

DIREZIONE GENERALE

Umanizzazione ospedaliera tra istituzioni e cittadinanza partecipativa

Lorenzo Renzulli
Società Italiana
di Tecnica
Ospedaliera

Sono stati esaminati in commento i profili di umanizzazione delle spazialità ospedaliere promossi dai soggetti portatori di interesse della società civile nelle finalità di implementare forme e modalità di sinergia partecipata negli indirizzi di merito delle vigenti istruzioni sulle costruzioni ospedaliere



KEYWORDS

umanizzazione, ospedale
humanisation, hospital

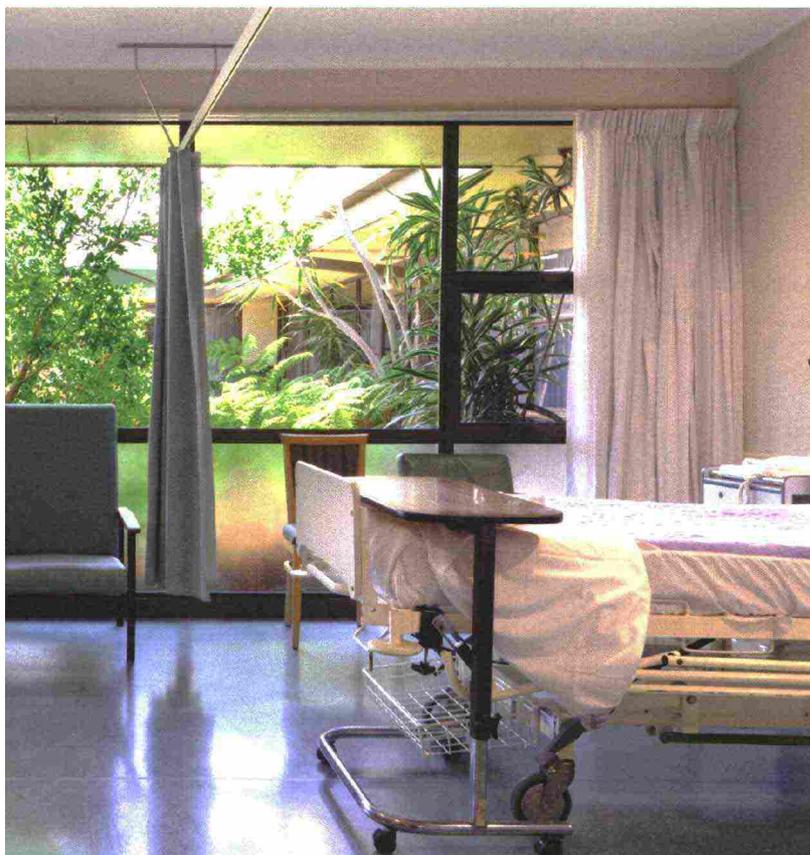
Dottrina e pratica hanno modellato nel tempo nozione e percezione dell'orientamento culturale e sociale di cura, interesse, rispetto per la persona quali valori intrinseci dell'esistenza umana, dando identità ad espressioni e modalità di interpretazione della sua centralità nel divenire della vita dalla nascita alla morte. In questi contesti di pensiero ed azione la protezione e tutela della salute ha acquisito connotazioni irrinunciabili ed inalienabili quale "bene primario dell'uomo, ma anche un diritto/dovere del cittadino... non può essere lasciato al (solo) sapere medico" (Catananti C., 1999, Legislatore dell'anno III repubblicano).

Quindi l'architettura di modellamento ha maturato il binomio malattia/cura nelle dimensioni sanitarie e di vicinanza/solidarietà nell'etimo di assistenza, che storia e tradizione testimoniano nel "mito di cura" (Renzulli L., 2017).

Questo scenario apre alla condivisione di azioni e comportamenti che coinvolgono in sinergia l'interesse della collettività nel significato di complesso degli interessi di salute individuale formati e definiti nella umanizzazione quale alleanza di partecipazione nella più ampia accezione e considerazione della dignità umana nell'etica di una medicina non più "disease centred" ma "patient oriented" ai bisogni globali della persona: "prendersi cura di tutti i suoi problemi e assicurare continuità di assistenza" (PSN 2002/2004: i sette principi di Tavistock) secondo convergenze di interventi e responsabilità anche dei cittadini protagonisti (Renzulli L., Vannetti G., 2020).

