



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Ambiente di guarigione:
l'impatto del regime di ricovero
e dei fattori ambientali sulla persona.**

Relatore: Chiar.mo
Bernardo Nardi

Tesi di Laurea di:
Noemi Palmas

Correlatore: Chiar.mo
Serafin Caneda-D'Ambrosi

A. A. 2019-2020

*Ma se non desideriamo di meglio,
se non aspiriamo a una vita migliore,
le cose non cambieranno mai.*

*da "Le Ragazze di Kabul"
di Roberta Gately*

Indice

Introduzione	1
1 Origine degli Ospedali.....	3
1.1 La Preistoria	3
1.2 La medicina in Mesopotamia	4
1.3 La medicina in Egitto.....	5
1.4 Il mondo greco	6
1.5 Il mondo romano	7
1.6 La medicina nel Medioevo.....	8
1.7 La medicina nel Rinascimento	10
1.8 Il Settecento.....	12
1.9 L'Ottocento	13
1.10 Il Novecento.....	14
1.11 L'epoca contemporanea: la rivoluzione ospedaliera e l'”Ospedale Ideale”.....	16
2 Il Modello di ospedale per intensità di cura.....	20
2.1 Day Surgery e Day Hospital.....	22
2.2 Gli ospedali pediatrici e la cromoterapia	24
2.3 Hospice	27
2.4 Cure domiciliari.....	28
3 L'ambiente curativo	30
3.1 L'EBD (“Evidence Based Design”)	31
3.2 Riduzione degli errori e dei rischi	33
3.3 Sorveglianza e privacy del paziente.....	37
3.4 Il Comfort.....	38
3.5 L'impatto dell'ambiente sugli operatori sanitari	43
4 Interazione paziente/infermiere: la sfera psicologica e il principio di individualizzazione	48
5 Il processo di Nursing	57
5.1 Fase 1 – Accertamento.....	58
5.2 Fase 2 – Diagnosi infermieristica	59
5.3 Fase 3 – Pianificazione degli interventi	60
5.4 Fase 4 – Attuazione del piano assistenziale infermieristico.....	60
5.5 Fase 5 – Valutazione dei risultati ottenuti.....	60

5.6 Le cinque risposte umane universali nel regime di ricovero	61
Conclusioni	73
Bibliografia	74
Sitografia	82

Introduzione

L'ospedale è il luogo deputato al recupero della forma e della efficienza fisica. Chi ne varca la soglia da paziente, lo fa con ansia, preso da considerazioni sulla propria fragilità, spesso in preda ad un profondo senso di smarrimento. Al disorientamento interiore va spesso aggiunto l'ulteriore disagio suscitato dall'istituzione ospedaliera, che si impone con la centralità della sua organizzazione, da cui spesso è esclusa la prospettiva del paziente. La separazione dal nucleo familiare, il distacco dalle abitudini quotidiane, la necessità di adeguarsi ai nuovi ritmi istituzionali, la parziale rinuncia alla privacy e lo stato di inevitabile dipendenza dagli altri sono condizioni considerate quasi fisiologiche per qualunque ricoverato nel concetto di ospedale a cui siamo abituati. Questo disagio emozionale è considerato un male minore, un danno collaterale da accettare con rassegnazione, certi che l'obiettivo veramente importante che l'ospedale sta perseguendo in quel momento sia la cura della malattia che ha investito il corpo. Tuttavia, il forte cambiamento culturale che sta attraversando i processi di diagnosi e cura e che sposta il focus dell'attenzione dalla malattia al benessere complessivo della persona malata, non può prescindere dall'affrontare questa contraddizione: cioè che la ricerca della restituzione del benessere fisico avvenga forzando – e talvolta calpestando – quello psichico e sociale. Ciò è in netto contrasto con la definizione di salute che l'OMS promuove da più di mezzo secolo e che la contestualizza in uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non meramente come assenza di malattia o infermità. Il processo di umanizzazione della medicina, insomma, non può non riguardare la gestione di quel luogo che, più di ogni altro, è deputato al contrasto della malattia: l'ospedale, con i suoi servizi, ritmi, logiche ancorati a tutt'oggi, nella stragrande maggioranza dei casi, alle sole competenze degli operatori o a valutazioni meramente tecniche. Ciò, di certo, non avviene per la volontà degli operatori, ma chiama in causa un'organizzazione del servizio ospedaliero pensata per ottenere la guarigione e non il maggior benessere (reale e percepito) del malato. I menù fissi, il pranzo prima di mezzogiorno e la cena prima del tramonto, le visite centellinate e la quasi totale assenza della possibilità di svago sono, anche questi, elementi che impattano fortemente

con la qualità del vissuto dei pazienti, ma perfino con quello dei congiunti, anch'essi costretti ad adattarsi al regime ospedaliero e, talvolta, a sopperire alle sue lacune e ai suoi protocolli. La radicale rivoluzione che si sta facendo strada, lentamente e con fatica, negli ospedali, dovrà perciò riguardare al più presto anche le prestazioni di servizi tecnici e generali. Occorre che le esigenze degli utilizzatori – in questo caso i bisogni della persona malata – diventino allo stesso tempo l'obiettivo perseguito dall'ospedale e lo stimolo per innestare un nuovo modello organizzativo; questo è il vero segreto del successo dell'istituzione. La qualità reale del servizio non è l'unico elemento essenziale da tenere in considerazione: va considerata soprattutto la qualità percepita dagli utenti/pazienti durante il ricovero. Questo ultimo parametro, infatti, è un fattore su cui viene dato il giudizio all'esperienza ed influisce positivamente anche sull'atmosfera umana dell'ospedale e sui rapporti tra utilizzatori e addetti producendo un miglioramento dei percorsi di cura. Pertanto, la creazione di un ambiente a misura d'uomo, confortevole ed amico, sarà dunque una delle prossime sfide che l'ospedale dovrà affrontare, e dovrà essere applicata sia alla struttura fisica che all'organizzazione dei servizi. L'architettura, gli arredi, le finiture, i colori, le qualità materiche, la segnaletica, i suoni e gli odori, la temperatura, l'umidità e la ventilazione, la luminosità, la vista, la pulizia e l'igiene: tutto dovrà comunicare calore e accoglienza, non freddezza tecnica, ostilità e paura. Occorrerà garantire ai pazienti e ai visitatori privacy, comfort, ascolto, orientamento, trasparenza, comunicazione e informazione. In un luogo sempre più pervaso dalla tecnica e dalla tecnologia, l'ergonomia dovrà guidare l'interrelazione tra uomo, macchina e ambiente. Fondamentale, oltre all'ambiente curativo, è il personale medico e infermieristico che ha un contatto diretto col paziente e che, proprio per questo, viene sottoposto ad uno specifico addestramento emozionale e relazionale per affrontare anche psicologicamente lo stato d'animo che accompagna la degenza. L'obiettivo è quello di arrivare ad essere in grado di considerare l'essere umano malato come elemento singolo ed irripetibile, bisognoso di attenzioni e di poter esprimere ciò che sente senza paura di essere giudicato. Da questo concetto nasce il principio di individualizzazione che è il cardine su cui si fonda il processo di Nursing, ovvero tutte quelle azioni, proprie specificatamente dell'infermiere, che devono essere messe in atto nei confronti degli assistiti per le finalità sopra esposte.

1 Origine degli Ospedali

La nascita della medicina coincide con l'origine stessa dell'uomo sulla Terra. Tutti i popoli hanno una medicina: quelle più antiche riguardavano per lo più mescolanze tra credenze superstiziose e magiche, visioni cosmologiche di vario tipo e conoscenze empiriche nate da una qualche osservazione della realtà dove si ignorava la vera causa della malattia e il motivo del dolore. La malattia era dovuta a forze esterne e misteriose, curabili in maniera esclusiva da alcuni membri della tribù, i quali godevano di speciali poteri curativi (i santoni, ad esempio).

1.1 La Preistoria

Durante il **Paleolitico** (periodo che copre un periodo temporale che va da circa 2 milioni di anni fa fino a 10 mila anni fa) la società è composta da piccoli gruppi (circa una decina di individui ciascuno) di cacciatori-raccoglitori, imparentati tra di loro. Con il tempo nascono delle forme di religiosità primitiva o, per lo meno, di rappresentazione simbolica e magica del mondo reale assieme ad una cura sempre maggiore della sepoltura dei morti. Dal punto di vista della medicina, intesa come strategia per il mantenimento dello stato di salute e come correzione delle sue alterazioni, nulla ci è dato sapere.

I primi esempi di società stanziali strutturate ce li abbiamo nel corso del **Neolitico** (periodo che va dal 10 mila a.C. al 5 mila a.C.); in questo periodo nascono i villaggi di agricoltori composti molto spesso da alcune centinaia di individui legati tra loro da vincoli di parentela (i clan). La popolazione ha una densità più elevata e pratica anche l'allevamento; questo comporta una maggiore vicinanza tra uomini e animali con conseguenti problemi di smaltimento degli escrementi. Lo sterco, tendenzialmente, rimane sempre a contatto con gli individui in quanto è usato come concime per i campi.

La situazione di promiscuità tra uomo e animale che si va a creare, facilita lo sviluppo e la diffusione di malattie infettive e parassitarie che devono essere combattute elaborando delle strategie efficaci per non soccombere. Attualmente le nostre conoscenze non ci consentono di sapere in che modo venivano affrontate tali situazioni ma, partendo dal presupposto che i primitivi credevano nell'esistenza di esseri superiori responsabili di qualsiasi manifestazione della natura (incluse le patologie degli uomini), con tutta probabilità erano certi che le uniche vie di guarigione fossero la preghiera, l'implorazione ed il sacrificio (*Sournia J.C., 2002*).

1.2 La medicina in Mesopotamia

I più antichi sigilli di medici professionisti risalgono al 3000 a.C. in **Mesopotamia**.

Nel **Codice di Hammurabi**¹, databile all'inizio del II millennio a.C., sono contenute precise disposizioni su come un medico debba essere ricompensato o punito per le sue prestazioni professionali. Grazie a questo testo si è potuto intuire la concezione di salute e malattia in questo periodo, così pure quali fossero le tecniche mediche.

La medicina mesopotamica è sostanzialmente di tipo religioso ed empirico e la malattia viene considerata come un castigo inviato dalla divinità, per cui il medico si deve districare tra qualche migliaio di demoni utilizzando sistemi di mantica e divinazione, tra cui l'osservazione degli astri. Il malato deve necessariamente ingraziarsi la divinità o esorcizzare il demone responsabile attraverso esorcismi, preghiere ed offerte.

Da un punto di vista farmacologico, vengono usate piante curative, rimedi minerali o di origine animale. La chirurgia è limitata al trattamento delle fratture e delle ferite anche se, per esempio, l'odontoiatria conosce già la protesica e la cura delle carie mediante il piombaggio.

¹ Hammurabi è stato un sovrano babilonese che viene ricordato soprattutto per aver promulgato una raccolta di leggi nota come Codice di Hammurabi, che rappresenta uno dei primi esempi di leggi scritte nella storia.

L'apprendimento e la pratica della medicina sono ad appannaggio della classe sacerdotale anche se, probabilmente, esistevano anche medici laici. I sacerdoti, oltre che alla preghiera e al culto sacrificale, si dedicano anche agli esorcismi ed agli scongiuri. Di un livello sociale inferiore rispetto ai sacerdoti, ci sono medici che effettuano “semplici” operazioni chirurgiche come estrazioni di denti, drenaggio di ascessi e flebotomie (Cavalli F., 2013).

1.3 La medicina in Egitto

Un altro documento fondamentale che ci parla della medicina dell'antichità è il **Papiro Ebers**², ritenuto il testo più importante sulla medicina e sulla farmacia egizia e scritto intorno all'anno 1.550 a.C.

Nell'ambito della medicina egiziana si possono distinguere due diversi filoni:

- quello magico-religioso, che comprende elementi molto primitivi. Il carattere sacro della medicina egiziana è evidente se si pensa che il medico più grande è il Dio Sole che, mediante sostanze di vario tipo (miele, cera, ecc...), fa allontanare i dolori dal corpo del malato. Chi ha una malattia è sempre preda di un influsso malefico o di una divinità cattiva;
- quello empirico-razionale, basato sull'esperienza e l'osservazione, privo di componenti mistiche. Sono stati rinvenuti dei papiri che sono dei veri e propri trattati di chirurgia; si leggono istruzioni su come trattare le fratture, le lussazioni, il trauma cranico e le ferite in genere. Alcuni di questi metodi sono usati tutt'ora in medicina. Troviamo inoltre degli studi sul valore terapeutico di certe piante, sulla pericolosità di altre e sui benefici del calore e dell'acqua.

Nel corso degli anni la medicina egizia fonde il patrimonio magico-religioso con quello empirico per dare luogo ad una medicina che si basa sull'osservazione dei malati e dei

² Papiro di Ebers: è un rotolo di papiro lungo 20 mt e alto 20 cm. E' suddiviso in circa 100 pagine scritte in ieratico. È un vero e proprio trattato sulla medicina e spazia tra molte argomentazioni.

sintomi e sulla sperimentazione delle cure. Nasce così una medicina di *tipo colto* dove la magia viene relegata ad un ambito sempre più ristretto; questo fa sì che quella egizia venga considerata la medicina più evoluta dell'epoca antica (Cavalli F., 2013).

1.4 Il mondo greco

Le basi della medicina come la conosce l'Occidente vengono gettate nel **mondo greco**, con Ippocrate e la sua scuola, in stretta connessione con la filosofia greca.

Nel periodo greco antico, che va indicativamente dal 1.000 a.C. al 100 a.C., non è ancora possibile parlare di ospedale come lo intendiamo nell'era moderna; più che altro si tratta di luoghi sacri (templi) che includono spazi e funzioni dedicati ai malati. Generalmente questi luoghi sono situati in località esterne alla città poiché la cura, nella sua pratica spirituale, necessita di un ambiente adatto alla meditazione, ricco di elementi naturali che rappresentino i principi di contatto con la divinità: il bosco e la fonte, ad esempio. Quindi, per lo più li troviamo vicino al mare o al fiume e racchiusi in un recinto sacro, che sta a delimitare uno spazio a diretto contatto con gli Dei. Nelle vicinanze del tempio sono edificati lunghi edifici e porticati che contengono semplici celle per ospitare i malati e spesso vengono annessi appositi locali per esercizi di ginnastica, bagni e frizioni per gli ammalati cronici e i convalescenti.

