di tredici, quattordici, quindici anni ma vedo che già cambia il fatto che lui abbia sedici anni, magari ha bisogno di spazi diciamo moderni per seguire le proprie passioni.”



Interviste pazienti

Intervista numero 1 - Ragazza

11 anni, da Pompei

D: "Cosa fai di solito nella tua giornata in ospedale?"

R: "A volte la mattina vado nella sala giochi dove a volte vengono le maestre a fare qualche lavoretto e magari ci fanno disegnare. Ad esempio stamattina e ieri ci hanno fatto fare dei disegni sul fumo e sul mare. quando faccio le varie terapie resto in camera."

D: "Quando non sei impegnata con le terapie cosa ti piace fare?"

R: "Mi piace disegnare, ascoltare la musica, fare gli origami con la carta."

D: "Hai uno spazio nella camera in cui puoi farlo, oltre al letto?"

R: "Sì."

D: "Ti trovi bene lì per farlo?"

R: "Sì."

D: "Dalla finestra della tua stanza cosa puoi vedere?"

R: "Vedo il mare"

D: "Ti piace o vorresti vedere altro?"

R: "No, mi piace."

D: "Quando vuoi stare con la tua famiglia c'è uno spazio nella stanza per stare assieme?"

R: "Sì, c'è una poltrona a due posti che di notte diventa un letto e un tavolino con delle sedie e si vede molto bene il mare."

D: "Ti piacerebbe se ci fosse un terrazzo tutto vetrato in cui stare, giocare, parlare con i tuoi genitori, con gli altri bambini e ragazzi come te?"

R: "Sì."

D: "Hai dei suggerimenti sulla camera e il reparto? Qualcosa che vorresti cambiare magari?"

R: "Forse le finestre un po' più grandi per vedere meglio fuori."

D: "Se potessi aggiungere uno spazio nel reparto, una stanza, a cosa la dedicheresti?"

R: "Forse una stanza dove ci sono i computer, si può usare la tecnologia, si possono vedere film."

D: "Visto che ti piace disegnare ti andrebbe di fare due disegni per me? Quando hai tempo e voglia ovviamente. Un disegno di com'è la stanza adesso e uno di come ti piacerebbe, tutto quello che ti piacerebbe avere nella stanza."

R: "Ok, certo."

Intervista numero 2 - Ragazzo

2004

D: "Puoi raccontarmi cosa fai di solito durante la tua giornata in ospedale?"

R: "La mattina mi sveglio tardi perché la sera vado a dormire tardi. Mi guardo le partite in tv, tardi nel senso 11 e mezza. Quindi la mattina mi sveglio tardi, mi lavo e se arrivano i professori studio con loro."

D: "Studi in camera?"

R: "Sì. Poi al pomeriggio di nuovo con i professori studio varie materie."

D: "Quando hai un momento libero dalle terapie e dalla scuola cosa ti piace fare?"

R: "Guardare la tv, guardare il telefono e quando riesco faccio un po' di cyclette."

D: "La tua stanza ha degli spazi per svolgere queste attività, magari non per forza sul letto."

R: "Questa stanza è un po' piccolina, sono stato in altre più grandi e avevo anche degli spazi dove potevo guardare il mare e ricevere delle visite anche più numerose."

D: "Nella tua camera c'è una finestra e cosa puoi vedere da lì?"

R: "Il mare."

D: "E questo ti piace?"

R: "Sì, perché comunque è bello vederlo quando ci sono le belle giornate."

D: "Ti piacerebbe se ci fosse un terrazzo, naturalmente chiuso con delle vetrate, per stare con gli altri, con i genitori?"

R: "Sarebbe una bella idea perché sarebbe anche una zona di ritrovo"

D: "La stanza dei giochi è organizzata più per i bambini che per gli adolescenti. Ti piacerebbe avere uno spazio più adatto agli adolescenti come te?"

R: "Lì non ci sono tanti ragazzi della mia età quindi alla fine preferisco stare più in camera. In sala giochi sono andato oggi per la prima volta e sono al quarto ciclo. Non ci vado molto perché ci sono più i bambini piccoli. Ci si diverte comunque a disegnare con i bambini piccoli."

D: "Se potessi aggiungere una stanza, uno spazio qualunque nel reparto, a che cosa lo dedicheresti?"

R: "Aggiungerei una stanza dove ci siano tante cyclette, come se fosse una palestra così non si deve rubare spazio alla camera e si può avere un ritrovo con gli altri del reparto."

