

o per lunghi periodi di assistenza accanto ai malati, utilizzo di molto metallo piuttosto che di altri materiali più confortevoli, mancanza di prese (ormai sono indispensabili a tutti e ovunque), singolari orientamenti dei posti a sedere rispetto ai monitor, ancora più singolari indicazioni del tipo “non oltrepassare la linea gialla” in totale assenza della linea gialla, o del tipo “suonare” su un pulsante bloccato dallo scotch. Potrei fare molti e molti altri esempi, ma credo siano sufficienti a richiamare alcune delle risposte che vi sarete dati alle mie domande in apertura.

Parrebbero trascuratezze veniali o venialissime, ma hanno tutte come matrice il non aver pensato e il continuare a non pensare al pubblico a cui gli ambienti sono destinati. E di nuovo questo ci provoca un certo disagio, con ripercussioni non solo sul nostro giudizio su chi ci cura, ma anche, in parte, sull'efficacia della cura stessa. La prima cura che desideriamo infatti è autentica attenzione verso di noi, non solo come malati.

Va detto poi che la trascuratezza progettuale spesso diventa trascuratezza di routine nel caso in cui i responsabili della struttura non abbiano la cura di segnalare e di scusarsi, nel caso non possano provvedere.

Spiacevole a dirsi, soprattutto se si ha un forte senso e rispetto di ciò che è pubblico, ma tutto ciò che ho citato di negativo non compare nelle strutture private che non intendono fallire. Questo fa pensare che è sufficiente concentrarsi davvero sulle esigenze e sulle preferenze degli utenti per trovare le risposte e le soluzioni appropriate.

Alla ricerca della gradevolezza

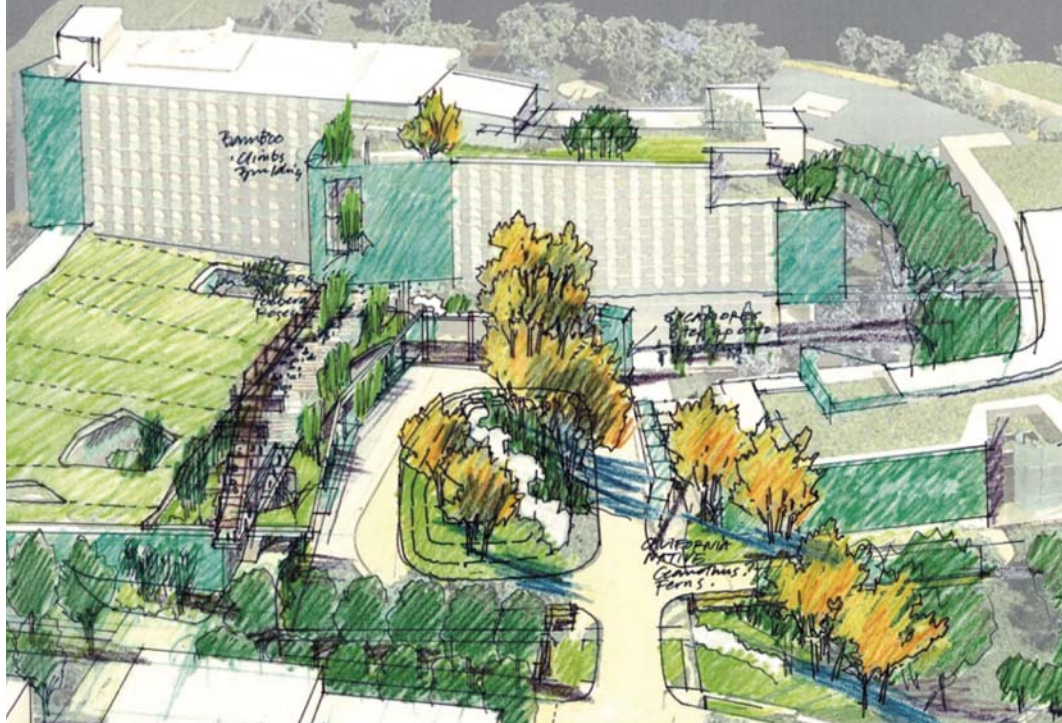
Avevo chiesto di riflettere anche su possibili differenze fra ambienti destinati all'attesa dei pazienti e zone destinate all'incontro medici-pazienti o amministrazione-pazienti. Capita infatti molto spesso che queste seconde, percepite come private, siano più curate. Lo studio del medico o l'ufficio del personale amministrativo più spesso ha piante e fiori, suppellettili di un certo pregio, mobilio decisamente migliore, abbellimenti vari.