Solo durante il periodo Ellenistico (IV-II secolo a.C.) si iniziano ad organizzare dei luoghi appositamente concepiti per ospitare i malati attraverso la creazione di vani all'interno di recinti sacri appositamente allestiti. Nascono le prime nozioni di igiene pubblica che influenzano la scelta delle località in cui costruire, la pianificazione urbanistica (orientamento, forma e dimensione dei lotti nelle città) e le zone di costruzione dei primi impianti di approvvigionamento d'acqua. I luoghi di accoglienza degli ammalati sono semplicemente delimitati da ampi agorà e da celle porticate, a volte realizzati seguendo schemi a planimetrie irregolari.

Alla fine dell'epoca Ellenistica questi luoghi iniziano ad avere una planimetria più rigorosa

dove gli elementi necessari alle cure mediche-teurgiche hanno il compito di migliorare la qualità di vita.

Questi luoghi di cura nascono nel momento in cui la medicina si laicizza ed inizia a basarsi su fondamenti razionali; prende il via la consuetudine per i medici di dedicare uno spazio all'interno della propria casa per l'accoglienza e la cura dei malati. Tale spazio, chiamato *iatreo*, è il luogo dove praticanti e chirurghi laici applicano una sorta di medicina che ha anche dei fondamenti razionali.

Si perfeziona la *tecné*, ovvero il rapporto tra anamnesi-diagnosi e la prognosi di numerose malattie. Le malattie e i metodi curativi sono fondati su esperienze pratiche elaborate attraverso uno spirito razionale che ricerca le cause nella reale natura dell'uomo. Tutto è basato sull'esperienza e sull'osservazione diretta dei sintomi e dell'evoluzione delle malattie (*Lopez F.*, 2008; *Cavalli F.*, 2013).

1.5 Il mondo romano

Durante l'**epoca romana** (periodo compreso tra il 753 a.C. e il 476 d.C.) è ancora improprio parlare di ospedali sotto l'aspetto terapeutico, organizzativo e costruttivo. L'atteggiamento della cultura romana verso quella greca è fortemente bivalente. Da un lato accetta i suoi principi, ma dall'altro si impegna in nuove ricerche.

Durante quest'epoca i malati non sono curati all'interno di strutture pubbliche, ma all'interno della stessa famiglia, tanto da poter parlare di *medicina domestica*.

Non esiste il concetto di assistenza sociale, ma si provvede ad organizzare terapie e soccorso solo per quelle persone che hanno un valore all'interno della società, come i soldati e i funzionari dello stato. Esistono poi i medici di corte che si dedicano esclusivamente alla cura dell'imperatore e il suo apparato.

Vengono istituiti i *valetudinaria*, che sono edifici pubblici comuni nei quali le grandi famiglie patrizie ricoveravano i propri liberti e gli schiavi e dove, inoltre, vengono curati anche i soldati feriti: generalmente sono posizionati lontani dal centro per avere una sede il

più tranquilla possibile, hanno un ampio ambiente di tipo basilicale per riunioni o visite, un secondo ambiente ben illuminato con ampie finestre usato come sala operatoria, i bagni e i locali igienici. Al centro presentano un ampio cortile e lungo i quattro lati sono posizionate le corsie mediche formate da tante stanze (dove sono ricoverati gli ammalati ed i feriti di guerra) sia lungo il perimetro interno (che si affaccia sul cortile interno) che lungo quello esterno.

Di notevole importanza per la cultura romana, e sempre annoverate tra gli edifici pubblici, sono le *terme*; non sono strettamente connesse alla cura delle malattie ma rappresentano un elemento fondamentale per la salute pubblica. Esse sono centri deputati alla cura del corpo e all'igiene ed ivi i romani passano gran parte della loro giornata; hanno diritto di accesso anche i più poveri in quanto l'ingresso è gratuito o quasi (*Pasquinucci M., 1993; Cavalli F., 2013*).

1.6 La medicina nel Medioevo

Nel **Medioevo**, con il termine ospedale si indica un luogo destinato ad offrire ospitalità a chi ne ha bisogno (*domus hospitalis*) e, quindi, non è propriamente inteso come luogo di cura degli ammalati ma ha una forte connotazione Cristiana e caritatevole.

La funzione principale di un ospedale dell'epoca è quella di accogliere i pellegrini, in particolare quelli che non sono in grado di pagarsi un letto in una locanda. Per questo motivo, spesso, gli ospedali si trovano lungo le strade che portavano, da tutta Europa, verso le grandi mete di pellegrinaggio: Roma, Gerusalemme, Santiago de Compostela, ecc...

Vi sono ospedali nelle città, ma anche fuori dalle mura, per permettere ai pellegrini di trovare rifugio anche se fossero giunti a tarda sera, quando le porte della città erano ormai chiuse.

Nel Medioevo si trovano tre tipi di ospedali:

- gli *xenodochii* per i forestieri. Vi si trova alloggio, quindi hanno in genere una funzione alberghiera;

- gli *ptochi* per i poveri e per gli infermi, cioè coloro che hanno malattie o menomazioni non curabili (ciechi, storpi, ecc.);
- i *lebbrosari*, localizzati fuori di centri abitati, detti anche città dei morti in quanto la lebbra era considerata una malattia irreversibile.

Spesso però si trovano ospedali che raggruppano tutte le funzioni, magari organizzate in locali separati.

Gli ospedali, pertanto, sono istituzioni religiose, spesso appartenenti ad una parrocchia, e vivono di redditi prodotti da lasciti di cittadini e di elemosine. Non sono in grado di offrire molto: generalmente un letto o, più spesso, un pagliericcio in uno stanzone comune. Quando non sono adiacenti ad una chiesa, hanno comunque una cappella. Di solito non è prevista l'offerta di cibo per pellegrini mentre, per i poveri e gli infermi, ogni ospedale si comporta secondo le proprie possibilità.

In un documento del 16 gennaio 1346, relativo all'Ospedale della Misericordia in Ivrea, si legge:

"Si dà a ciascun infermo da mangiare secondo le possibilità della casa e, quando ciò non è possibile, si preparano loro dei buoni letti... ai poveri non si dà il vitto tutti i giorni, perché, quando possono camminare, vanno a chiedere l'elemosina e alla sera tornano ai loro letti".

Inoltre, per quanto riguarda gli infermi, si legge: *"Quando è necessario, si manda a chiamare il medico per curarli"*. Questa frase è interessante perché ci aiuta a capire che anche l'ospedale per gli infermi non è, come intendiamo noi, un luogo di cura, ma soltanto un luogo di assistenza e il medico viene chiamato solo in caso di bisogno.

Un po' diversa è la sorte degli ammalati ricoverati negli ospedali dei monasteri e delle abbazie, perché qui vi sono monaci esperti nella raccolta e coltivazione di erbe medicinali e nella preparazione di medicine (Cavalli F., 2013).

L'Abbazia Benedettina di San Gallo³, con la costruzione di un ospedale all'interno degli

³ L'Abbazia Benedettina di San Gallo si trova nella città di San Gallo in Svizzera e per molti secoli fu uno dei principali monasteri d'Europa.

spazi religiosi del monastero, è la prima testimonianza della funzione assistenziale inserita all'interno di un'abbazia medioevale. La basilica è separata dai luoghi di accoglienza e gli stessi sono divisi in luoghi di degenza, di cura e per la terapia, dimostrando un preciso ordine degli spazi assistenziali. Il chiostro aperto è il principale elemento di collegamento dei percorsi e, insieme alla chiesa, diventano elementi fondamentali ricorrenti nelle Abbazie dei diversi ordini religiosi.

L'architettura delle infermerie è sempre ispirata ai canoni delle chiese gotiche, con navate molto ampie e altissime e ampie finestre per permettere l'entrata di luce e l'aerazione. In questa struttura viene data una maggiore riservatezza agli individui e una notevole importanza all'igiene. Tuttavia, la progettazione non è studiata e risulta disomogenea, tanto che non è permesso tenere gli ammalati separati per malattia; si distinguono esclusivamente le malattie curabili da quelle irreversibili. Di conseguenza diviene ben presto un simbolo di morte in quanto lì viene ammassata la popolazione sofferente molto spesso afflitta da malattie infettive. Si tenga a mente che in quest'epoca il male è pensato come una colpa e come una disarmonia spirituale e la guarigione come una redenzione dove il miracolo è la prima medicina e la fede il mezzo per ottenerla.

Solo successivamente, nel tardo Medioevo, vengono fondati ospedali che, come il **Sant'Anna** a Ferrara (1440) e il **San Matteo** a Pavia (1449), diventano luoghi di cura per i malati, cioè ospedali nel senso che noi diamo oggi alla parola.

1.7 La medicina nel Rinascimento

Durante il **Rinascimento** (periodo che va dal XIV secolo al XVI secolo) l'ospedale-monastero del Medioevo fa un passo decisivo verso l'acquisizione di una propria autonomia e assume un duplice scopo: da una parte serve a guarire le malattie, ma dall'altro agisce come uno strumento di controllo sociale da parte del ceto al potere.

In questo periodo c'è una profonda trasformazione politica e sociale in quanto crolla il

concetto di assistenza caritativa erogata per mano della chiesa; il nuovo potere politico vuole imprimere un carattere civile e laico agli edifici nosocomiali. Questo processo fa sì che in Europa si sviluppino una serie di ospedali dotati di una propria autonomia amministrativa, istituzionale e tipologica. L'infermeria viene adattata a questo nuovo filone di pensiero, infatti, è la chiesa ad essere inglobata nell'ospedale e non viceversa (come avveniva nel Medioevo). L'ospedale non è più riconoscibile nella Chiesa o nel Monastero ma ha una propria autonomia funzionale e strutturale.

Inoltre, la nascita della nuova società urbana presenta ai potenti del Rinascimento il problema dell'assistenza delle classi povere che si sono formate in seguito all'evoluzione della stratificazione delle classi sociali. Quindi nascono nuove strutture assistenziali che rispondono ad esigenze umanitarie e sociali.

In questo periodo, il modello architettonico di riferimento per la costruzione degli ospedali è di tipo a crociera, che ricorda la struttura di una chiesa. La scelta di questo tipo di pianta è da una parte dovuta al rispetto di una continuità con il Medioevo e, dall'altra, a questioni di tipo pratico in quanto consente un maggior controllo dei malati.

Esempio indiscusso del modello a crociera è la **Ca' Granda di Milano**, detto anche Ospedale Maggiore, costruito a partire dal 1456.

Per quanto riguarda la medicina, il periodo del Rinascimento vede il delinearsi di una trasformazione fondamentale: la conoscenza medica abbandona le ragioni mistiche e spirituali tipiche del periodo medioevale e si orienta verso un metodo laico e razionale. Si inizia a diversificare il malato dal povero, pertanto, gli ospedali vengono ripuliti da mendicanti e pellegrini che non sono l'oggetto della sua funzione. I pazienti vengono divisi per categorie (per malattia e per sesso) e vengono trattati non solo per lenire il dolore ma per curare la malattia. La diagnosi viene fatta in base all'analisi del sangue (colore e densità) e delle urine (odore e colore). Le metodologie chirurgiche e lo studio dei meccanismi della respirazione, della circolazione del sangue e di tutte le altre funzioni vitali vengono perfezionate tramite la pratica, sempre più sistematica, della dissezione anatomica dei cadaveri.

Grazie alla nascita delle Università, si diffonde il sapere medico laico che, di contro, fino a quel momento era rimasto imprigionato dentro le mura delle biblioteche degli edifici

religiosi. La figura del medico sostituisce quella del guaritore e viene consacrata con la costituzione della Corporazione dei Fisici e dei Chirurghi; tra i medici iniziano a delinearsi specifici ruoli professionali con specifiche autorizzazioni a fare o meno determinate attività. Viene strutturata una specifica suddivisione tra malati e malattie e, di conseguenza, viene diversificata la tipologia di assistenza erogata. Tutto è molto più analitico e organizzato per settori.

Questo è l'inizio di un processo che porterà all'evoluzione del sapere scientifico e alla sua applicazione fino ai giorni nostri (*Sournia J.C., 2002; Riva M., Mazzoleni D., 2012*).

1.8 Il Settecento

Tra la fine del '600 e durante tutto il '700 gli edifici ospedalieri seguono ancora la tipologia rinascimentale a crociera; questo tipo di pianta però inizia a mostrare i suoi limiti, pertanto cominciano ad intravedersi le prime modifiche che porteranno nel corso dell'Ottocento all'affermazione della pianta a Padiglione.

La conoscenza medica abbandona completamente le ragioni spirituali tipiche del Medioevo e si orienta verso un metodo laico e razionale che impone l'osservazione concreta della realtà.

Una grossa spinta verso questo cambiamento viene data dalla corrente di pensiero conosciuta come **Illuminismo**, che ebbe in tutta Europa la sua massima espansione in questo periodo. La ricerca scientifica e tecnologica è alla base di tutto e porterà all'invenzione e produzione di diversi strumenti quali i termometri e i microscopi.

Vengono classificate le malattie in famiglie, generi e specie che daranno poi la possibilità di riconosce e registrare ogni tipo di disfunzione. Nascono all'interno degli ospedali i teatri scientifici, dedicati unicamente all'insegnamento e alla ricerca teorica e, all'interno delle Università, nascono i teatri anatomici dove condurre osservazioni pratiche.

Questa rivoluzione porta i potenti di tutti gli stati europei a comprendere l'importanza di un impegno pubblico atto a fronteggiare le epidemie che fecero stragi tra la popolazione

dell'epoca. Si inizia a pensare, quindi, a strutture statali che hanno potere di controllo, di emanazione delle leggi e di organizzazione; il tutto in mano a tecnici, scienziati e medici a cui è stato delegato il potere decisionale dallo Stato. Di contro, il malato non deve essere necessariamente ricoverato in una struttura ospedaliera; l'assistenza alle malattie meno gravi viene affidata alle famiglie supportate dai medici condotti distribuiti su tutto il territorio

Siamo verso la nascita del moderno Sistema Sanitario.

(Sournia J.C., 2002; Capolongo S., 2006).