Intervista numero 3 - Ragazza

2006

D: "Puoi raccontarmi cosa fai di solito nella tua giornata in reparto?"

R: "Faccio colazione, a volte vengono i professori e mi fanno lezione o vado in sala giochi a disegnare. Poi al pomeriggio mi riposo un po' e guardo la televisione."

D: "Cosa ti piace fare quando non sei sottoposta alle terapie o se non sei a lezione?"

R: "Disegno, sto al telefono."

D: "Ti piace la stanza dal punto di vista dei mobili e dei colori?"

R: "Abbastanza."

D: "C'è uno spazio in cui puoi trascorrere del tempo con la tua famiglia nella stanza e nel reparto?"

R: "Nella stanza c'è un divano. Nel reparto possono andare anche i genitori nella sala giochi per esempio."

D: "Cosa vedi dalla tua finestra"

R: "Il mare."

D: "Ti piace?"

R: "Sì, mi piace."

D: "Ti piacerebbe se ci fosse un terrazzo tutto vetrato in cui stare, giocare, parlare con i tuoi genitori, con gli altri bambini e ragazzi come te?"

R: "Sì, mi piacerebbe."

D: "Se potessi aggiungere uno spazio nel reparto, una stanza, a cosa la dedicheresti?"

R: "Magari una sala giochi però per bambini un po' più grandi, magari anche per altri come me che ho 14 anni."

Bibliografia

Acredolo Linda P., Development changes in the ability to coordinate perspectives of a large scale environment, *Developmental psychology*, 13, 1-8, 1977

Acredolo Linda.P., Evans Debra, Development changes in the effects of landmarks on infant spatial behavior, *Developmental psychology*, 16, 312-318, 1980

Allen Gary L., Kirasic Kathleen C., Siegel Alexander W., Herman James F., Development issues in cognitive mapping: The selection and utilization of environmental landmarks, *Child development*, 50, 1062-1070, 1978

Altman Irwin, Wohlwill Joachim, *Human behavior and environment*, Plenum Press, New York, 1977

Axia Giovanna, *La mente ecologica*, Giunti Barbera, 1986

Back Eva, Wikblad Karin, Privacy in hospital, in "Journal of Advanced Nursing", 27, 940-945, 1998

Bagnara Sebastiano, *La psicologia ambientale, problemi e prospettive*, *Giornale italiano di psicologia*, 3, 49-73, 1976

Bagnara Sebastiano, Misiti Raffaello, *Psicologia ambientale*, Il Mulino, Bologna, 1978

Bandura Albert, Walters Richard, *Social learning and personality development*, Holt, Rimenhart & Winston, New York, 1963

Baroni Maria Rosa, *Psicologia ambientale*, Il Mulino, 2008

Baroni Maria Rosa, Berto Rita, *Stress ambientale. Cause e strategie di intervento*, Carocci, 2013

Berger Peter I., Berger Brigitte, *Sociologia. La dimensione sociale della vita quotidiana*, Bologna, 1985

Biondi Emanuele, Rognoli Valentina, Levi Marinella, *Le neuroscienze per il design. La dimensione emotiva del progetto*, Franco Angeli, 2009

Bonaiuto Marino, Bonnes Mirilia, Parenti Maria Enrica., Rabazzi Alessia, *Gli effetti dell'umanizzazione dell'ospedale pediatrico sugli utenti*, in "Progettare la sanità", 64, 54-59, 2001

Bonnes Mirilia, Secchiaroli Gianfranco, *Psicologia ambientale. Introduzione alla psicologia sociale e ambientale*, Carocci, 1992

Cama Rosalyn, Evidence-Based Healthcare Design, Wiley John & Sons Inc, 2009

Capolongo Stefano, Architecture for flexibility in healthcare, Franco Angeli, 2012

Capolongo Stefano, Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali, Hoepli, Milano, 2006

Capurso Michele, Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico, Erickson, Trento, 2001

Casati Carlo, Ospedali: problema tecnico e psicologico, Hoepli, Milano, 1980

Costa Marco, Psicologia ambientale e architettonica. Come l'ambiente e l'architettura influenzano la mente e il comportamento, Franco Angeli, 2016

Dell'Antonio Annamaria, Ponzo Ezio, Bambini che vivono in ospedale, Borla, Milano, 1982

Del Nord Romano, Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico. Indirizzi tecnici e suggestioni architettoniche, Motta Architettura, 2006

Del Nord Romano, Marino Donatella, Peretti Gabriella, L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida, Firenze University Press, Firenze, 2015