Questa visione di indirizzo è forma e sostanza dell'enunciato della conferenza di Alma Ata (1978) che reca: "Le persone hanno il diritto e il dovere di

The humanisation profiles of hospital spaces promoted by civil society stakeholders with the aim of implementing forms and methods of participatory synergy in the substantive guidelines of the current instructions on hospital construction were examined in commentary



partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno".

La cittadinanza partecipativa in sanità

In coesistenza dei saperi delle scienze medico-biologiche e delle scienze amiche, l'umanizzazione dell'assistenza si qualifica anche considerando il punto di vista dei cittadini/utenti quali portatori di interesse per appropriatezza delle metodologie tecniche di programmazione e governo dei sistemi sanitari in strutture, impianti, tecnologie, organizzazione, in finalità di prevenzione, innovazione, uguaglianza, che possono prospettare "soddisfacimento dei bisogni della generazione presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di realizzare i propri" (Mandorino A.L. et Al., 2019).

Questa concettualità di apprezzamento della umanizzazione si delinea sensibilmente nel messaggio del Ministro della Salute Livia Turco in occasione del

New Deal della Sanità Italiana (Commissione degli Affari sociali della Camera, 2006): "Umanizzazione è la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico-assistenziali aperte, sicure e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e conforto con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino". Sul piano operativo si configura in una articolazione di indirizzi di proiezione verso una umanizzazione ricercata in concorso di idee ed esperienze nelle finalità di "Valutazione partecipata della umanizzazione per il miglioramento delle cure" (Agenas - I Quaderni; Monitor suppl. 2019), nella tendenza di "impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostico-terapeutici orientati quanto più possibile alla persona considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologia" (Agenas, 2019). Nella fattispecie, le aree di composizione di analisi e ricerca osservazionale si sviluppano in campi di interesse della vita sanitaria che danno titolo a:

- accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura
- accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
- cura della relazione con il paziente cittadino.

Tra queste materie di indagine la nostra attenzione è rivolta in particolare ad una disamina degli elementi in costituzione del punto 2, nelle peculiarità dell'organismo ospedaliero nella sua morfologia e configurazione distributiva di spazialità assistenziali e generali secondo le aspettative del cittadino/paziente.

Area degli indicatori ospedalieri di umanizzazione L'ospedale è la comunità "di una società sui generis, caratterizzata da estrema mobilità, da forte specializzazione e differenziazione per età, per tipo di attività, per condizione di salute, società in osmosi intensa con quella esterna ad essa, nello stesso tempo aperta a tutte le possibilità e necessità espressive della persona nella loro individualità e nella loro relazione" (Crippa M.A., 2009).

L'espressione quindi "l'ospedale nella città e la città nell'ospedale consente di apprezzare la confluenza delle aspettative umane e sociali nella interpretazione del pensiero architettonico che conferisce forma e sostanza alla spazialità ospedaliera nei vissuti sanitari della malattia/cura.

Le istruzioni, i principi e metodi per le costruzioni ospedaliere sono definiti allo stato con il "Nuovo modello di ospedale" (DM 20.12.2000) in estensio-



ne di indirizzi operativi ex art. 12/D.L.vo 502/1992 (Progetto di ricerca finalizzata per la organizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia ed assistenza - Monitor 2003/6), in consistenza di un decalogo che declina l'impostazione di "assicurare processi diagnostici e terapeutici incentrati sulla soluzione dei problemi di salute capaci di soddisfare i bisogni quotidiani e i diritti fondamentali del malato: essere informato e guidato, trovarsi in un ambiente a misura di uomo in cui sia garantita la privacy, non dover vivere in eccessiva promiscuità con altri, ricevere i parenti senza vincoli ingiustificati".