1.9 L'Ottocento

Nell'**800** la rivoluzione medico-scientifica conferisce nuovi contenuti alle capacità diagnostiche e terapeutiche della medicina. Si inseriscono le cliniche universitarie all'interno degli ospedali, che rispondono alle necessità di formazione professionale dei medici, piuttosto che di miglioramento dei trattamenti a cui vengono sottoposti i pazienti ricoverati.

L'ospedale viene costruito con la pianta a Padiglioni e a Padiglioni separati (che è una evoluzione della pianta a Padiglioni), infatti nasce l'esigenza di spazi di ricovero suddivisi in entità limitate, così da corrispondere ad un'organizzazione in reparti distinti in funzione delle patologie e delle esigenze curative. Tutte le specializzazioni, separazioni e suddivisioni delle parti dell'ospedale diventano prassi. L'igiene e la salubrità degli edifici nosocomiali diventano di fondamentale importanza. Per esigenze di spazio o per la ricerca di condizioni igieniche ottimali, i nosocomi si trovano fuori dalla città. Le condizioni fondamentali che dominano questa tipologia di ospedali sono: illuminazione, aerazione, separazione, isolamento ed igiene *(Sournia J.C., 2002; Capolongo S., 2006; Rossi E., 2012).*

1.10 Il Novecento

Nel '900 la costruzione dell'ospedale subisce una evoluzione e passa dalla pianta a Padiglioni alla pianta a Monoblocco o Misti.

Conseguentemente al miglioramento dello standard di vita della popolazione, si afferma la suddivisione delle infermerie in camere poli-letto indipendenti, che sono il primo passo verso l'affermarsi della camera singola. In particolare, i tentativi di miglioramento del '900 si orientano verso:

- una riduzione dei posti letto nelle singole corsie;
- una più marcata separazione tra le varie categorie di infermi;
- una maggiore razionalizzazione dei servizi di cura e di assistenza rispetto alla localizzazione delle degenze;
- una migliore igiene;
- una tendenza verso un'economia di gestione introducendo i padiglioni pluripiano, in grado di economizzare i tempi di percorrenza;
- la centralizzazione di alcuni servizi;
- un miglior utilizzo dell'area a disposizione.

Gli ospedali sono costruiti principalmente in base a questi tipi di schemi:

- 1) Schema lineare → si compone di un corpo a blocco centrale a cui si allacciano, simmetricamente, due bracci laterali a stecca. La zona centrale comprende l'atrio, le scale, i locali di servizio, i locali per il personale e per le cure. Nei due corpi laterali si trovano le sale degenze e in testata troviamo i servizi igienici e due camere di isolamento;
- 2) Schema a H → comprende, nella zona centrale, i locali di cura e di servizio, mentre le ali ospitano ciascuna un'infermeria. La zona centrale comprende i bagni, le stanze per il personale, il laboratorio e le stanze di isolamento;
- 3) Schema a T → in cui per la prima volta compare lo sdoppiamento dei percorsi per evitare contatti che possono essere fonte di contagio.

Ci sono poi modelli detti a padiglione corridoio, utilizzati soprattutto per la cura dei malati di tubercolosi. Le camere sono rivolte a sud e godono di ottima illuminazione e areazione e sono collegate con un corridoio posteriore, al di là del quale sono collocati i servizi, raggruppati in nuclei.

Le piante a padiglioni mono-piano evidenziano i loro limiti nella maggiore occupazione del suolo, maggiori costi di costruzione, maggiori costi di servizio dovuti anche ai lunghissimi percorsi che il personale è costretto a fare per raggiungere ogni sua parte e maggior lentezza negli spostamenti. Da qui si arriva a concepire la pianta a tipo Misto, ovvero dove la degenza è collegata ai vari servizi di cura/diagnosi ed ai servizi generali. In questo modo i vari reparti, collegati tra loro, possono avere pianta a Padiglione o a Blocco.

Le ragioni della nascita di questa nuova tipologia ospedaliera sono diverse, tra le quali la scoperta di tecniche di disinfezione che, scongiurando i pericoli di contagio diretto, rendono inutile la separazione fisica e l'eccessiva frammentazione dei reparti in singoli edifici separati.

In Italia, generalmente, si continua ad utilizzare il tipo misto per i grandi ospedali e si sceglie invece la tipologia a monoblocco per i singoli ospedali e per i sanatori.

Con il Decreto Ministeriale del 20 Luglio 1939 si stabilisce che le strutture ospedaliere non possono avere un numero di piani fuori terra superiore a 7 e che il numero di posti di un ospedale non può superare i 750 per i monoblocco e i 1.500 per i poli-blocco.

Gli ospedali monoblocco sono caratterizzati da un numero minore di infermerie e dalla trasformazione della corsia aperta in camere ad uno o a due letti. Acquistano maggiore importanza i servizi di laboratorio, di diagnosi e terapia, i reparti specialistici e l'aspetto positivo sta soprattutto nei criteri di organizzazione interna e di funzionamento delle parti, con l'ottimizzazione dei percorsi che diventa di fondamentale importanza per la riduzione significativa dei tempi di percorrenza.

Nel '900 cambiano le zone di costruzione degli ospedali moderni: essi non fanno più parte della città, ma sorgono distaccati da questa. Non sono più inseriti nel tessuto urbano ma sono collegati attraverso le reti infrastrutturali.

L'architettura ospedaliera tende ad un'omologazione e una standardizzazione che porta ad estraniare l'ospedale moderno dalla città e ad essere considerato come un edificio

completamente concluso in sé stesso, considerato “altro” rispetto alla città e confinato nelle zone periferiche. Questo tipo di urbanizzazione risponde all’affermazione di un nuovo criterio che egemonizzerà tutto il ‘900 fino ai giorni nostri e, cioè, quello della ragione economica.(Capolongo S.,2006; Li Calzi E., 2008; Rossi E., 2012; Meoli F., 2015).

1.11 L’epoca contemporanea: la rivoluzione ospedaliera e l’”Ospedale Ideale”

Nel 2001 il Ministero della Sanità, presieduto dal Ministro della Sanità Umberto Veronesi, assegna a **Renzo Piano** (Trapani M., 2016) il compito di elaborare un metaprogetto (planimetrico e funzionale) di un ospedale ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale. Questo studio deve contenere le linee guida per la progettazione e la gestione del prototipo “*ospedale ideale*”.

Renzo Piano propone un *ibrido* tra il nosocomio dell'Ottocento a padiglioni (poco funzionale) e il monoblocco (difficile da digerire sul piano umano): l’obiettivo è quello di prendere il buono dei due modelli di ospedale preesistenti per costruire il modello ottimale. La priorità per Piano è quella di conferire attenzione agli aspetti umani: il nuovo modello di ospedale è più basso, orizzontale e ben strutturato. È detto modello a Piastra, è pensato per una migliore distribuzione dei servizi e degli spazi ed è, a volte, presente nella combinazione *piastra-torre*; nella piastra vengono collocati i servizi di diagnosi cosicché il pubblico possa entrare senza recare disturbo ai degenti; nella torre sono collocati i vari reparti di degenza.

L’ospedale descritto nel modello di Piano è complesso, multifattoriale, multiforme, polispecialistico e polidisciplinare. È pensato con un insieme di accorgimenti ambientali che aiutano il malato a stare bene psicologicamente. Si può affermare che l’ospedale proposto è incentrato sul paziente, a misura d’uomo e progettato in modo da avere come obiettivo l’attenzione verso la sofferenza, la fragilità e la vulnerabilità anche sensoriale del malato; si propone una visione incentrata sull’uomo, ma fortemente agganciata ad una rigorosa dimensione scientifica e ad una ferrea misurazione delle sue funzionalità. È

necessario trasformare il concetto diffuso di ospedale come luogo di dolore, sofferenza e morte in quello di ospedale aperto e cioè luogo di speranza, di lotta al dolore e sollievo alla sofferenza, di guarigione o di cura se non si può guarire.

Dal punto di vista pratico, si può parlare di uno standard alberghiero in cui il malato, che divide la stanza solo con un altro paziente, può guardare la televisione, riporre i propri effetti dentro un armadio personale e fare la doccia nel bagno dentro la stanza; situazione impossibile nelle vecchie camerate, che ospitavano contemporaneamente anche otto malati. Per ogni letto devono essere disponibili almeno 200 metri quadri di superficie, quindi uno spazio molto più ampio dei modelli di ospedale precedente, che garantisce una certa abitabilità alla stanza. Devono, inoltre, essere garantite privacy, comfort, accoglienza, ascolto, orientamento, trasparenza, comunicazione ed informazione.

La ricerca di umanizzazione segue due linee di ricerca parallele. Da un lato ricerca l'attenzione al paziente nei luoghi, nelle attrezzature, nei componenti d'arredo, nella luce, nell'acustica, nella qualità tattile dei materiali, nei colori e nei tipi di finestre. La luce che entra, la presenza di spazi verdi e l'orientamento dell'ospedale sono estremamente importanti; non si può costruire un ospedale in una posizione solo perché una strada passa lì vicino ed è quindi facilmente raggiungibile. Dall'altro lato collega all'ospedale tutta una serie di servizi tipici della città: la piazza, la strada, i negozi, la chiesa, il bar e così via.

Per quanto riguarda le logiche costruttive, gli edifici si sviluppano prevalentemente in orizzontale, con altezza massima fuori da terra di 20 metri, che corrispondono a 4 piani, in modo da non superare le piante che lo circondano. Strutturalmente è un ospedale composto da 4 piani fuori terra e 2 piani interrati.

Il **piano terra** è di raccordo con la città, dove si incontrano malati e parenti, dove si svolge la vita quotidiana, dove si fa il *day-hospital* e dove si trova il *front office* per chi deve ritirare esami e prenotare visite. Qui si snoda la *main street*, ossia l'arteria principale: una vera e propria strada urbana pedonale che attraversa l'ospedale da parte a parte e consente l'accesso a tutte le funzioni principali e funge da primo punto di contatto ospedale-paziente per rassicurarlo, orientarlo, accoglierlo e indirizzarlo. La *main street* acquista i connotati di una hall di un grande albergo con scale mobili e ascensori. Su di essa si affacciano anche alcuni servizi accessori quali la chiesa, i soggiorni, gli ambienti per le associazioni di

volontariato, il bar/caffetteria/ristorante e piccoli esercizi commerciali. È anche il luogo della formazione dove le strutture didattiche dell'ospedale, come l'auditorium/teatro e le aule, diventano patrimonio del quartiere oltre che veicolo di educazione sanitaria per i cittadini.

Le sale operatorie e la diagnostica sono al **primo piano sottosuolo** e sotto ancora ci sono tutti i servizi, la farmacia e la parte impiantistica. Questa precisa scelta è dettata, oltre che da requisiti di sicurezza, dall'esigenza di non occupare spazio sopra terra, preferibilmente da dedicare alle degenze.

Le stanze di degenza si trovano nei **piani fuori terra**: queste degenze riguardano l'*high care*, tra cui la rianimazione, il *low care*, l'area materno-infantile e le attrezzature tecniche.

Il modello si caratterizza soprattutto per alte capacità di prestazioni e di cura e vede lo sviluppo del *Day Hospital* e *Day Surgery* a fianco delle unità di degenze ordinarie.

Dal punto di vista operativo, il modello mira alla realizzazione di strutture compatte, in grado di consentire collegamenti veloci, connessioni ed interazioni più rapide ed efficaci tra le differenti attività mediche, ma anche a garantire la separazione di percorsi tra i diversi flussi, permettendo agli addetti di muoversi sempre su tragitti diversi da quelli dei visitatori e degli utenti, assicurando ai malati percorsi riservati.

Il bacino di utenza ottimale per il "modello ideale" è di 250.000/300.000 abitanti. Gli ospedali necessitano di grandi aree dove essere costruiti, da 12 a 15 ettari, e, perciò, sorgono di solito alla periferia della città, pur integrandosi perfettamente con essa. Alla base di questa scelta ci sono esigenze ben precise: innanzitutto, la necessità di spazio e, inoltre, la possibilità di garantire al malato l'affaccio su una porzione di verde, una più facile connessione con la rete stradale, la disponibilità di ampi parcheggi dedicati ai dipendenti, ai visitatori e ai pazienti ambulatoriali e, infine, l'assicurazione ricevuta dai diversi comuni di fornire un servizio navetta da e per i punti nevralgici della città, con cadenza regolare, più volte ogni ora e per tutta la settimana.

Per tutte le persone che entreranno nelle nuove cliniche, sono stati pensati degli standard di sicurezza per contenere eventuali rischi di contaminazione. L'"ospedale ideale", oltre ad avere una componente impiantistica studiata per preservare l'edificio da tali rischi, è collocato in un'area immersa nel verde, al di fuori del centro storico.

L'accesso alla struttura avviene attraverso una serie di tappe successive in progressione: dalla *main street* per l'accoglienza si arriva ai servizi specialistici ambulatoriali, passando poi ai luoghi di degenza, fino alle zone di attività sub-intensive, operatorie e intensive. Tutto è stato progettato in base al criterio di sanificazione. Per questo motivo, tutte le stanze sono costruite con aspirazione automatica fornita di filtri. Le tecnologie più avanzate permettono, inoltre, di risolvere i problemi legati alle malattie infettive all'interno del contesto ospedaliero, rendendo obsoleti i padiglioni per l'isolamento che, per loro stessa natura, non tengono conto del principio della centralità della persona.

Renzo Piano parla, inoltre, del *project finance*. Si tratta di un metodo innovativo che punta a far risparmiare al pubblico notevoli risorse, consentendo di valorizzare il ruolo decisivo che anche il privato può svolgere nell'ambito sociosanitario. Il meccanismo ruota attorno ad un sistema di compensazioni. L'investimento necessario per la realizzazione di una nuova struttura sanitaria viene garantito sia dalla Regione che dal costruttore dell'ospedale, che ne diviene in parte anche gestore. Al privato viene affidata la direzione di servizi come la gestione del calore, la manutenzione, la pulizia, la mensa, la vigilanza, ecc... Il costruttore viene, quindi, incentivato al rispetto dei tempi di realizzazione, dal momento che avrà il pieno interesse a terminare l'opera quanto prima per iniziare a rientrare nei costi dell'investimento grazie alla gestione dei servizi e alla riscossione di un canone per l'utilizzo della struttura stessa.