La spiegazione che viene data è che tanto più si passa del tempo in un ambiente tanto più si tende ad abbellirlo. Ma si potrebbe anche dire che il rispetto per chi ricorre al nostro lavoro, prescindendo dal tempo che si tratterà con noi, dovrebbe non portare a differenze di allestimenti, con l'ovvia eccezione degli oggetti personali.

Avevo anche proposto di chiederci se riusciamo a formulare un giudizio sulla gradevolezza degli ambienti sanitari che conosciamo personalmente. Lascio ora a voi confrontare la vostra risposta con quelle prevalenti, che ci descrivono una situazione generale piuttosto carente e da migliorare.

Per concludere vorrei ricordare che gli ambienti di cui abbiamo parlato sono popolati, e questo, nel bene e nel male, costituisce una variabile molto, molto significativa.

Ma, come si dice in questi casi, questo è un altro capitolo. ▣



Gli spazi della cura come prolungamento della città

Progettare i luoghi per dare forma e sostanza, per soddisfare il diritto alla salute



La parola “design”, in inglese, indica in generale la progettazione nel senso più ampio e in particolare la connotazione formale di quanto progettato. Come si traduce questa molteplicità di senso – e la compresenza di forma e sostanza – nella progettazione degli spazi della cura?

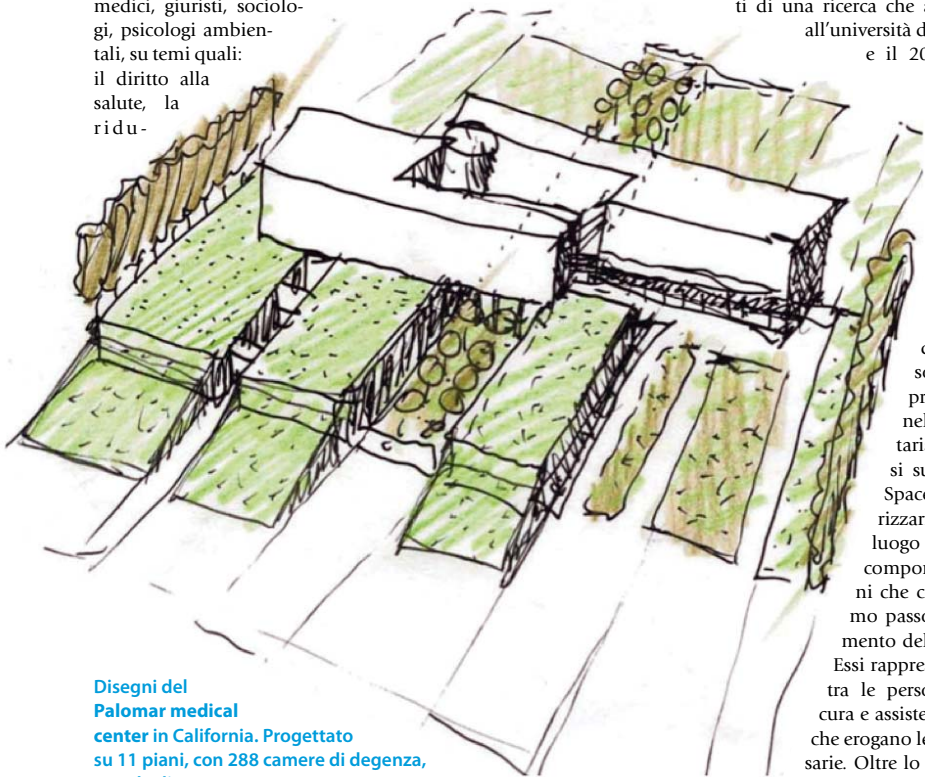
Vittorio Gregotti scriveva nel 1991 in *Dentro l'Architettura* che l'agire dell'architetto si distingue da altre pratiche artistiche e dalla gestione del progetto per il suo “universo di competenze specifiche, per tradizione chiamato a dare forma dotata di senso all'insieme delle tecniche di trasformazione del mondo fisico”. Questo senso, in uno spazio della cura, non può ridursi all'immagine confortante di un hotel o di un centro commerciale, ma deve sapere attingere all'estetica, intesa come esperienza universale della bellezza. Quel rapporto che il bello ha con lo stare bene e la salute, che la neurobiologia indaga e che era da tempo noto all'architettura degli ospedali. È vero che l'architettura ospedaliera razionalista del secolo scorso ha privilegiato gli aspetti tecnici e funzionali: la *machine à guérir*. Ma la lezione di Alvar Aalto al Sanatorio di Paimio progettato nel 1928, che coniugava funzionalità, luce e natura, è stata talvolta raccolta, ad esempio già negli anni '50 in Inghilterra. Così si è tornati dagli anni '80 a chiedere all'architetto di contribuire