Questi orientamenti di enunciati conoscono applicazione attuativa nelle normative di regolamentazione in concorso nel tempo in modulazione di una architettura ospedaliera per tipologia di malati e di assistenza/ricerca (malati acuti, lungodegenti, cronici, e per classi di specialità: pediatria, geriatria, psichiatria, infettivi) che determinano nella composizione spaziale di degenze e servizi specializzazione di accoglienza e di tecnologie sanitarie. In questi contesti letteratura e sitografia documentano fattori di umanizzazione concorrenti per creare ambienti confortevoli, cordiali ed empatici, con accostamenti di colori e illuminazione appositamente studiati, vita comune intradegenza relazionabile per socializzazione, modalità di intrattenimento (radio, TV, internet, aree ludiche in pediatria), arredamenti generali, particolari, artistici e quando possibile, verde e arredo giardino, isole zoologiche/relax.

Questi assetti generali che dottrina e pratica evi-

malità urbana, consentono di mitigare/superare la possibilità che lo sviluppo di interessi per il potenziamento delle cure influenzi nel divenire delle innovazioni reciproche sinergie, se non è contemplato adeguatamente dal sapere istituzionale in concorso propositivo mutuato dal vissuto dei cittadini secondo una valutazione partecipata di sistema per il miglioramento della assistenza.

Questa metodologia di coniugazione in ascolto di sussidiarietà ha beneficiato di contributi di qualificazione nelle spazialità di area come nelle specificazioni di indirizzo in richiamo per i corpi di fabbrica nelle spazialità esterne e interne:

1. Aree esterne:

- a) presenza di zone/verde-giardino con panchine
- b) parcheggi distinti per i dipendenti e per il pubblico, con settori disabili, parcheggi rosa in prossimità degli accessi ai reparti, previsione di accesso alle unità di tecnologie diagnostiche con i mezzi propri.

2. Area degli ingressi:

costituisce l'interfaccia di apertura con il contesto urbano, ad elevata densità di movimentazione verso i percorsi generali di afferenza ai reparti e servizi sanitari e di attività ancillari quali presenza di vita cittadina (negozi) e di attività parasanitarie (volontariato). È quindi di rilievo sostanziale la postazione centrale di comunicazione/informazione/gestione (URP/CUP) e l'adozione di simbologie di distribuzione dei percorsi interni.

3. Area del PS/DEA:

interventi diagnostico-terapeutici compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura, deve poter eseguire un primo accertamento diagnostico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione dell'utente; deve garantire il trasporto protetto" (DPR 14.1.1997, n.37).

Le spazialità di umanizzazione considerate sono rivolte a una accoglienza appropriata in sale di attesa multiple per pazienti/accompagnatori con servizi, con distribuzione ambientale di arredi confacenti alla tipologia delle persone nelle varie condizioni di età e salute, anche per i mezzi di intrattenimento e conforto (zona pediatrica con aree ludiche; disabilità di movimento e sensoriali).

4. Area delle degenze:

4.1: sono indicatori di riferimento degenze a unode letti con servizi autonomi, con adeguata illuminazione e soleggiamento, dato che questa ripartizione spaziale produce:

- effetti di flessibilità d'uso, con considerazione di soggiorno per cluster funzionali
- attenzione verso usi e costumi multiculturali e multireligiosi secondo le diverse sensibilità, tenendo presente che per le culture di appartenenza islamica riservatezza e pudore nella gestione del corpo non possono essere trascurate per conferire una impronta umana all'atto assistenziale: "il pudore è un sentimento comune che ognuno custodisce gelosamente nel suo intimo, come un valore proprio, simbolo del senso di sé, del concetto che ha di se stesso" (Parisi V., 2001; Angelucci A. et Al., 2019).

4.2: sono richieste spazialità di ospitalità di parenti anche per condivisione di pasti e socializzazione.

5. Area dei servizi sanitari:

5.1: blocco travaglio-parto: distinte sale di attesa per familiari anche con filtro quando dovuto

5.2: blocco operatorio-spazialità di accesso/attesa nella fase preoperatoria e postoperatoria del risveglio, con specificità della sala operatoria pediatrica in segni di mitigazione/piccola ludoteca; box di vestizione se previsto;

5.3: terapie intensive polivalenti, specialistiche: ingresso/attesa/filtro per frequentazione di parenti, in particolare per patologie gravi/estreme

5.4: percorsi di collegamento differenziati e diretti
a) percorso interno degenze/blocchi operato-

soriali verso URP/CUP, centro prelievi; servizio di diagnostica per immagini.