La rivoluzione iniziata nel 2001 dal modello Piano/Veronesi sta tutt'ora continuando.

Tutto deve essere pensato per soddisfare le necessità del singolo cittadino malato e quelle della comunità, non per accontentare i desideri di pochi. La sanità sta subendo notevoli cambiamenti; si pensi alla straordinaria evoluzione delle tecnologie e delle tecniche mediche. La medicina è in grado di curare sempre di più ma non sempre si riesce a guarire; e allora si crea un popolo di pazienti che convivono, spesso a lungo, con la propria malattia e ai quali tutto il sistema deve saper fornire delle risposte adeguate.

Parallelamente, l'ospedale contemporaneo è divenuto una macchina produttiva, una vera e propria azienda, pertanto deve adeguare anche la sua gestione amministrativa, organizzativa ed economica a degli standard sostenibili. Il suo funzionamento va valutato anche in termini di investimenti, di qualità delle prestazioni e di costi/benefici.

2 Il Modello di ospedale per intensità di cura

Non essendo più la dimensione dell'ospedale l'obiettivo ultimo da perseguire, in quanto è ormai dimostrato che ospedali con un gran numero di posti letto sono poco efficienti, la componente gestionale di un ospedale contemporaneo mira al conseguimento di scopi differenti; pertanto, sta acquisendo sempre più importanza il modello organizzativo ad alta specialità (*ospedale per intensità di cura - IDC*).

È un processo di cambiamento volto a caratterizzare sempre di più l'ospedale come un luogo di cura delle acuzie. Questo fenomeno prevede che la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità sia erogata nei centri di eccellenza e ai centri periferici competano principalmente situazioni più semplici con conseguente indirizzamento dei pazienti verso i centri di riferimento più specializzati.

In Italia la diffusione di questo modello organizzativo è arrivata negli ultimi anni mentre, ad esempio, negli Stati Uniti si è sviluppato già da parecchio tempo.

Per quanto riguarda la degenza, nel passato i pazienti venivano ricoverati in un reparto in base alla patologia prevalente ed, eventualmente, venivano spostati se sopravveniva una diversa malattia. Nell'ospedale ad intensità di cura il "protagonista" è il paziente che è fermo nel reparto e per lui si muove l'ospedale; ovvero si verifica una vera e propria mobilità degli specialisti dei vari reparti. Questo nuovo modo di operare determina la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per percorsi ed obiettivi, con la definizione di linee guida e protocolli condivisi, e presuppone la creazione di un team multidisciplinare capace di operare secondo tale impostazione concettuale.

Per l'introduzione del paziente in reparto è necessario valutare il livello di intensità di cura a cui deve essere sottoposto. Questa valutazione permettere di rispondere in modo diverso e appropriato con tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale alle esigenze specifiche del paziente e della patologia. È necessario quindi decidere chi si occuperà della prima valutazione per la giusta collocazione del malato, in che tempi deve essere eseguita e della scelta di una collocazione temporanea in caso di carenza dei posti letto.

Per quanto riguarda l'organizzazione fisica e strutturale dell'ospedale per intensità di cura, possiamo distinguere i setting assistenziali su tre livelli:

- 1) *Intensive care* → comprende le terapie intensive e sub-intensive; deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica; l'accesso a questo livello è caratterizzato dall'instabilità del paziente e deve avvenire in una logica di appropriatezza;
- 2) *High care* → costituito dalle degenze ad alto grado di assistenza di breve durata, nel quale confluisce gran parte delle casistiche. È caratterizzato da un'elevata variabilità della complessità medica ed infermieristica;
- 3) *Low care* → è dedicato alla cura delle post acuzie. Fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza. È da ritenere che la low care identifichi un'area in cui vengono accolti pazienti con pluripatologie, che necessitano ancora di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensità assistenziale.

L'applicazione di questo modello di ospedale ha dato dei risultati in linea di massima positivi ma rimangono, comunque, degli aspetti da migliorare.

Sicuramente gli elementi di forza sono di gran lunga quantitativamente maggiori: contenimento dei costi, centralità del paziente e migliore efficienza dei processi di lavoro.

Le criticità evidenziate sono collegabili all'utilizzo della documentazione infermieristica, continua necessità di gestione a partire dagli spazi fisici, problematiche legate all'assistenza di persone che presentano una simile complessità clinico-assistenziale ma peculiarità dettate dalla clinica di non sempre facile approccio per tutti i professionisti.

Lo studio della diffusione sul territorio italiano del modello per intensità di cure evidenzia che la concentrazione di nosocomi che hanno dichiarato l'applicazione di questa riorganizzazione è maggiore al Centro/Nord, mentre al Sud se ne osserva una bassa (o addirittura nulla) presenza.

La diversificazione di trattamento dei pazienti, così come è stata esposta fino ad ora, ha dato il via alla messa in funzione di alcuni tipi di trattamento e strutture che prima di questo periodo contemporaneo non erano presenti. Li andiamo ad analizzare nei paragrafi successivi (*Morandotti M., 2001; Iemmi M., 2012; Regazzo C., 2012; Meoli F., 2015*).

2.1 Day Surgery e Day Hospital

Sia il Day Surgery che il Day Hospital richiedono l'erogazione di prestazioni che coinvolgono molteplici discipline. Si articolano in uno o più accessi, ciascuno dei quali è limitato ad una sola parte della giornata.

Il paziente viene ospitato in una stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto attrezzato e gli vanno garantite, per il periodo di ricovero, tutte le necessarie prestazioni di carattere alberghiero.

Il ricovero in Day Surgery e in Day Hospital è programmato e l'accesso al ricovero può avvenire esclusivamente con le modalità del ricovero programmato, regolamentato da lista di attesa (Eandi M. 2005).

- *Day Surgery*

Quando si parla di **Day Surgery**, ovvero “intervento chirurgico eseguito in giornata”, ci si riferisce ad un ricovero della durata di un solo giorno volto a trattare patologie e problemi che non possono essere eseguiti in regime ambulatoriale. Questo tipo di ricovero, quindi, viene applicato nel caso in cui sono richiesti interventi chirurgici, anestesia generale, loco-regionale o locale, specifici controlli clinici diagnostici e/o strumentali invasivi o assistenza medico-infermieristica prolungata.

Tale trattamento consente un precoce ritorno al proprio domicilio con conseguente diminuzione del disagio generato dall'ospedalizzazione. Il paziente deve essere informato riguardo la procedura, la durata dell'intervento, i rischi e le possibili complicazioni. Gli interventi possono essere eseguiti in sicurezza, senza la necessità di un'osservazione postoperatoria molto prolungata e, in ogni caso, non richiedono osservazione notturna; viene, inoltre, riservato ai pazienti che non richiedono carattere di urgenza.

Il paziente deve seguire un percorso clinico-organizzativo costituito da 3 accessi all'ospedale:

- “Percorso pre-operatorio“ → il paziente viene sottoposto ad una serie di esami prescritti dal medico specialista, viene effettuata la visita anestesiologicala,

sottoscrive il foglio per il consenso informato e gli vengono fornite tutte le istruzioni per prepararsi all'intervento;

- “Giorno intra-operatorio“ → il paziente si presenta a digiuno (o nelle condizioni prestabilite nell'incontro precedente). Solitamente l'intervento viene fatto in mattinata, mentre nel pomeriggio/sera è prevista la dimissione. In questo momento gli viene consegnata la documentazione relativa all'intervento, i farmaci da assumere, le eventuali prescrizioni di accertamenti ed infine viene stabilita la data relativa al controllo post-operatorio;
- “Giorno del controllo” → il medico procede alla visita di controllo, alla rimozione dei punti di sutura e alle medicazioni. Al paziente può essere richiesto di compilare un questionario di valutazione del grado di soddisfazione.

- *Day Hospital*

Il **Day Hospital**, ovvero “ricovero diurno”, è definito come un "modello organizzativo e operativo attuato nell'ambito di strutture autorizzate all'esercizio di attività di ricovero e cura". Le cure prestate in Day Hospital devono rispondere a determinate caratteristiche:

- Devono essere di tipo multi-specialistico;
- Possono comportare, se necessario, il ricorso alle risorse tecnologiche e professionali proprie di una struttura ospedaliera;
- Implicano un periodo di osservazione del paziente che non può essere garantito in regime ambulatoriale.

Con la prescrizione del medico di base, il paziente si rivolge allo specialista ospedaliero che, in base alle necessità assistenziali del paziente e alle caratteristiche delle cure, dispone il ricovero in Day Hospital.

Dal punto di vista amministrativo, il Day Hospital è considerato un vero e proprio ricovero: per ogni paziente viene compilata una cartella clinica e ognuno viene dimesso con una lettera di dimissione da consegnare al medico di famiglia.

Per le prestazioni eseguite in Day Hospital non è prevista la partecipazione alla spesa (ticket); pertanto, è completamente gratuito per gli assistiti italiani, dell'Unione Europea e per gli stranieri iscritti al SSN.

Si può ricorrere al ricovero in Day Hospital per:

- Finalità diagnostiche per esami su pazienti che richiedono un monitoraggio clinico avanzato;
- Finalità terapeutiche (come la somministrazione di farmaci o chemioterapici) che necessitano di monitoraggio clinico oppure somministrazioni di farmaci che richiedono più di un'ora e in cui è necessario sorvegliare;
- Finalità di monitoraggio su pazienti fragili o complessi che hanno subito un intervento chirurgico di diverse ore e hanno bisogno di essere controllati;
- Finalità riabilitative per pazienti con disabilità severe, spesso a seguito della dimissione da un ricovero riabilitativo ordinario, che hanno bisogno di interventi di riabilitazione intensiva, multiprofessionali e afferenti ad aree specialistiche diverse.

2.2 Gli ospedali pediatrici e la cromoterapia

La storia degli ospedali pediatrici italiani ci racconta che già nel 1843 (quindi non tanto in ritardo rispetto al resto d'Europa) il conte L. Franchi fondava a Torino l'**Ospedale Infantile Regina Margherita**.

Il primo vero e proprio ospedale pediatrico, destinato specificamente a bambine rachitiche e scrofolose dai 3 ai 12 anni, venne fondato dalla marchesa Falletti di Barolo a Torino nel 1845 ed era denominato **Ospedaletto di Santa Filomena**; era dotato di 40 letti.

Successivamente, nel 1869, veniva fondato a Roma l'**Ospedale del Bambin Gesù**, per iniziativa della duchessa Salviati, riservato ai bambini dai 2 ai 12 anni.

A seguire Trieste (1876), Livorno (1880), Cremona e Napoli (1881), Alessandria (1885), Genova (1888), Milano (1897), Mantova, Ancona e Parma (1900), Brescia (1902), ecc...

La caratteristica comune di quasi tutti gli ospedali infantili era quella di avere iniziato la propria attività per iniziativa e col concorso della beneficenza privata, quasi mai o raramente per iniziativa delle pubbliche istituzioni. Spesso questi ospedali iniziavano la

loro attività in modesti edifici presi in affitto, per diventare col tempo sempre più grandi, e adatti allo scopo grazie a successivi ampliamenti, restauri dei vecchi edifici o addirittura con la costruzione di nuovi edifici.

In molte città l'assistenza ospedaliera all'infanzia veniva fornita anche nell'ambito dei grandi ospedali generali, che vi dedicavano appositi padiglioni.

Un difetto dell'assistenza ospedaliera di quell'epoca fu quello dell'esclusione dei bambini di età inferiore ai 3 anni, fascia di età nella quale si riscontravano la maggiore morbosità e mortalità. Questo era dovuto alla difficile gestione dell'assistenza a bambini così piccoli. Il problema fu risolto nel tempo migliorando l'organizzazione interna dei padiglioni con personale maggiormente qualificato, allargando quindi la possibilità di ricovero a tutte le fasce di età pediatrica, quindi anche ai più piccoli.

L'evoluzione degli ospedali pediatrici dà il via all'applicazione di nuovo modello architettonico basato sulla **chromoterapia** (Colletta P., De Biase D., 2017). Negli ambienti ospedalieri, pediatrici e non, il colore predominante fino a qualche anno fa era il bianco; questo colore è stato grandemente utilizzato in quanto veniva considerato il colore dell'igiene. Ma, secondo studi più recenti condotti in materia, il bianco è impersonale e asettico, crea una certa freddezza e ricorda al paziente il suo stato di malattia e sofferenza. Con l'inizio del nuovo millennio, è stata istituita una commissione di studio, dal Ministero della Salute, incaricata di stilare l'identikit dell'ospedale del futuro. In quel momento, nell'ottica di umanizzare i luoghi di cura, si iniziò a ritenere che il colore e la luce distraggono il paziente dal dolore. La manipolazione della luce, inoltre, accresce e potenzia le proprietà del colore stesso arricchendo emotivamente lo spazio e migliorando anche situazioni di deprimente squallore. A tal fine non servono scelte cromatiche dettate dal gusto personale, dall'estetica o dalla moda; è necessario l'uso del colore "funzionale", cioè scelto secondo le necessità, in funzione della destinazione d'uso degli ambienti e del tipo di fruitore. Ogni luogo è distintamente adibito a precise attività e non può essere simile ad altri ambienti (per l'uso di materiali, colori e luci) aventi altra destinazione d'uso; pertanto, per ogni stanza è richiesto uno studio progettuale dedicato ed è fondamentale adoperare non "un colore", ma "il suo colore", quello più adatto allo scopo e all'uso di quello spazio, con

l'obiettivo finale di perseguire armonia sensoriale, che contribuisca alla riduzione della "*Sick Building Syndrome*" (in italiano "Sindrome dell'Edificio Malato"), fenomeno spesso diffuso nelle strutture sanitarie.

L'importanza che ha il progetto cromatico sul malato è stata avvalorata dallo studio degli effetti che il colore, nella qualità fisica di onda elettromagnetica, produce sull'individuo e nell'ambiente: in particolare gli effetti fotobiologici (visione, luce e variazioni del sistema nervoso autonomo), comunicativi (informazioni verbali, non verbali e interazione sensoriale), psicologici (comportamenti, modelli culturali, sinestesie percettive, scelta dell'abbigliamento o dell'appartenenza) e terapeutici (medicina psicosomatica, cromoterapia, tecniche antistress e benessere da contesto ambientale).