alle competenze tecniche e sanitarie con il “dare forma dotata di senso” agli spazi della cura. Si sono affermati l'approccio della centralità del paziente e la pratica fondata sulle evidenze, *evidence based medicine*, la psicologia ambientale e lo *healing environments movement* e l'*evidence based design*. Per contro si assiste anche, talora, al confinamento del design degli spazi della cura nella ricerca di “immagine”: comunicare e rappresentare, nascondere il dolore, l'ansia e lo stress. La compresenza di forma e sostanza deve invece scaturire dalla capacità di un progetto di fare sintesi con l'architettura tra quei dieci principi che Renzo Piano propose nel 2001 per un nuovo modello di ospedale, ispirati a una visione che suona oggi quanto mai attuale: assicurare la cura, sviluppare una cultura della salute, lavorare in rete, garantire, anche in situazioni di emergenza, l'efficacia della cura, l'umanità per chi è assistito e chi assiste.



Intervista a
Maria Chiara
Torricelli
Architetto
Centro interuniversitario
Tesis
Università di Firenze

Come l'integrazione di conoscenze e competenze è utile a produrre un "sapere" progettuale?

Nel design degli spazi della cura da tempo si sperimentano approcci che integrano le conoscenze disciplinari, professionali, e le "conoscenze tacite" di chi usa questi luoghi, sia nella ricerca per il progetto sia nella progettazione. Un approccio interdisciplinare è necessario per indagare i molteplici fattori ambientali che influenzano la qualità della cura. Lo testimoniano i programmi scientifici del Center for health design in California, del Center for health facilities della Clemson university, e del Centro interuniversitario Tesis con sede all'università di Firenze. Il centro californiano ha messo a punto strumenti quali il *clinic design post-occupancy evaluation* e la *patient room design check-list*. Alla Clemson university architetti, medici, infermieri, ergonomi e ingegneri hanno realizzato prototipi di camera di degenza e di sala operatoria. Presso il Tesis abbiamo collaborato tra architetti, medici, giuristi, sociologi, psicologi ambientali, su temi quali: il diritto alla salute, la ridu-



Disegni del Palomar medical center in California. Progettato su 11 piani, con 288 camere di degenza, 44 sale di emergenza e trauma center, e 11 sale operatorie, il centro incorpora giardini, tetto verde, sistemi di raccolta dell'acqua piovana.