6. Funzioni di assistenza spirituale:

spazialità dedicata alla vita religiosa nella specificazione di chiesa cattolica centrale, spazi a destinazione multireligiosa, con frequentazione in percorsi agevoli, anche per luoghi di commiato aperti alla partecipazione di sentimenti di cordoglio nel tributare le onoranze funebri.

7. Indicatori di edificio/di piano:

eliminazione delle barriere architettoniche; percorsi verticali in distribuzione adeguata a funzioni e rispetto della regola del distanziamento.

Rilievi e considerazioni

Sono acquisite e consolidate in dottrina e pratica metodologie operative di umanizzazione evolutiva dei luoghi di cura ospedalieri secondo processi e procedure di impegno per profili e livelli di vivibilità spaziale negli aspetti percepibili di interpretazione del vivere quotidiano in armonia di soluzioni mirate e congruenti con le finalità sanitarie.

Meritano peraltro approfondimenti di esame e discussione temi generali e specifici che attengono alla morfologia architettonica dei corpi di fabbrica nel tessuto urbano del quale sono partecipi nei loro assetti funzionali di distribuzione spaziale.

Allo stato è dato constatare la tendenza ad una compattazione della edilizia ospedaliera in sagome a monoblocco verticale/poliblocco articolato senza vincoli di sviluppo in piani fuori terra, improntati alla migliore sicurezza e qualità assistenziale possibile, ma che per la loro mole non consentono di trasmettere messaggi sensibili per una umanizzazione attenta a testimoniare modalità di accoglienza/ospitalità semplice, facile, familiare aperta ad ambienti a misura di persona.

Questa realtà di correlazione della complessità edilizia ad alta specializzazione e tecnologia per estesi bacini di utenza, che condiziona misure di interventi di deistituzionalizzazione, orienta visioni innovative di progettazione architettonica secondo idee e prospettazioni concettuali che guidano verso l'ospedale a monoblocco orizzontale, "l'ospedale-piastra", come di recente analizzato nei suoi effetti non solo tecnico-sanitari da La Franca G.: Verduno. L'ospedale piastra, *Tecnica Ospedaliera* 2021 (5) p.20.

I gravami d'impatto Covid-19 sulla tenuta del siste-



zionalità tra domanda di cure ed entità di risposte strutturali-organizzative (Renzulli L., 2020), sia per il conseguente “razionamento” di accesso alle prestazioni ordinarie di patologie mediche e chirurgiche per la necessità di riserva di posti letto per malati Covid-19, in particolare in regime di terapie intensive.

Questi condizionamenti di regressione della assistenza ordinaria pongono il problema di esaminare in attualità la composizione della rete ospedaliera calibrata non solo sugli ospedali e reparti per malattie infettive nella consistenza di cui a DM Salute 70/2015, ma anche in analisi di potenziamento con istituzione/attivazione di strutture sanitarie dedicate a questa patologia infettiva, anche in riserva strategica per possibilità di insorgenza nel tempo di eventi epidemici/pandemici a varia eziologia (Renzulli L., 2021).

In materia va ricordato, per esempio, che nel nostro ordinamento del Novecento sono state emanate istruzioni per le costruzioni ospedaliere di specialità fino al DCG 20 luglio 1939, come per l'assistenza ai malati TBC, secondo principi e metodi della assistenza differenziata.

Entrando ora nel merito della configurazione intraospedaliera di offerta assistenziale in reparti e servizi sanitari, lo scenario delle potenzialità e possibilità di espressione delle attitudini di umanizzazione nelle spazialità di accoglienza, soggiorno, cura in reciproca identità di “Abitare comunicare curare” (Vannetti G. et L., 2009) è consustanziale ai sistemi delle cure appropriate ed efficaci “secondo quanto le acquisizioni consolidate della scienza ed esperienza danno per acquisito, consolidato nella evidenza dei risultati”, per poter “dare all'ospedale la qualifica di umano” (Spinsanti S., 2007). Infatti, le dinamiche della moderna medicina sono “il prodotto della ricerca e delle tecnologie applicate che orientano e sviluppano consonanze di interventi ed azioni di umanizzazione nei contesti di cooperazione dei diversi portatori di interesse per un ospedale sicuro nelle cure ed assistenza ed umanamente vissuto”.