Conseguentemente agli studi sopra esposti, per le camere di degenza, ad esempio, sono stati scelti toni rilassanti come il verde e l'arancio; le pareti degli spogliatoi per i pazienti sono in arancio chiaro, un colore vicino a quello della carnagione, che previene senso di disagio o estraneità. Le tinte forti trasmettono buon umore e riducono l'ansia. I toni rilassanti tramettono voglia di vivere e sono ideali per le stanze di degenza; il turchese è usato per le sale operatorie; il rosa per la ginecologia; il magenta o il verde per i corridoi visto, anche, che l'ospedale deve essere un luogo accogliente sia per chi è ricoverato che per chi ci lavora. I colori banditi sono il rosso, che ricorda il sangue, e il blu elettrico che mette inquietudine. Il colore serve anche per indirizzare e far orientare i pazienti e i visitatori, quindi ogni area e ogni percorso ha un tono a sé.

La rivoluzione della cromoterapia è stata applicata a tutti i gradi di ospedale ma è fondamentale soprattutto nei reparti pediatrici. A tal proposito, è molto conosciuto il progetto nato intorno agli anni 2000 denominato "Ospedali Dipinti" grazie al pittore Silvio Irilli, il quale applicò gli studi effettuati sulle funzioni del colore dedicandosi alla pittura delle pareti, al 100% lavabili, soprattutto degli ospedali pediatrici. In questo modo i piccoli pazienti possono divertirsi anche soltanto guardando le pareti vivaci e i simpatici disegni di animali o personaggi dei cartoni animati; il tutto per rendere la degenza meno traumatica possibile e per creare un ambiente amico, accogliente e sereno quanto più possibile.

2.3 Hospice

Il Decreto Ministeriale del 28 settembre 1999 ha istituito il “**Programma nazionale per la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative**”, ovvero la prima legge che risponde al problema dell’**assistenza ai malati terminali**. La proposta prevede, in ciascuna regione e provincia autonoma italiana, la realizzazione di strutture (i cosiddetti Hospice) facilmente accessibili dedicate all’assistenza palliativa e di sostegno per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale. L’obiettivo principale è quello di garantire la migliore qualità di vita del malato e della sua famiglia attraverso un’equipe multidisciplinare composta da medici, infermieri, psicologi ed esperti nel settore. Il primo hospice del nostro Paese è quello di Maria Teresa Seragnoli, sorto a Bologna nel 1998.

Con l’espressione “cure palliative” si intende l’insieme di interventi volti ad alleviare sintomi fisici (dolore, nausea, vomito e difficoltà respiratorie), psicologici (ansia, paura, depressione e rabbia) e spirituali (domande esistenziali sul senso della vita e della morte e sul significato della sofferenza) che possono accompagnare le malattie più gravi. Inoltre, successivamente alla dipartita del malato, aiutano i familiari ad elaborare il proprio lutto. Non si tratta, quindi, di terapie indirizzate a curare la malattia, bensì di interventi multidisciplinari tesi a prendersi cura dei bisogni del paziente e dei familiari che lo assistono.

Queste strutture consentono un ricovero temporaneo o permanente per le persone malate che non possono essere più assistite a domicilio o per le quali il ricovero in un ospedale non è più adeguato.

Le caratteristiche strutturali e organizzative degli Hospice sono regolamentate da una specifica legislazione, la quale ha l’obiettivo di garantire il benessere fisico, psicologico e relazionale del malato e dei suoi familiari, il comfort ambientale, la sicurezza nell’utilizzo degli spazi e la tutela della privacy.

Gli Hospice devono favorire la presenza e la partecipazione dei familiari dei malati, permettendo loro l’accesso senza limiti di orario e la possibilità di pernottamento; le camere di degenza sono singole e il paziente, se lo desidera, può personalizzarla con oggetti di

arredamento portati dal proprio domicilio. Le strutture devono essere ubicate in zone periferiche e tranquille, servite da mezzi di trasporto pubblico. In genere, sono costruite come dei residence, con le caratteristiche tipiche di una casa (con limitata tecnologia ma con elevata intensità assistenziale) di piccole dimensioni, tantoché normalmente non superano i 10-15 posti letto (*Eandi M. 2005*).

L'assistenza fornita è gratuita e l'accesso avviene attraverso i reparti ospedalieri o dal domicilio (in quest'ultimo caso tramite richiesta del medico curante).

2.4 Cure domiciliari

Il Sistema Sanitario Nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, o in condizioni di fragilità, l'**assistenza sanitaria a domicilio** attraverso l'erogazione di prestazioni mediche, riabilitative ed infermieristiche necessarie e appropriate alle specifiche condizioni di salute della persona.

Le cure hanno lo scopo di stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando il ricorso al ricovero ospedaliero o in una struttura residenziale (*Eandi M. 2005*).

La richiesta di attivazione delle cure domiciliari può essere presentata da chiunque (paziente, familiare, caregiver, medico...) agli uffici competenti della ASL, in genere situati presso il Distretto.

Questo servizio prevede l'erogazione di due tipi di assistenza:

- 1) Cure domiciliari primarie, quando il paziente non autosufficiente ha occasionalmente un bisogno sanitario di bassa complessità (es. prelievo ematico);
- 2) Cure domiciliari complesse, nel caso in cui il paziente abbia un problema di salute più articolato.

In entrambi i casi, il SSN mette a disposizione un percorso assistenziale ben definito. Innanzitutto, viene messa in atto una valutazione multidimensionale dei bisogni da un

punto di vista fisico, psichico e biologico. Secondariamente, viene predisposto un piano di assistenza individuale (PAI) che descrive le prestazioni necessarie, le modalità di esecuzione e la durata del trattamento. Infine, il paziente viene preso in carico dall'equipe dell'ASL; gli operatori sanitari organizzano gli interventi (ad esempio la frequenza degli accessi al domicilio e la presenza delle diverse professionalità degli operatori) in base alla natura e alla complessità del quadro clinico.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Tali prestazioni sono interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta. Nei giorni successivi il costo rimane a carico del SSN per una quota pari al 50%; il restante 50% è a carico del Comune, che ha la facoltà di chiedere all'utente di coprire con risorse proprie parte della quota (su base ISEE) secondo quanto previsto dalla normativa regionale e comunale.

I tempi di attesa per l'attivazione del servizio sono piuttosto brevi, anche se in un 5% dei casi superano le due settimane. L'appropriatezza dei tempi di attivazione è dovuta anche al fatto che sono stati definiti dei criteri ben precisi che consentono di valutare la diversa complessità ed urgenza dei casi e la conseguente definizione di percorsi differenziati.

I vantaggi derivanti dell'erogazione delle cure domiciliari sono molteplici:

- Il servizio costa meno dell'ospedalizzazione ma soprattutto crea minori disagi rispetto a quelli dell'assistenza ospedaliera;
- Garantisce maggiore autonomia al paziente;
- Assicura la permanenza del paziente all'interno del nucleo familiare durante le cure (fornendo quindi anche la vicinanza affettiva e fisica) e questo fa sì che egli risponda meglio alle cure;
- È volto anche a limitare il declino delle funzioni;
- Mantiene stabile il quadro clinico in caso di malattie croniche;
- Favorisce l'utilizzo e il mantenimento delle abilità residue.

3 L'ambiente curativo

Studi più o meno recenti hanno dimostrato che l'ambiente fisico ospedaliero produce degli effetti che vanno ad influenzare, in maniera positiva e non, il processo di guarigione ed il benessere dei pazienti e delle loro famiglie, nonché di tutto il personale sanitario. L'analisi dei ricercatori si è concentrata soprattutto verso le strutture sanitarie tradizionali e la misurazione del benessere prodotto dall'ambiente è diventato un vero e proprio indicatore per la valutazione degli standard di qualità del servizio sanitario (*E.R.C.M. Huisman, E. Morales, J.van Hoof, H.S.M. Kort, 2012*).

L'**ambiente di guarigione** è definito come un luogo, all'interno di un contesto fisico, in cui l'interazione tra il paziente e il personale produce risultati positivi sulla salute. In questo ambito, il ruolo della tecnologia, dell'arredamento e delle attrezzature si sta sempre di più delineando come fondamentale per il trattamento olistico dei pazienti.

La cosiddetta umanizzazione delle strutture ospedaliere (intesa come idea di centralità del paziente) comporta, per un verso, l'organizzazione del percorso clinico per processi focalizzati sul singolo paziente e non più per funzioni legate al singolo medico o all'unità operativa, per l'altro, un'attenzione maggiore all'accoglienza e all'ospitalità nei confronti del malato.

Queste ultime caratteristiche non definiscono semplicemente lo "stile" dell'ospedale, ma sono il frutto dell'applicazione di un vero e proprio sistema gestionale che si articola a più livelli: quello clinico ma anche, e soprattutto, quello relativo all'erogazione dei servizi di supporto generali e tecnici. Si tratta di un sistema che prende atto della nuova visione dell'ospedale, pensato non più solo su esigenze cliniche e degli operatori, ma anche intorno al paziente e per la soddisfazione dei suoi bisogni (*Codinhoto R., Tzortzopoulos P., Kagioglou M., Aouad G., 2009*).

3.1 L'EBD ("Evidence Based Design")

Dell'importanza dell'ambiente curativo se ne era già accorto molto tempo fa, nella Grecia Antica, **Ippocrate** (400 a.C.) e, in tempi più recenti, **Florence Nightingale**⁴ nel XIX secolo.

La Nightingale sviluppò la Teoria del Nursing, ovvero della manipolazione dell'ambiente per ridurre al minimo la sofferenza e massimizzare la capacità di un paziente di recuperare tenendo conto non soltanto della parte medica della terapia, ma anche di altri fattori che hanno a che fare con lo stato di tranquillità, del calore umano, dell'aria pulita, della dieta, della luce e così via. Già da quegli anni la progettazione sanitaria inizia a seguire le teorie esposte nel suo trattato "Note sugli Ospedali"; pertanto, gli effetti dell'ambiente fisico sul processo di guarigione, recupero e benessere, iniziano ad influenzare la progettazione e la costruzione delle strutture sanitarie.

È alla fine del '900 (*Ulrich R.S., 1992; Sackett D., Strauss S., Richardson W., Rosenberg W., Haynes R., 2000*) che il concetto di design degli ambienti curativi inizia a diventare un caposaldo per la costruzione degli ospedali, pertanto, i sistemi di arredamento vengono progettati basandosi su evidenze scientifiche ben precise definite "Evidence Based Design" (EBD).

L'attenzione agli ambienti curativi può essere considerata un "investimento intelligente" perché permette di:

- risparmiare denaro attraverso la riduzione degli sprechi;
- aumentare l'efficienza del personale;
- ridurre la degenza ospedaliera del paziente rendendo il soggiorno meno stressante.

⁴ **Florence Nightingale** (1820–1910) è stata un'infermiera britannica nota come "la signora con la lanterna". È considerata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, in quanto fu la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l'utilizzo della statistica.

Roger S. Ulrich⁵ è considerato uno dei fondatori della teoria EBD applicata al settore della progettazione sanitaria; egli fu un precursore dei temi in quanto si occupò di tale argomento sin dagli anni '80 del secolo scorso. Egli si avventurò in svariate sperimentazioni sempre attinenti a questo argomento (*Ulrich RS., 1984*); una di queste lo portò a confrontare l'effetto positivo generato dalla vista di uno scenario naturale sul recupero di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, con pazienti in condizioni simili che però erano state esposte alla vista di un muro di mattoni. Ha dimostrato che, rispetto al gruppo che vedeva solo una parete, i pazienti con la vista di un paesaggio avevano degenze post-operatorie più brevi e avevano avuto meno bisogno di assumere farmaci moderatamente forti e forti. Gli stessi, inoltre, avevano meno probabilità di complicanze post-chirurgiche.

Da allora, lo studio dell'impatto dell'ambiente fisico dell'ospedale sul benessere e sulla salute del paziente ha ricevuto ampia attenzione accademica; attualmente abbiamo a disposizione un ampio corpus di conoscenze, basate sull'evidenza, in ambito di progettazione sanitaria e le quantità di informazioni ad esso collegate stanno rapidamente crescendo.

Questo studio (*Codinhoto R. et al, 2009*), perciò, esamina e consolida la ricerca scientifica per quanto riguarda la progettazione sanitaria dal punto di vista dell'esigenze degli utenti finali. In questo caso nel gruppo di utenti finali sono compresi paziente, famiglia e personale sanitario, mentre non vengono prese in considerazione le prospettive ed il parere dello sviluppatore del progetto; infatti, questa analisi distingue i dati empirici da quelli basati sull'evidenza scientifica e, soprattutto, non tiene conto delle opinioni soggettive del personale e dei progettisti.

In conclusione, possiamo sintetizzare che le ipotesi elaborate da questi studi riguardo gli ambienti di guarigione che attraverso l'EBD rendono gli ospedali meno stressanti, promuovono una guarigione più rapida per i pazienti, migliorano il benessere, oltre a creare un ambiente piacevole, confortevole ed un ambiente di lavoro sicuro per il personale. I

⁵ **Roger S. Ulrich**: professore di Architettura presso il Center for Healthcare Building Research alla Chalmers University of Technology (Svezia).

progetti elaborati disegnano una relazione triangolare tra l'edificio, le prestazioni e gli utenti; ogni elemento influenza gli altri due. Ogni sistema ha un insieme di funzioni specifiche che contribuiscono all'ottimizzazione di un particolare bisogno dell'utente. La corretta costruzione dei sistemi dà come risultato la piena soddisfazione dei bisogni di tutte le parti interessate e porta, pertanto, al successo del progetto finale.

3.2 Riduzione degli errori e dei rischi

Una delle principali preoccupazioni dei pazienti è quella di evitare di essere sottoposti agli errori umani, da parte degli operatori sanitari con cui entrano in contatto (medici, infermieri, ecc...), e a rischi di vario tipo.

I due ambiti nei quali si può intervenire in maniera decisiva, anche se non risolutiva, per limitare gli errori sono i criteri progettuali delle camere di degenza e l'adeguatezza dell'illuminazione.

