

Ospedali a misura di cittadino: perché umanizzare è una priorità

Premessa

Con il termine umanizzazione si intende "la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico-assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino". Nonostante il verbo umanizzare richiami subito alla mente le figure del paziente e del medico in una prospettiva relazionale, la definizione proposta suggerisce di dare altrettanta rilevanza ai contesti assistenziali, quale presupposto indispensabile per un efficace processo di cura. Qualsiasi intervento progettuale, rivolto sia alla realizzazione di nuovi edifici che alla riqualificazione di quelli già esistenti, dovrebbe avere infatti come fine principale la creazione di spazi e percorsi 'a misura d'uomo'. Nel 2000 Umberto Veronesi, da poco Ministro della Sanità, promosse la costituzione di un Comitato, presieduto dall'architetto Renzo Piano, rivolto alla definizione dei principi utili per la costruzione dei nuovi ospedali italiani. Ne nacquero delle linee guida e un interessante decalogo che metteva al primo posto proprio l'umanizzazione all'interno di una lista dove comparivano anche urbanità, socialità, organizzazione, interattività, appropriatezza, affidabilità, innovazione, ricerca, informazione². Nel nuovo modello di ospedale si sarebbero incentivati "processi diagnostici e terapeutici centrati sulla soluzione dei problemi di salute e capaci di soddisfare i bisogni quotidiani e i diritti fondamentali del paziente" e l'ambiente sarebbe stato "a misura d'uomo, confortevole e amico" con un rapporto con la tecnologia meno traumatizzante. Il concetto stesso di ospedale come luogo di dolore, sofferenza e morte avrebbe lasciato il posto ad uno spazio 'aperto', di speranza, lotta al dolore e sollievo dalla sofferenza.

Quindici anni dopo, la nuova normativa in materia di accreditamento delle strutture sanitarie inseriva l'umanizzazione tra i criteri necessari

per ottenere l'accreditamento istituzionale³ e il Patto per la Salute 2014-2016, all'art. 4, incoraggiava le Regioni e le Province Autonome "ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza... nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale", prevedendo "al fine di monitorare il grado di soddisfazione dei cittadini... l'utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita"⁴.

La consapevolezza di un ospedale che cura

La letteratura scientifica è ricca di lavori che indagano il rapporto tra le caratteristiche degli spazi ospedalieri e i processi di cura e guarigione e dimostrano come l'ambiente condizioni sia l'outcome clinico del paziente che il comfort degli operatori sanitari, con conseguenti ripercussioni positive sul loro operato^{5,6}. Quell'"effetto positivo della bellezza sulla malattia", del quale parlava Florence Nightingale più di un secolo fa, si esprime attraverso fattori come la luce naturale, i colori, l'arte, la musica, il verde dei giardini. In tal senso l'umanizzazione può essere anche considerata un criterio di sostenibilità, in quanto veicolo per l'inserimento dei luoghi di cura nel contesto di una città ecologica: un ospedale 'a misura d'uomo' è infatti, secondo i principi della bioarchitettura, anche biocompatibile ed ecosostenibile⁷. La conoscenza di queste tematiche è importante per tutti gli operatori della salute, ma lo è in modo particolare per coloro che, in ambito sanitario, sono quotidianamente impegnati nella gestione dell'ospedale. I medici delle Direzioni ospedaliere che possiedono una tale consapevolezza e sviluppino competenze sul tema, possono avere un ruolo attivo nello studio di interventi di riqualificazione e, ancor più, di progettazione di nuove strutture ospedaliere. È allora più che mai importante promuovere un dialogo costruttivo tra medicina e architettura, discipline apparentemente distanti tra loro, ma molto vicine se le si guarda in una prospettiva di servizio alla persona. Nella riqualificazione e ristrutturazione degli ospedali già

esistenti, ma soprattutto nella progettazione e realizzazione dei nuovi, medici e architetti devono essere pronti a lavorare insieme. Un'interessante esperienza di formazione e confronto tra operatori dei due ambiti si sta realizzando nel corso 'Architettura delle strutture sanitarie e sociosanitarie', che si tiene a Reggio Emilia, del quale l'ANMDO è tra i promotori. Essendo l'architettura del settore sanitario 'disciplina olistica' in quanto aperta ai bisogni di operatori, pazienti e cittadini, gli organizzatori del corso hanno voluto evitare la frammentazione dei temi trattati a vantaggio di una esposizione quanto più possibile unitaria.