Perché un ospedale possa essere umanamente vissuto in tutte le sue dimensioni, è indispensabile l'assenza di discrepanze di rapporti tra spazialità/percorsi/funzioni di esercizio che possono indurre “criticità di sistema con assenza/limitazione di frequentazioni interpersonali” che concretizzano condizioni di “umiliazione dei comportamenti abituali

(controllo di affluenza) ai reparti e la presenza di accompagnatori” in assistenza (Renzulli L., 2021). “Questo stato di frattura della civiltà sanitaria non compatibile con la coscienza e la cultura del tempo”, sollecita programmi e azioni di ri-modellamento della spazialità ospedaliera con la previsione formale:

- **1.** per il DEA/PS di sale di attesa/servizi anche per accompagnatori, differenziate per età pediatrica, condizioni di disabilità a varia complessità, stati fisiopatologici, con distinti percorsi in autonomia per triage generalista, pediatrico, ostetrico-ginecologico ciascuno con degenze OBI, e settore di osservazione per malattie infettive sospette in accesso ai reparti di competenza (Renzulli L., 2020)
- **2.** per i piani di degenza anche intensiva aree di ingresso/attesa riservate agli accompagnatori, quando necessario dotate di filtro per accesso interno, con modalità di contatto non solo di colloquio ma anche visivo con il malato allettato quando possibile
- **3.** per i percorsi verticali e orizzontali superamento delle criticità di incrocio entrata/uscita, collegamenti differenziati nella specificità delle attività di istituto sanitarie e generali, di agevole comprensione per ogni movimentazione.

Questa prospettiva e questi indirizzi di integrazione non possono prescindere da iniziative di coordinamento, semplificazione degli assetti in essere delle normative tecniche concorrenti sulle costruzioni ospedaliere, che possono porre problematiche di effetti attuativi (Renzulli L., 2021).

Conclusioni

L'umanizzazione ospedaliera è una piattaforma di convergenza di fattori in composizione integrata che spaziano dal modellamento delle strutture edilizie alle aspettative umane e sociali d'interpretazione delle istanze dei cittadini, anche alle modalità d'interfaccia comportamentale delle professioni sanitarie in causa, in uno scenario composito di metodologie di comunicazione attiva e passiva che attengono alla vita temporale e spirituale delle persone in senso individuale e comunitario.

Sul piano tecnico-assistenziale questo assetto di costituzione di processi e procedure non solo di cura, ma anche delle azioni di “aver cura/prenderci cura” in concorso istituzionale e partecipativo, è negli indirizzi di programma della Carta di Tal-

**L'UMANIZZAZIONE
GENERALE
E SPECIFICA
OSPEDALIERA
SI CONFIGURA
E STABILIZZA
COME OBIETTIVO
PRIORITARIO E
FONDAMENTALE**

sponibilità di servizi sanitari appropriati e di qualità: "promuovere i valori condivisi di solidarietà, equità, partecipazione; coinvolgere i soggetti interessati nello sviluppo di politiche e nella loro attuazione", nelle modulazioni organizzative-gestionali di sistemi sanitari che assicurano "l'accesso a cure di qualità e la garanzia che esse siano erogate sulla base delle più avanzate ricerche scientifiche che la medicina possa offrire e con l'ausilio delle tecnologie più appropriate, al fine di garantire il miglior livello di efficacia e sicurezza".

Nel nostro ordinamento questo principio partecipativo di portatori di interesse è declinato sin dalla L. 23.12.1978, n.833 (art.1), istitutiva del SSN, quale "obbligo di garantire la partecipazione dei cittadini, associazioni di volontariato sussidiarie ai fini del SSN", in modalità di concorso ex DPCM 19.5.1995 e s.i.m. (Carta dei Servizi); ex DM sanità 15.10.1996 di indirizzo per "insieme di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie", in evidenze di personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza; di attenzione per la "Promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza (L. 28.10.1997, n.285 - art.7/comma C: partecipazione dei bambini e degli adolescenti alla vita della comunità locale, anche amministrativa", con declaratoria dei "diritti del cittadino" ex articolo 14 del D.L.vo 502/1992 correlato con art.12 del D.L.vo 229/1999, quindi in PSN 2006-2008 nel sottolineare il "ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del SSN in finalit  di collaborazione di indirizzo per la programmazione, valutazione, gestione dell'assistenza sanitaria".