- *Requisiti e criteri progettuali delle camere di degenza (la standardizzazione)*

Tra le dotazioni minime standard delle componenti di arredo per le camere di degenza ospedaliera sono prescritti letti, culle per neonati e arredi fissi sanitari per i servizi igienici. Le configurazioni possono essere a degenza singola o a degenza multipla (*Ulrich R., 1991*). Nell'ultimo caso si devono prevedere anche elementi divisorii in grado di separare i pazienti, senza impedire al personale di avere sotto controllo l'insieme della situazione. Nel caso si fosse in presenza di una disabilità, la metratura e la disposizione degli arredi cambieranno per consentire agli operatori di spostare il paziente con la sedia a rotelle.

Le aree di Rianimazione e Terapia Intensiva avranno dotazioni diverse rispetto alle camere di degenza ordinarie in quanto si deve prevedere una tipologia di letto diversa. Nella progettazione di queste aree ad alta specializzazione, si deve tener conto che il paziente è costretto a letto, continuamente monitorato e collegato ad apparecchiature di sostegno delle funzioni vitali, agganciate a un canale testa letto e al soffitto. Questa maggiore dotazione

impiantistica richiede un aumento di superfici e altezze. Inoltre, l'accesso alle stanze è vincolato dalle misure di asepsi, pertanto è consigliabile ed opportuno prevedere anche zone filtro in cui vestirsi.

Nelle camere ospedaliere standard di degenza, sia quelle ad un solo letto che quelle multiple, deve essere previsto adeguato spazio per la presenza di un secondo letto o di un divano-letto in cui possa dormire un eventuale accompagnatore nel caso ci fosse bisogno di assistenza notturna.

Oltre al letto di ricovero, una stanza di degenza deve essere dotata di armadi e comodini, inoltre, come già evidenziato, andranno anche previsti adeguati elementi separatori tra un letto e l'altro che possono essere sia semplici tende di separazione sia veri elementi di chiusura. Nel secondo caso l'illuminazione di luce naturale deve essere garantita anche al letto più lontano dalla finestra.

Ai fini della privacy, la zona dell'ingresso alla camera dovrebbe essere strutturata in modo tale da schermare il paziente dagli sguardi dei passanti che transitano nei corridoi quando la porta rimane aperta, sempre garantendo però la transitabilità dei mezzi su ruote (barelle e sedie).

In sede di progettazione delle aree di degenza, sarebbe auspicabile tener conto della prevalente posizione sdraiata del paziente e, pertanto, conformare il disegno delle finestre in maniera tale da consentire una visuale esterna anche a chi giace o ai bambini. Per consentire l'altezza minima complessiva del parapetto delle finestre di 100 cm, sarebbe auspicabile che gli stessi prevedessero una parte inferiore opaca, contenuta in 69 cm dal piano di calpestio, e una parte superiore trasparente.

Un discorso a parte andrebbe fatto per le aree funzionali di geriatria, nelle quali la durata della degenza è mediamente più lunga di quella nelle altre specialità. In queste aree, pertanto, si ritiene necessario consentire una personalizzazione dello spazio, garantendo una maggiore somiglianza degli elementi di arredo domestici, anche in considerazione del fatto che questi spazi sono destinati a persone che hanno maggiore difficoltà ad adattarsi a nuovi ambienti.

I criteri progettuali fino ad ora esposti, contestualizzati all'interno della medesima struttura ospedaliera, fanno sì che gli ambienti di degenza siano standardizzati (*Ulrich R., 1991*). Le

stanze identiche, l'attrezzatura semplice e l'attività di routine riducono gli errori personali. Quando la struttura dispone di camere tutte uguali, con la medesima distribuzione ed il medesimo layout, il personale infermieristico, conoscendo l'ambiente ed il posizionamento dei dispositivi, può operare più velocemente (soprattutto in caso di emergenza) e con padronanza della situazione (*Buchanan T.L., Barker K.N., Gibson J.T., Jiang B.C., Pearson R.E., 1991*).

- *La luminosità*

Anche la luminosità, sia quella data dalla luce naturale che quella elettrica, è un aspetto importante da considerare per evitare errori; infatti, diversi studi (*Booker J.M., Roseman C., 1995*) hanno descritto come in assenza di luce sufficiente si possano fare sbagli nella somministrazione dei farmaci, nella lettura della cartella infermieristica, nell'identificazione del paziente e così via.

È stato misurato (*Buchanan T.L. Et al, 1991*) che un illuminamento di 1570 lx⁶ (il livello più alto) è stato associato a un errore significativamente più basso tasso (2,6%) rispetto al livello di base di 480 lx dove l'errore arriva al 3,8%.

Pertanto, l'aspetto dell'illuminazione è un parametro fondamentale da valutare e tenere sotto controllo tramite l'applicazione di un protocollo ben preciso, su tutti gli ambienti e tutte le attività ospedaliere al fine di aumentare la sicurezza e la protezione dei pazienti.

- *Altri fattori che abbassano il rischio di errori*

I requisiti di cui abbiamo appena parlato (standardizzazione delle camere e adeguata luminosità) sono di relativamente facile applicazione in quanto dipendono da determinati protocolli che vanno messi in atto ad opera dell'impresa che costruisce/arreda la struttura.

Ci sono altri fattori, altrettanto importanti, che sono, invece, di più difficile applicazione in quanto dipendono strettamente da come gli operatori, quotidianamente, mettono in pratica i protocolli dell'azienda ospedaliera. Parliamo di:

- *Riduzione delle cadute*

⁶ Dove lx = l'illuminamento prodotto da una sorgente luminosa.

La stanza d'ospedale influenza enormemente la percentuale di rischio di cadute del paziente; esse sono il risultato di un'interazione tra la capacità motorio-mentale del paziente e fattori ambientali di vario tipo e sono associate, principalmente, ad attività che comportano un cambio di postura le quali, nella maggior parte dei casi, avvengono vicino al letto o in bagno.

Contrariamente a quanto si potrebbe ipotizzare, è stato riscontrato un rischio più elevato di cadute per i pazienti ammessi con una diagnosi di disturbo mentale piuttosto che quelli ammessi con problemi muscoloscheletrici o malattie del sistema nervoso centrale e/o organi di senso.

Le cadute (*Brandis S., 1999*) possono essere prevenute con caratteristiche di progettazione e comportamenti che considerino le fragilità dei pazienti; solo in questo modo possono essere ridotte sensibilmente, cioè fino al 17,3%. Nella fattispecie, le funzionalità di progettazione che alzano il livello di sicurezza si possono riepilogare in: pavimentazione non scivolosa, apertura delle porte adeguata, binari e accessori posizionati in maniera corretta, servizi igienici e mobilio posizionati all'altezza corretta, presenza del corrimano lungo il perimetro dei corridoi, assenza totale di qualsiasi genere di tappeto, presenza (ove necessario) delle sponde nei letti e così via...

- Riduzione delle infezioni

In seguito alle scoperte di **Louis Pasteur**⁷ e altri, che arrivano a teorizzare e provare l'esistenza di microrganismi detti germi, viene avviato un processo che porterà l'ambiente ospedaliero ad essere monitorato per tenere sotto controllo la diffusione delle infezioni.

Le infezioni nei pazienti ricoverati sono correlate alla pulizia e all'igiene, sia personali che dell'ambiente; l'igiene dell'ambiente è direttamente dipendente dai materiali utilizzati in ospedale e anche il design della stanza di ricovero può contribuire alla riduzione della diffusione delle infezioni (*Boyce J.M., Potter-Bynoe G., Chenevert C., King T., 1997; Aygun G., Demirkiran O., Utku T., Mete B., Urkmez S, Yilmaz M., et al, 2002*).

⁷ **Louis Pasteur**: chimico e biologo francese (1822 -1895). Considerato il padre della microbiologia, a lui si devono sia la scoperta della fermentazione sia l'introduzione delle vaccinazioni e dei metodi di sterilizzazione.

È arcinoto (Jonas W.B., Chez R.A., 2004) che le superfici vicino a pazienti infetti sono contaminate e il personale, toccandole, può conseguentemente contaminare i propri guanti. Esempi di superfici che risultano frequentemente contaminate tramite il contatto tra i pazienti e il personale sono tavoli, sedie, tende, tastiere di computer, pulsanti della pompa di infusione, porte, maniglie, sponde del letto, bracciali per la pressione sanguigna, armadi e pareti; gli studi, inoltre, hanno dimostrato che la maggior concentrazione di microrganismi si trova sopra la moquette ed è per questo che quel tipo di tappezzeria è bandita negli ambienti ospedalieri.

È risaputo che le possibilità di trasmettere i batteri ai pazienti attraverso le mani degli operatori è molto elevata, pertanto la corretta igiene delle stesse è determinante per la riduzione del rischio di contaminazione; mai come in questi ultimi mesi, con la diffusione a livello mondiale del Coronavirus Sars Covid-19, tutti lo hanno capito, anche i non addetti ai lavori.

Inoltre, il design delle stanze dei pazienti può avere un effetto sull'incidenza di infezioni perché superfici con angoli stretti sono più difficili da pulire rispetto ai bordi arrotondati; proprio per questo, ad esempio, si prediligono battiscopa tondeggianti, superfici lisce e non assorbenti.

Altra caratteristica determinante per la riduzione delle infezioni, e quindi della mortalità, è la dotazione del maggior numero di camere a letto singolo, per far sì che ci possa essere più distanziamento possibile tra i ricoverati e della buona qualità dell'aria che viene messa in circolo.

La qualità indoor, oltre ai fattori di cui si è parlato fino ad ora, comprende anche la disciplina su elementi come il condizionamento dell'aria, il deposito di polvere, l'odore e l'umidità.

3.3 Sorveglianza e privacy del paziente

- *Miglioramento del controllo*

La sensazione per il paziente di non poter controllare la propria vita e le proprie abitudini e necessità è un grave e sentito problema in ambito ospedaliero che contribuisce, se mal gestite, ad aumentare lo stress e l'ansia (*Tanja-Dijkstra K., Pieterse M.E., 2011*).

Su questo argomento è stato condotto uno specifico studio (*Birdsong C., Leibrock C., 1990*) finalizzato alla valutazione dell'accrescimento del controllo dell'ambiente di degenza da parte dei ricoverati. I risultati hanno dimostrato esito positivo verso la tendenza ad una maggiore autonomia dei pazienti con conseguente propensione all'applicazione da parte dei nosocomi. In altre parole, si ambisce, in fase progettuale, ad organizzare le strumentazioni affinché le stesse possano essere gestite dal paziente anche se costretto a letto. Fanno parte di questi apparati, ad esempio, il controllo della posizione del letto, il controllo della temperatura (aria condizionata e riscaldamento), il controllo delle luci, il controllo del suono (musica e televisione) e il controllo della luce naturale (tende e persiane).

- *Privacy*

Di sicuro, un aspetto che pone il paziente in uno stato di tensione di non semplice risoluzione è la quasi assoluta assenza di privacy; per ovvi motivi, questo problema è più sentito nel caso di camere multi-letto piuttosto che in quelle a letto singolo. È stato rilevato da specifici studi (*Firestone IJ, Lichtman C.M., Evans J.R., 1980*) che i ricoverati nelle camere multiple vedono la loro riservatezza meno sicura e non si sentono in grado di mantenere privati né il proprio stato di salute né i rapporti con i familiari.

Di grande impatto emotivo, inoltre, è la forte esigenza di privacy richiesta nell'utilizzo dei servizi sanitari ed igienici come il bagno, la doccia e così via.

3.4 Il Comfort

- *Arte*

Si è a lungo discusso su come alcuni tipi di opere d'arte "psicologicamente appropriate", compresa la rappresentazione di immagini con temi relativi a paesaggi acquatici, paesaggi naturali, fiori e giardini, possano ridurre lo stress e migliorare certi risultati, come il

sollievo dal dolore e la velocità di guarigione (*Ulrich R.S, Giplin L., 2003*). Di contro, immagini ambigue o non adeguate possono suscitare antipatia o altre reazioni chiaramente negative tra i pazienti.

Di quanto l'arte possa influenzare il percorso riabilitativo del paziente e, più precisamente, di quanto influisca in ambito pediatrico, ne abbiamo parlato precedentemente in uno specifico capitolo.

- *Comfort visivo*

La valutazione del comfort visivo comprende l'esame di una serie di parametri e dei loro effetti sulle persone, come ad esempio la luce del giorno, la luminanza, l'intensità di luminanza e così via... Dell'argomento relativo alla luminanza ne abbiamo parlato anche in un precedente paragrafo in relazione all'impatto che ha sulla sicurezza del paziente. In questo paragrafo, invece, vogliamo evidenziare come il medesimo fattore ne possa influenzare il benessere (e quindi la guarigione).

Di fondamentale importanza è la presenza della luce del giorno (*Verderber S., 1986*); l'80% di ciò che noi percepiamo del nostro ambiente ci viene da ciò che vediamo ed è fortemente influenzato dalla luce disponibile in tale ambiente. È dimostrato che le persone che sono circondate da luce naturale, sono più produttive e vivono una vita più sana. Questo principio vale anche e soprattutto per i degenti. Quando i pazienti sono malati e circondati da apparecchiature mediche e pareti bianche, l'ultima cosa di cui hanno bisogno è una stanza soffocante e buia. Questo è il motivo per cui è importante avere per ogni camera una finestra che fornisca luce naturale; è un fattore che contribuisce a creare un ambiente di guarigione idoneo ed efficace per il paziente.

Laddove la struttura ospedaliera non presenti le caratteristiche opportune che consentono l'illuminazione naturale, visto che rinnovare o ricostruire un ospedale non è un'operazione a basso impatto economico, il miglioramento dell'illuminazione diventa un modo efficace e conveniente per migliorare gli ambienti esistenti. Ecco perché il lighting design negli ambienti sanitari è un fattore molto importante.

La Prof. **Charmane Eastman**⁸, nel corso dei suoi lunghi studi (*Eastman C.I., Young M.A., Fogg L.F., Liu L., Meaden P.M., 1998*) riferiti alla correlazione tra luce e depressione, ha adottato il trattamento di luce intensa per contrastare la cosiddetta “depressione invernale” (SAD), ovvero depressione che si sviluppa durante i mesi invernali. I sintomi della SAD sostanzialmente riguardano un costante senso di malessere, depressione generale, eccessi nel dormire e nel mangiare, sensazione di solitudine e diminuzione della libido. Le evidenze ottenute hanno dimostrato che questa terapia, dopo la terza settimana di applicazione, produce un effetto antidepressivo, oltre che un effetto placebo.