Il cittadino 'misura' dell'umanizzazione

Insieme a operatori sanitari e architetti, il cittadino ha un ruolo determinante nella valutazione del grado di umanizzazione delle strutture sanitarie in quanto è destinatario del servizio e, al contempo, committente (stakeholder). La Dichiarazione di Alma Ata (1978), al punto 4, afferma che "le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno"⁸. Poiché in un sistema *patient centered* la qualità da raggiungere e misurare non è solo quella clinica, organizzativa o gestionale, ma anche quella percepita⁹, è importante che sia data al cittadino la possibilità di valutare se il servizio offerto corrisponda alle sue aspettative e ai suoi bisogni¹⁰. Su questi presupposti è nato il progetto di ricerca *Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari*, promosso da Agenas, insieme all'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva e alle Regioni, che ha visto la partecipazione attiva di cittadini e medici delle Direzioni ospedaliere¹¹. Nell'ambito del progetto sono stati individuati numerosi indicatori del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, tra i quali spiccano quelli inerenti all'accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura. La centralità dell'utente è anche il cardine della ricerca *L'umanizzazione delle strutture sociosanitarie: la nuova dimensione dell'architettura ospedaliera*, condotta dal Centro di ricerca interuniversitario Tesis dell'Università di Firenze e dal Dipartimento DINSE del Politecnico di Torino per il Ministero

della Salute¹². L'approccio utilizzato è quello 'esigenziale': le soluzioni proposte sono modellate sulle esigenze degli utenti individuati, *in primis* pazienti e operatori sanitari. Sono stati così definiti i requisiti ambientali utili a favorire il benessere psicoemotivo di pazienti e familiari (particolare attenzione è stata posta sulle camere di degenza) e il benessere lavorativo degli operatori. Anche approcci innovativi come il *Performance-Based Building Design* (PBBD) e l'*Evidence-Based Design* (EBD), basati sul gradimento e sui livelli di soddisfazione dell'utente in funzione delle prestazioni offerte dall'edificio, testimoniano una rinnovata sensibilità degli architetti nei confronti della progettazione ospedaliera. Gli operatori sanitari, i medici in particolare, devono essere pronti a fare la loro parte.

A cura della Segreteria Scientifica ANMDO

Ida Mura e Benedetto Arru, Alberto Appicciafuoco
Michele Chittaro, Karl Kob, Gianfranco Finzi
Ottavio Nicastro, Gabriele Pelissero, Franco Ripa
Roberta Siliquini

BIBLIOGRAFIA

1. Discorso del Ministro della Salute Livia Turco in occasione del New Deal della sanità italiana, 2006.
2. Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza. Monitor, supplemento n. 6, 2003.
3. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie, 19 febbraio 2015.
4. Patto per la salute 2014-2016.
5. Horsburgh CR, Healing by design. NEJM 1995; DOI: 10.1056/NEJM199509143331117
6. Bosia D, Marino D, Peretti G. Health facilities humanisation: design guidelines supported by statistical evidence. Ann Ist Super Sanità 2016, 52 (1): 33-39.
7. AAVV, I colori dell'umanizzazione. Firenze, Altralinea Edizioni, 2015.
8. Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, 1978.
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 2005; 83 (4): 691-729.
10. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, National Academies Press, 2001.
11. AAVV, L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi. Monitor 2013, 32: 8-58.
12. Bosia D, Darvo G, Le linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura. Techne 2015; 9: 140-146.