zione dello stress, la umanizzazione, la sicurezza, l'accessibilità. Anche nei progetti la complessità delle problematiche in gioco non permette più di delegare a una figura professionale la sintesi di esigenze e conoscenze. Il progetto collaborativo tra professionisti, operatori, committenza, imprese si vale sempre più delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione: il Bim (*Building information modelling*) e il Bkm (*Building knowledge modelling*). Le basi sono costituite dalla conoscenza (specialistica, condivisa e comune) e dal modo in cui questa viene formalizzata, elaborata e comunicata nel team di progettazione. Numerosi sono gli esempi di progetti che si sono valse del Bim, ne cito due a titolo esemplificativo. Il Palomar medical center in California, innovativo sotto il profilo della progettazione funzionale, ambientale e sostenibile. L'Hospice pediatrico della Fondazione

La complessità delle problematiche in gioco non permette più di delegare a una figura professionale la sintesi di esigenze e conoscenze.

Gli spazi pubblici rappresentano la cerniera tra le persone che chiedono cura e assistenza e le istituzioni che erogano le prestazioni necessarie.

Seràgnoli a Bologna, per il quale il Bim è stato utilizzato dalle fasi del *briefing* agli esecutivi, affiancato però dalla importante presenza degli strumenti della "bottega" dell'architetto: gli schizzi, i modelli fisici, i prototipi.

In che modo e in quale misura la progettazione sanitaria è funzione di un più universale accesso alle prestazioni e alle cure?

Un più universale accesso alle prestazioni e alle cure si declina in una serie di requisiti e indicatori dei sistemi sanitari definiti da istituzioni quali Oms, Oecd e Ahrq. Per la progettazione delle strutture questi si traducono in criteri di localizzazione, dimensionamento, organizzazione funzionale e spaziale, tecnologie e disponibilità di attrezzature, che devono tenere conto delle dinamiche evolutive ed emergenziali.

Ma vorrei rispondere alla domanda con un esempio in specifico e mi aggancio ai risultati di una ricerca che abbiamo condotto all'università di Firenze tra il 2011

e il 2013, "Spaces - Lo spazio dei Diritti.

L'effettività del diritto alla salute nelle strutture ospedaliere". In questa ricerca un gruppo interdisciplinare ha focalizzato la sua attenzione sugli spazi pubblici dell'ospedale che sono diventati sempre più importanti nell'architettura sanitaria. Concentrandosi su questi, la ricerca Spaces ha voluto valorizzarne il significato di luogo dove si esplicano comportamenti e relazioni che costituiscono il primo passo per il soddisfacimento del diritto alla salute.

Essi rappresentano la cerniera tra le persone che chiedono cura e assistenza e le istituzioni che erogano le prestazioni necessarie. Oltre lo spazio pubblico la organizzazione prende in carico la persona secondo regolati percorsi assistenziali, ma nello spazio pubblico - un atrio, una *main street*, un'attesa - si possono favorire relazioni e comportamenti che interpretano i bisogni e le aspettative di ciascuno, in modo flessibile, inclusivo, universale. Gli spazi pubblici di ogni struttura inoltre possono aprirsi e proiettarsi sul territorio, fisicamente e virtualmente, dare forma e strumenti alla conoscenza della rete accessibile dei servizi per la continuità della cura.

Essi rappresentano la cerniera tra le persone che chiedono cura e assistenza e le istituzioni che erogano le prestazioni necessarie. Oltre lo spazio pubblico la organizzazione prende in carico la persona secondo regolati percorsi assistenziali, ma nello spazio pubblico - un atrio, una *main street*, un'attesa - si possono favorire relazioni e comportamenti che interpretano i bisogni e le aspettative di ciascuno, in modo flessibile, inclusivo, universale. Gli spazi pubblici di ogni struttura inoltre possono aprirsi e proiettarsi sul territorio, fisicamente e virtualmente, dare forma e strumenti alla conoscenza della rete accessibile dei servizi per la continuità della cura.