Altri studi (*Lewy A.J., Bauer V.K., Cutler N.L., Sack R.L., Ahmed S., Thomas K.H., et al., 1998*) hanno dimostrato che i pazienti trattati in stanze soleggiate hanno avuto una ripresa più veloce rispetto a quelli inseriti in stanze più buie; parliamo di un soggiorno medio di 16,6 giorni per i pazienti più esposti alla luce del sole rispetto a 19,5 giorni per gli altri. Si è, inoltre, ipotizzato e provato che la luce del mattino è più vantaggiosa per il decorso di guarigione rispetto a quella pomeridiana e che materiali con superfici abbaglianti pongono problemi di tipo visivo (parliamo, ad esempio, dei pavimenti lucidi o lucidati). Pertanto, l'uso di superfici opache non è solo conveniente ma risolve anche tale problema.

- *Comfort acustico*

I nostri antenati percepivano i suoni derivati dall'ambiente esterno e ne traevano informazioni importanti su eventuali pericoli e sulla distanza degli stessi; ciò ha permesso loro di affinare l'istinto.

L'ambiente acustico è cambiato quando ci siamo trasferiti negli ambienti chiusi. I suoni, riflettendosi su superfici dure e lisce, si sono fatti più vicini e il riflesso distorce il suono stesso che viene percepito come innaturale dal nostro udito. Ma la cosa più sorprendente è che il nostro corpo reagisce ai suoni, sia naturali che distorti, nello stesso modo in cui reagiva migliaia di anni fa.

⁸ **Charmane Eastman** è direttore del Biological Rhythms Research Laboratory (Laboratorio per le ricerche sui ritmi biologici) presso il centro medico Rush Presbyterian St. Luke's Medical Center a Chicago.

Quando si tratta di progettare strutture sanitarie ci si trova di fronte ad un bivio. Da un lato bisogna sempre garantire il massimo rispetto dei requisiti relativi all'igiene, dall'altro l'impiego di materiali duri e lisci amplificano i problemi acustici rendendo le strutture sanitarie più rumorose rispetto agli standard consigliati dall'OMS. Il livello acustico, inoltre, è in costante aumento anche a causa dell'incremento degli apparecchi tecnici e delle persone che vi si muovono intorno.

L'inquinamento acustico costituisce un fattore di disturbo sia per i pazienti che per gli operatori sanitari. Gli uni in quanto, viste le condizioni di vulnerabilità in cui versano, sono più sensibili ai suoni; gli altri che devono svolgere mansioni che non ammettono errori causati dallo stress e che si devono concentrare il più possibile sul proprio lavoro.

La ricerca (*Bayo M.V., Garcia A.M., Garcia A., 1995; Toph M., 2000*) dimostra che perfezionare l'acustica influenza positivamente l'ambiente psicosociale sanitario, riducendo addirittura i conflitti, e porta ad un miglioramento dei percorsi di guarigione; le strutture sanitarie che vengono costruite ai giorni nostri avranno un impatto sulla qualità delle cure sanitarie per un periodo di oltre 30-40 anni, per questo motivo adottare soluzioni appositamente studiate per ricreare all'interno delle strutture il comfort dell'ambiente acustico esterno è sicuramente un buon investimento.

Le normative in tema di costruzione degli ospedali forniscono delle linee guida in tal senso prevedendo dei vincoli da rispettare, anche se il legislatore rimane piuttosto vago e poco specifico sull'argomento. Rivestono, invece, maggior rilievo alcuni studi realizzati da ricercatori accademici i quali consigliano di adottare appositi parametri.

Quando si considerano rumore e acustica ambientale, i parametri più importanti sono la potenza sonora, la propagazione e il tempo di riverbero. Questi principi sono cruciali e, se negativi, sono associati ad un recupero più lento del paziente e all'aumento dei livelli di stress in quanto, questo del fastidio acustico, viene percepito come la principale causa di disagio da parte dei pazienti.

Una delle principali ripercussioni di un livello di rumore elevato, sono gli effetti sui pazienti riguardo la qualità e quantità di sonno (*Hilton B.A., 1976*). Le fonti di disturbo sono principalmente le procedure terapeutiche, la conversazione del personale e i rumori ambientali ma, più di tutte, la presenza di altri pazienti nell'unità con più posti letto.

Pertanto, anche in questo caso, per la progettazione di un'adeguata struttura sanitaria si devono preferire stanze monoletto e l'utilizzo di soffitti fonoassorbenti. Più in generale, sono altamente consigliate tutte quelle misure che riducono la propagazione del rumore. Anche la forma, la dimensione, le rifiniture delle superfici e l'arredamento delle stanze nel suo insieme ne determinano le proprietà acustiche. Pertanto, la progettazione acustica degli ambienti riguarda il controllo di tutti questi fattori in quanto agisce sull'assorbimento acustico, sulla riflessione, sulla propagazione e sulla diffusione del suono.

Fondamentale è anche l'adozione di un metodo di controllo delle emissioni acustiche dei dispositivi impiegati per facilitare l'assistenza sanitaria (allarmi, segnali, pompe, telefoni, ecc...); una disposizione logistica ben progettata deve tenere in considerazione che tali attrezzature vengono utilizzate in continuazione e che, di contro, vanno installate adottando una corretta distanza e disposizione dagli ambienti di degenza.

Il ricercatore **Blomkvist** (2005) ha condotto un esperimento in alcune strutture nel tentativo di implementare soluzioni in assenza delle condizioni di cui abbiamo parlato sopra. Ha dimostrato che possono essere ridotti i livelli sonori nelle unità di cura di 6dB(A) chiudendo le porte delle stanze di degenza; un cambiamento, questo, che i pazienti prontamente hanno percepito e apprezzato. Al contrario, in terapia intensiva, chiudere le porte può aumentare i livelli di rumore, presumibilmente perché la maggior parte del rumore proviene dalle apparecchiature all'interno della stanza.

- *Supporto familiare*

I visitatori possono svolgere un ruolo importante, anzi, decisivo, nel recupero dei pazienti, ma, di contro, ci potrebbero essere anche gravi controindicazioni derivate dall'accesso degli esterni dentro la struttura ospedaliera, come ad esempio la trasmissione di infezioni ed il rischio che le norme ospedaliere non vengano rispettate.

Pettinger & Nettleman (1991), due autori di saggi che si sono occupati a lungo di questo argomento, sostengono che se i visitatori trascorrono più tempo nelle stanze dei pazienti, i loro comportamenti vertono ad un maggior rispetto delle norme. La conformità aumenta se le persone entrano in gruppo rispetto a quelle che entrano da sole. Essi rilevano anche che i membri della famiglia trascorrono molto tempo al capezzale del loro parente, alcuni

addirittura fino a diverse ore al giorno; circa la metà di tutte le visite (49%) ha avuto luogo all'interno della stanza del paziente. Gli effetti più benefici sul percorso di guarigione e sullo stato mentale del ricoverato si sono riscontrati nei casi in cui le visite sono state fatte dai membri della famiglia visti come più "vicini" al paziente. Gli altri visitatori sembrano non aver effetti determinanti sulla salute del ricoverato in quanto, successivamente a tali visite, alcuni sono migliorati mentre altri hanno avuto un declino.

Sono state riscontrate delle aspettative e delle necessità diverse da parte dei familiari di pazienti ricoverati nei reparti generali piuttosto che di quelli ricoverati nelle terapie intensive. I primi considerano molto importante avere informazione sul paziente e avere la possibilità di stare vicino al congiunto, quindi poter entrare in reparto, avere sale d'attesa a disposizione e poter pernottare nella stanza di degenza per dare supporto notturno. I familiari dei ricoverati nelle terapie intensive hanno, invece, più necessità di avere un supporto emotivo e di avere un ambiente fisico a disposizione che garantisca le esigenze personali quali toilette, sale d'aspetto confortevoli e possibilità di ristorazione H24.

3.5 L'impatto dell'ambiente sugli operatori sanitari

I risultati degli studi che riguardano il personale sanitario sono stati suddivisi in tre principali argomenti: organizzazione e funzionalità, supporto tecnico e comfort.

- *Organizzazione e funzionalità dell'ambiente ospedaliero*

Uno dei temi oggetto di ripetuti dibattiti è quello legato all'organizzazione dell'ambiente curativo per gli addetti ai lavori e, più specificatamente, in questo paragrafo si approfondirà tale tema in relazione alla ricerca ed individuazione del percorso per il raggiungimento della meta (ambulatori, reparti, sale operatorie e così via).

S. D. Moeser⁹ (1988) ha condotto uno studio all'Health Sciences Center, che è un ospedale australiano di 5 piani in cui ogni piano è progettato con una configurazione unica. Non presenta corridoi principali, né alcun corridoio che percorra l'intera lunghezza della struttura; di conseguenza, in questo edificio, è facile disorientarsi anche per gli addetti ai lavori. Moeser ha esaminato i sistemi di mappatura cognitiva di un gruppo di tirocinanti che avevano lavorato in quell'ospedale per alcuni anni. Dopo aver raccolto ed ispezionato diversi parametri, ha concluso che il campione esaminato non era riuscito a sviluppare mappe cognitive-adattative dell'edificio, anche dopo averlo percorso per 2 anni. Parallelamente, è stato condotto un altro esperimento che prevedeva l'utilizzo di soggetti estranei all'edificio (ad esempio visitatori occasionali) ai quali era stato inizialmente chiesto di memorizzare le planimetrie dell'edificio e successivamente erano stati introdotti nell'edificio stesso per un breve periodo di tempo. Questi soggetti si sono orientati significativamente meglio rispetto ai tirocinanti in quanto avevano sviluppato mappature cognitive più oggettive e precise. Si è concluso che le rappresentazioni mentali delle mappe concettuali non si sviluppano automaticamente, neanche con l'esperienza, nel complicato ed articolato ambiente spaziale ospedaliero.

Oltre alla complessità delle strutture, ci sono altri elementi che contribuiscono allo smarrimento dello staff, ovvero l'inadeguatezza delle indicazioni. In un modello ospedaliero ideale, i segnali di direzione devono essere sempre chiari e non contraddittori, vanno usati adeguatamente colori e illuminazione e, inoltre, fondamentale è il posizionamento delle mappe almeno in determinati punti strategici. Tali mappe, per facilitarne la comprensione, dovrebbero essere orientate in modo che la parte superiore indichi la direzione di movimento. Sarebbe opportuno, inoltre, che i segnali direzionali fossero posizionati in corrispondenza o prima di ogni incrocio principale e che indicassero, con chiarezza, almeno le destinazioni principali.

1 ⁹ **Shannon Dawn Moeser**: Dipartimento di Psicologia al Memorial University of Newfoundland, St. John's, Newfoundland, Canada. Studioso della teoria delle Mappe Concettuali, autore di svariati saggi tra cui, il più rappresentativo, "Mappatura Cognitiva di un Edificio Complesso".

- *L'importanza del Supporto Tecnico*

Le attività che gli operatori sanitari svolgono quotidianamente necessitano di attrezzature specifiche e soluzioni progettuali ben definite. La buona applicazione delle norme e dei protocolli prestabiliti possono fare la differenza in termini di qualità, velocità e risultati del servizio prestato al malato; non ultimo, l'adozione di un equipaggiamento adeguato ha un grosso peso sul mantenimento della salute del personale preposto. Quando si parla di attrezzature, ci si riferisce a sistemi di supporto delle funzioni vitali, ausili per il trasporto dei pazienti, letti, design di servizi igienici e doccia e così via.

Analisi specifiche, su questo argomento, sono state portate avanti da diversi ricercatori. Ecco alcuni esempi.

N. M. C. Alexandre¹⁰ ha condotto uno studio (2001) su come ridurre il mal di schiena nel personale infermieristico.

DE Caboor¹¹ (2000) ha introdotto il concetto di altezza regolabile del letto per migliorare la qualità del movimento spinale dell'operatore sanitario. Al sollevamento e al trasferimento dei pazienti sono associati alti livelli di sforzo biomeccanico, soprattutto quando i compiti vengono eseguiti in posizione flessa.

N. Dariaseh¹² (2003) ha esaminato i risultati muscoloscheletrici in più regioni del corpo ed

¹⁰ **Neusa Maria Costa Alexndre**: professoressa Associata, Facoltà di Infermieristica, UNICAMP. Leader del Gruppo di studio e ricerca sulla salute e l'ergonomia del lavoro. Autrice del saggio "Valutazione di un programma per ridurre il mal di schiena nel personale infermieristico".

¹¹ **DE Caboor**: autore di "Implicazioni di un'altezza del letto regolabile durante le normali attività infermieristiche sul movimento della colonna vertebrale, sullo sforzo percepito e sull'attività muscolare".

¹² **N. Daraieh**: insegnante al UC Department of Pediatrics di Cincinnati. Specializzata in fattori umani e ricerca sulla salute e sulla sicurezza. Ha esperienza nella misurazione dei fattori basati sulla persona e ambientali in ambito sanitario e il loro rapporto con la sicurezza, i comportamenti e la salute. Autrice di "Esiti muscoloscheletrici in più regioni del corpo ed effetti sul lavoro tra gli infermieri: gli effetti di condizioni di lavoro stressanti e stimolanti".

i relativi effetti sul lavoro degli infermieri.

Petzall e Petall¹³(2003): i risultati dei loro studi hanno mostrato che le ruote hanno una grande influenza sullo sforzo e sulle difficoltà percepite dal personale. Hanno sperimentato due tipi di ruote per trasporto di pazienti nei letti di ospedale. Nelle loro scoperte, le ruote piroettanti standard di piccolo diametro hanno reso più semplice manovrare il letto in spazi limitati, mentre le ruote più grandi su assi fissi hanno reso il letto più comodo da maneggiare durante il trasporto a lunga distanza.

- *Comfort degli operatori sanitari*

Per comfort si intendono tutti quei metodi che garantiscono tranquillità e benessere agli operatori sanitari; l'applicazione di tali metodi ha come obiettivo la qualità del servizio erogato ed il mantenimento del sanitario in buona salute.