L'umanizzazione generale e specifica ospedaliera

si configura e stabilizza come obiettivo prioritario e fondamentale di condivisione operativa nelle competenze di esercizio delineate in disciplina:

- del Patto per la Salute 2014/2016 (Intesa Rep. Atti n. 82/CSR del 10.7.2014, art.4 che reca: "Umanizzazione delle cure: le Regioni nel rispetto della centralit  della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgono gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza"
- del Nuovo Sistema Nazionale di Accreditamento (Intesa Stato/Regioni Rep. Atti n.32/CSR del 19.2.2015 collegata ad Intesa Stato/Regioni Rep. Atti n.259/CSR del 10.12.2012 che annoverano l'umanizzazione tra gli otto criteri assegnati in adempimento alle Regioni.

Questa impostazione si sviluppa in uno scenario dinamico di "Programma partecipato nazionale per il miglioramento continuo della umanizzazione e della sicurezza. Edizione 2017-2018 con la collaborazione dei diversi portatori di interesse" (Agenas 2019).

In queste prospettive di approccio d'identit  anche di azioni propositive e partecipative si pu  parlare di qualit  e sicurezza nella assistenza e quindi di umanizzazione "quando ogni paziente riceve l'insieme di atti diagnostici e terapeutici che portano ai migliori esiti in termini di salute tenendo conto dello stato attuale delle conoscenze scientifiche, con il minor costo possibile e i minori rischi iatrogeni, ottenendo la sua soddisfazione rispetto agli interventi ricevuti, agli esiti ottenuti e alle interazioni umane avute nel sistema sanitario" (OMS).

Bibliografia

- 1) Agenas, Quaderni di Monitor: La valutazione partecipata della umanizzazione delle cure, 2019
- 2) Angelucci A., Bombardieri M., Cuciniello A., Tacconi D., Chiesa e Islam in Italia, Ed. Dehoniane, Bologna, 2019
- 3) Carta di Tallin, Health systems, health and wealth, Regione europea OMS - 58° riunione del Comitato europeo - Risoluzione EUR/RC/84
- 4) Catananti C., Nascita ed evoluzione dell'ospedale: dalla ospitalit  alla organizzazione scientifica, Tendenze Nuove 1999 (f.4) p.15
- 5) Crippa M.A., Settanta anni fa si apriva un nuovo Ospedale Maggiore a Niguarda, Niguarda, Silvana editoriale, Milano 2009
- 6) Mandorino A.L., Metastasio R., Vitale M.,

- 7) Ministero della Salute-Agenas, Atti del Convegno: "La valutazione della qualit  delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", Roma 7/11/2014
- 8) Parisi V., Koin , Atti del Convegno: "Tutta la vergogna che proviamo, storie di pudore in ospedale", Istituto Nazionale Tumori - Fondazione Pascale, Napoli 3 ottobre 2001, p.13/16; Poligrafica Ariello
- 9) Renzulli L., Cura e presa in carico del paziente: autonomie di responsabilit  medica, Bollettino OMCeO di Avellino LXIV 2017 (1) pp.35/39
- 10) Renzulli L., Vannetti G., Genius loci e centralit  della persona, Panorama della sanit ,

- accettazione nel sistema ospedale. Triage e OBI, Tecnica Ospedaliera 2020 (4) pp.24/29
- 12) Renzulli L., Dotazione e domanda di posti letto per acuti in eventi Covid-19, Tecnica Ospedaliera 2020 (5) p.14
 - 13) Renzulli L., Spazialit  ospedaliera e infezione Covid-19: quale dinamica di rapporto, L'Arco di Giano 2021 (106) pp.119/133
 - 14) Spinsanti S., L'ospedale del futuro sar  un luogo etico? Salute e societ , L'ospedale del XXI secolo. Franco Angeli Ed., 2017/3 p.17
 - 15) Vannetti G., Teseleanu G., Renzulli L., abitare comunicare curare, Panorama della sanit  2009 (31) pp.12/26
 - 16) Vannetti G., Umanizzazione, pandemia e