Favretto Anna Rosa, Fucci Stefania, Zaltron Francesca, Con gli occhi dei bambini. Come l'infanzia affronta la malattia, Il Mulino, 2018

Favretto Anna Rosa, Zaltron Francesca, «Qui sono come a casa mia». L'umanizzazione delle cure e l'esperienza della malattia nei contesti sanitari, Il Mulino, 2016

Fraisse Paul, Vurpillot Eliane, Frances Robert, Piaget Jean, La Percezione, GIULIO EINAUDI, 1975

Ittelson William H., La psicologia dell'ambiente: il contributo della psicologia, geografia, architettura e urbanistica allo studio delle relazioni tra ambiente e processi psicologici, Franco Angeli, Milano, 1978

Kaplan Rachel, Kaplan Stephen, Cognition and Environment: Functioning in an Uncertain World, Praeger Publishers, New York, 1983

Kaye Charles, Blee Tony, The Arts in Health Care. A palette of possibilities, Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol (PA, USA), 1997

Koffka Kurt, Principi di psicologia della forma, Bollati Boringhieri, 1935

Koffka Kurt, Principles of Gestalt Psychology, Hartcourt Brace, New York, 1935

Kohler Wolfgang, Gestalt Psychology, Liveright, New York, 1929
Kristiansdottir Gudrun, A study of needs of parents of hospitalized 2 to 6 years old children, in "Issues of Comprehensive Paediatric Nursing", 14, 49-64, 1991

Latronico Nicola, Storia della pediatria, Minerva medica, Torino 1977

Lazarus Richard S., Folkman Susan, Stress, appraisal and coping, Springer, New York, 1984

Li Calzi Epifanio, Fontana Stefano, Sandolo Alessandra, Per una storia dell'architettura ospedaliera, Libreria Clup, Milano, 2002
Longo Claudio, Ospedali per l'infanzia, Montuoso editore, Milano, 1944

Marberry Sara O., Zagon Laurie. The power of color: creating healthy interior spaces, John Wiley & Sons, Inc, New York, 1995
Marotta Anna, Policroma. Dalle teorie comparate al progetto del colore, CELID, 1999

McCuskey Shepley Mardelle, Fournier Marie Andrée, Ward McDougal Kendra, Healthcare environment for Children and Their Families, Kendall-Hunt, Dubuque (IA,USA), 1998

Meuser Philipp, Medical Facilities And Health Care: Construction and Design Manual, Dom Pub, 2011

Mallgrave Harry Fancis, Empatia degli spazi, Architettura e neuroscienze, Raffaello Cortina Editore, 2015

Moretti Bruno e Franco, Ospedali, Hoepli, 1940

Nesmith Eleanor Lynn, Health Care Architecture: Designs for the Future, Aia Pr, 1995

Nightingale Florence, Notes on nursing: What it is and what it is not, Gerald Dukworth Ltd, Londra, 1859

Piaget Jean, Inhelder Barbel, La rappresentazione dello spazio del bambino, Giunti Barbera, Firenze, 1972

Purcell Allan T., Landscape perception, preference, and schema discrepancy, in "Environment and Planning B: Planning and Design", 14, 67-92, 1987

Purcell Allan T., The organisation of the experience of the built environment, in "Environment and Planning B: Planning and Design", 11, 173-192, 1984

Ricci Giovanni F., Dal "curare" al "prendersi cura". Bisogni e servizi educativi per un bambino ospedalizzato, Armando, Roma, 2003

Semprini Antonio, Storia dei primi ospedali pediatrici e delle prime scuole di pediatria (I e II parte), in "Pediatría on line", <http://www.pediatría.it/storiaped/-index.asp>, 2005

Sommer R., Ross H., Social Interaction on a Geriatric Ward, in "Inter Journal of Social Psychiatry", 4, 128-133

Ulrich Roger S., Effects of healthcare environmental design on medical outcomes, Design and Health – The therapeutic benefits of design, AB, Svensk Byggtjänst, Stockholm, 49-59, 2001

Ulrich Roger S., Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research, in "Journal of Health Care Interior Design", 3, 97-109, 1991

Ulrich Roger S. View through a window may influence recovery from surgery, in "Science", 224, 420-421, 1984

Verdeber Stephen, Reuman David, Windows, views, and Health status in hospital therapeutic environments, in "Journal of Architectural and Planning Research", 4, 120-133, 1987

Vernon Magdalen D., La psicologia della percezione, Casa editrice Astrolabio, 1968

Villamira Marco A., Cavelzani Alessandro, Ambienti dell'ospitalità, Alinea, 2008