L'emergenza Covid-19 suggerisce una domanda: nella progettazione di un luogo della cura sarà più importante, in futuro, pensare e prevedere la sua flessibilità funzionale in base alle nuove sfide della salute?

La flessibilità è da anni un tema centrale nella progettazione di edilizia sanitaria e ospedaliera in particolare. La flessibilità è

necessaria perché i cambiamenti intervengono già in sede di progettazione e proseguono per tutta la vita utile dell'edificio. In linea di principio impone una logica gerarchica nel progetto che stabilisce diversi gradi di vincolo/modificabilità degli spazi e delle tecnologie: c'è un "supporto" che ha un grado di permanenza elevato e di impatto basso sulla flessibilità dei sottosistemi di tamponamento, partizione, allestimento.

Ma voi mi chiedete se tali approcci non bastino in situazioni di emergenza. Credo che in questo caso si debba parlare non tanto di flessibilità ma di resilienza, cioè della capacità del sistema di modificare temporaneamente il proprio funzionamento a fronte di un evento rilevante e impreveduto. Si è parlato molto in questi giorni di mancanza di posti letto in terapia intensiva, di pronto soccorso inadeguati, poi pian piano è emerso che non si trattava tanto di un problema di spazi e impianti, ma di apparecchiature e di personale. Ma ancor più è emerso che il sistema sanitario nel suo insieme non è resiliente perché è rigida la sua governance: la rete non è adattabile, riconfigurabile a fronte dell'emergenza e i piani per la pandemia restano linee guida senza tradursi in applicazioni.

In termini di programmazione sanitaria, è consigliabile ristrutturare ospedali già esistenti o pensarne di nuovi riquilibrando per altre destinazioni quelli di cui disponiamo?

Nuovi o ristrutturati gli ospedali quasi sempre devono fare i conti con una preesistenza. Un nuovo presidio va a sostituire piccoli ospedali obsoleti; un'organizzazione ospedaliera si trasferisce in una nuova struttura; si amplia una struttura preesistente diventata inadeguata; si decide di procedere conservando e ristrutturando. Ma succede anche che tutti questi processi si intreccino, come ad esempio nel caso di interventi su grandi ospedali a padiglioni, dove si decide di ristrutturarne alcuni, costruirne di nuovi, modificare i percorsi, e spesso anche valorizzare a nuove destinazioni i padiglioni che vengono dismessi. Talvolta servono soluzioni di volano per trasferirvi reparti prima della destinazione finale. Intanto si mantengono in funzione i servizi della struttura preesistente, con i problemi di compresenza del cantiere e delle attività sanitarie. Il progetto si attua su tempi lunghi e per fasi e sottoprogetti, differenti per finanziamento, incarichi professionali, appalti. Intervengono variazioni nel programma sanitario, evoluzioni delle tecnologie, nonché imprevisti propri del recupero edilizio. Nel frattempo occorre gestire la comunicazione a operatori e utenti. È evidente dunque che intervenire ristrutturando è più complesso e spesso più costoso che non intervenire ex novo. Ma c'è un aspetto che può prevalere sugli altri e orientare alla ristrutturazione ed è l'aspetto urbanistico, il rapporto con la città, i servizi, l'accessibilità e, non ultimo, il significato che i cittadini attribuiscono all'ospedale esistente. Se tutte queste cose hanno valore, allora, ridimensionato, messo meglio in rete, riconvertito funzionalmente, l'ospedale storico può restare e concorrere a mantenere in vita i centri delle città. Esempi in tal senso sono frequenti: in Italia, a Venezia l'intervento sull'Ospedale Santissimi Giovanni e Paolo, cui si accede dalla Scuola Grande di San Marco, e a Firenze quello sull'Ospedale di Santa Maria Nuova a due passi dal Duomo. ▣