Le ricerche (*Gast P.L., Baker C.F., 1989*) ci suggeriscono che uno dei fattori che maggiormente crea ansia negli operatori sanitari è il caos creato dalle visite dei parenti ai pazienti; tale circostanza genera affanno tra il personale e, di conseguenza, va ad interferire negativamente sul lavoro svolto e quindi sulla qualità del servizio prestato al paziente.

Uno dei momenti più caotici della giornata, e che quindi va attenzionato, è quello della cosiddetta “ora di quiete”; si tratta del momento di fondamentale importanza in cui avviene il passaggio delle informazioni infermieristiche, che riguardano i degenti, fra chi esce dal turno e chi entra. È un'attività fondamentale perché garantisce al paziente la continuità e l'adeguatezza assistenziale; pertanto, per evitare di perdere informazioni importanti sul paziente, è necessario prestare la massima attenzione.

Il passaggio di consegne è una comunicazione bilaterale, infatti, chi passa le informazioni deve essere il più analitico e preciso possibile, mentre chi le riceve, a sua volta, deve partecipare attivamente al passaggio al fine di captare tutte le sfumature necessarie alla presa in carico e al prosieguo del lavoro; questo passaggio non va fatto casualmente ma deve seguire una serie di regole di comunicazione ed, inoltre, richiede anche un certo impiego di tempo. Fondamentale nell'eseguire questo lavoro è una preparazione adeguata

13 **Petzall e Petall**: autori del saggio “Il trasporto con i letti d'ospedale”.

delle informazioni che verranno passate e anche il cercare di evitare il più possibile i fraintendimenti tra operatori; a tal fine, nel redigere le cartelle sanitarie, è opportuno evitare l'uso di abbreviazioni e usare una calligrafia chiara e comprensibile. La trasmissione inefficace di dati e informazioni, infatti, può condurre alla frammentarietà delle cure, a ritardi od omissioni nell'esecuzione di procedure diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali, ad un aumento del rischio di complicanze ed errori e, infine, ad un prolungamento della degenza ospedaliera con conseguente aumento della spesa sanitaria, oltre che del disagio sociale delle persone assistite. Ciò nonostante, nella quotidianità, si rileva che le consegne infermieristiche sono un'attività sottovalutata poiché, pur esistendo strumenti standardizzati, precisi e stabili, questi non sono considerati come indispensabili per una corretta, sicura ed ottimale gestione del percorso assistenziale.

4 Interazione paziente/infermiere: la sfera psicologica e il principio di individualizzazione

Ogni esperienza della realtà che una persona fa nella sua vita corrisponde alla rappresentazione di essa che il cervello costruisce; non solo, ma anche la qualità, piacevole o spiacevole, con la quale il cervello dipinge l'esperienza in corso è frutto dell'attività dei suoi neuroni. Quest'attività determina, attimo dopo attimo, la corrispondenza tra realtà esterna e rappresentazione interna ed è vissuta dal soggetto come soggettiva e univoca; essa ha dei margini soggettivi più o meno ampi, dato che, oltre a rendere possibile un contatto con il contesto in cui si trova, risponde anche al bisogno di mantenere il più possibile coerente, stabile e unitario il senso di sé (Nardi, 2020).

Esistono due livelli di esperienza:

- 1) Esperienza immediata: si tratta del livello di esperienza diretta e istantanea, che resta interna alla mente. Essa esprime ciò che si prova (in forma di sensazioni ed emozioni scarsamente consapevoli e poco elaborate), come lo si prova e quando lo si prova. Pertanto, questa prima componente dell'esperienza soggettiva, fornisce le informazioni necessarie per assimilare ciò che si vive e integrarle nel senso di sé. Essendo strettamente connesso con la realtà, questo livello è vissuto come si trattasse di un'esperienza oggettiva, condivisa e valida per tutti.
- 2) Esperienza spiegata: consiste nella ricostruzione a posteriori di ciò che il soggetto ha sperimentato in presa diretta attraverso l'esperienza immediata, tramite spiegazioni che servono a rendere assimilabile l'esperienza, integrandole con quelle precedentemente vissute e immagazzinate nella memoria; in questo modo, essa consente di elaborarle in accordo con il senso di sé e del mondo che ha il soggetto (Nardi, 2020).

L'assimilazione dell'esperienza avviene sulla base delle risorse fornite dal patrimonio genetico, attraverso un rapporto attivo e reciproco con l'ambiente, avviato con le relazioni

primarie di attaccamento.

L'attaccamento rappresenta un processo dinamico di risposta allo stress ed esprime la competenza che un bambino ha, fin dalle prime fasi della sua vita, per mantenere la prossimità e ottenere l'accudimento di una figura genitoriale che fornisce cura e protezione. Grazie all'attaccamento si sviluppa gradualmente uno stile affettivo e relazionale, che si orienta e si organizza in un modo unico e specifico per ogni individuo (*Nardi, 2007-2020*).

L'esperienza, dunque, non può essere intesa solo come una fotocopia della realtà interna ed esterna, dato che permette soprattutto di fare una riflessione di sé e la costruzione di un'immagine cosciente di sé compatibile con la propria storia personale. Pertanto, le spiegazioni non sono una fotografia del tutto fedele dell'esperienza immediata vissuta ma costituiscono una rielaborazione per il mantenimento della coerenza interna.

In definitiva, la conoscenza (*Guidano, 1987,1991; Nardi, 2020*) non può essere considerata come un fenomeno esclusivamente oggettivo, in quanto un ruolo fondamentale è svolto dalla componente soggettiva individuale, attraverso la quale ogni esperienza vissuta è riferita a sé.

Pertanto, nell'interazione irrinunciabile tra ciò che è genetico e ciò che è acquisito, emerge quel modo unico e irripetibile, proprio di ogni individuo, di riordinare la sua esperienza, di darle un significato peculiare e costante nel tempo e di farne la trama per la costruzione della propria identità. In questo modo il soggetto vive e dà significato all'esperienza che ha appena fatto utilizzandola nella costruzione dell'identità (*Nardi, 2020*). Da un lato, sperimenta un flusso continuo di senso/percezioni, immagini e attivazioni emotive ad esse correlate. Dall'altro, questo insieme di esperienze fatte, e delle quali ha scarsa consapevolezza, è costantemente selezionato, elaborato e integrato a livello logico-analitico e verbale per essere trasformato in spiegazioni dell'esperienza vissuta, realizzando una conoscenza esplicita di sé e del mondo.

Il soggetto, attraverso la sequenza delle sue rappresentazioni, arricchite dai contenuti emozionali e dalle valutazioni relazionali, è allo stesso tempo registra e sceneggiatore, ma anche interprete e protagonista della sua conoscenza (*Nardi, 2007, 2013, 2020*).

Il termine personalità (*Guidano e Reda, 1981; Guidano e Liotti, 1983; Reda, 1986; Guidano, 1987, 1991, 2010; Nardi, 2020*) esprime proprio la modalità unificante

attraverso la quale ciascun individuo assimila e si riferisce l'esperienza. Dunque, è data dalla risultante delle varie caratteristiche che forniscono all'individuo il senso di unicità e continuità nel tempo, nonostante i cambiamenti e le trasformazioni a cui va incontro.

Un altro aspetto fondamentale riguarda le risorse affettive e cognitive che si sviluppano in modo strettamente connesso tra loro. I processi affettivi danno il colorito soggettivo all'esperienza di ogni individuo ed ai suoi contenuti di coscienza, per cui rivestono un ruolo adattivo fondamentale. Attraverso l'attaccamento, le attivazioni affettive si integrano tra loro e vengono confrontate con quelle memorizzate in precedenza. L'insieme di questi processi rende continua l'esperienza, dando forma nel tempo allo stile relazionale individuale.

I principali coloriti della sfera affettiva, che caratterizzano in modo unico cosa prova un soggetto attraverso le esperienze che vive, come i colori presenti nella tavolozza di un pittore, sono le emozioni, i sentimenti e l'umore (*Bellantuono et al, 2009; Nardi, 2020*).

- Le emozioni sono colorite soggettive a carattere rapido e transitorio che esprimono la risposta individuale a stimoli ambientali contingenti; danno forma ad ogni contenuto di coscienza, orientando di conseguenza le risposte adattive. La rappresentazione consapevole delle proprie emozioni è l'elemento centrale intorno al quale si articola la costruzione del sé, rispetto allo spazio intersoggettivo nel quale l'individuo si trova a vivere, assumendo un valore sociale fondamentale.

Le emozioni consistono in: emozioni primarie (o di base) e secondarie (o sociali). Le prime si attivano precocemente e sono simili in numerose specie di animali: sono la paura, la rabbia, la sorpresa, la tristezza e la gioia. Le seconde compaiono a partire dal secondo anno di vita quando, con lo sviluppo del linguaggio verbale, inizia a delinearci la maturazione di un senso unitario di sé. Queste emozioni sono l'orgoglio, la vergogna, la colpa, l'imbarazzo, il rammarico, la collera, il disprezzo e il disgusto (*Lewis, 1993,1994; Nardi, 2020*).

Quando le emozioni diventano eccessive e persistenti, non consentono una regolazione del comportamento e producono disagio, anche psicopatologico.

- I sentimenti sono coloriti soggettivi tendenzialmente stabili e persistenti che consentono di esprimere i propri stati interni in relazione a persone, oggetti, luoghi

o situazioni vissuti come significativi. Comprendono l'odio, l'amore, l'indifferenza e l'empatia (Nardi, 2020).

- L'umore è lo stato soggettivo globale e unitario di fondo, condizionato sia dalle emozioni, sia dai sentimenti. Esso esprime la disposizione o l'atteggiamento interiore prevalente in un dato momento della vita psichica di un individuo e presenta nel tempo oscillazioni sia verso l'alto (gioia ed euforia), sia verso il basso (tristezza e malinconia). (Bellantuono et al, 2009; Nardi, 2020).

Tenendo conto di quanto accennato, si possono fare alcune considerazioni in merito alla professione sanitaria dell'infermiere.

Gli infermieri sono gli operatori sanitari che entrano maggiormente in contatto emotivo con i pazienti in quanto hanno una sorta di compito paradossale che è quello di funzionare in modo "sano" all'interno di uno scenario nel quale gli altri hanno il diritto di funzionare in modo "patologico". Con il termine "patologico" (che a volte può essere definito "folle", producendo tuttavia una discriminazione più o meno consapevole) vengono compresi tutti quei comportamenti difensivi e di adattamento che la persona mette in atto di fronte ad un disagio, come può legittimamente essere considerata un'emergenza o una catastrofe.

Dalle premesse sulla soggettività fatte in precedenza deriva il fatto che nessuno è al di sopra o al di fuori della relazione per cui ogni soggetto in qualche modo condiziona e influenza l'altro.

Tuttavia, spesso, nella pratica sanitaria, questo aspetto fondamentale è ignorato, mentre il processo di identificazione, che è collegato al proprio vissuto, può produrre un coinvolgimento diretto, più o meno forte, del soccorritore che, senza esserne consapevole, può perdere nell'intervento le caratteristiche necessarie di professionalità. Il soccorritore, inoltre, con l'accumularsi della fatica psichica, può giungere a modificare il suo modo di vedere le cose, la sua autostima e la percezione della propria competenza e capacità professionale. Ciò accade perché il soccorritore, nel suo lavoro, è costretto a rapportarsi con forti carichi emotivi, a gestire manifestazioni di angoscia e di aggressività, a confrontare sé stesso con le prospettive di morte, dolore e paura che animano le vittime di cui si sta occupando. Il forte impatto emotivo è un problema che si presenta non soltanto nelle

situazioni drammatiche di emergenze extraospedaliere, ma è una costante per chi lavora soprattutto in aree critiche, come il Pronto Soccorso ed i reparti di Terapia Intensiva.

Tra le situazioni critiche più significative che l'infermiere può riscontrare nel corso della sua attività troviamo:

- La difficoltà di comunicazione che si può incontrare nel primo contatto con il paziente ed i suoi familiari, per difficoltà soggettive ed oggettive che ostacolano la relazione terapeutica d'aiuto;
- L'evoluzione incontrollabile delle patologie più gravi, con delusione sul piano professionale ed eventualmente anche attribuzione ingiustificata di responsabilità;
- La comunicazione del lutto ai familiari per un evento inaspettato e a volte inspiegabile.

Ne consegue la necessità per gli infermieri di uno specifico addestramento e supporto per affrontare le numerose occasioni di forte impatto psicologico ed emotivo, in modo da unire alla competenza professionale infermieristica, anche la competenza relazionale e quella emozionale (autocontrollo), affinché non vengano mai confuse le proprie attivazioni affettive da quelle dell'utente. L'infermiere e tutti gli operatori che offrono aiuto attraverso lo strumento relazionale sono, quindi, tenuti ad essere consapevoli che devono gestire anche le emozioni ed i sentimenti che provano: il confronto con le emozioni dell'altro può infatti risvegliare esperienze e vissuti personali che possono allontanare o avvicinare l'infermiere al paziente.

Se l'infermiere non è cosciente dei propri sentimenti e delle proprie reazioni emotive è probabile che non sia in grado di controllare la propria emotività nella relazione infermiere/paziente. Non è eticamente corretto che l'infermiere utilizzi la relazione con il paziente per risolvere propri problemi; a volte non c'è consapevolezza in questo comportamento e si rischiano danni rivolti a entrambi i soggetti della relazione.

La tradizione assistenziale e la formazione ricevuta sul campo, dapprima, e poi attraverso le scuole, hanno fatto sì che gli infermieri interiorizzassero, nel tempo, l'importanza di dedicarsi oblativamente all'ammalato. Ciò ha portato a mettere in atto, quasi istintivamente, alcune strategie comportamentali di tipo prettamente psicologico: la difesa della soggettività, l'ascolto, la rassicurazione ed il sostegno. Dialogando, infatti, con alcuni

pazienti che erano stati ricoverati (per periodi più o meno lunghi) in ospedale, si è riscontrato che questi ultimi ricordano con estrema gratitudine determinate figure che li avevano assistiti e rincuorati nei momenti difficili. Gli infermieri, a loro volta, hanno sottolineato che (nonostante le sollecitazioni che ricevevano dai superiori di fare in fretta e di non fermarsi a parlare con i pazienti, perché tutto questo significava “perdere tempo”) durante le pratiche assistenziali era per loro quasi inconcepibile non dialogare con l’ammalato.

L’interazione tra infermiere e paziente avviene attraverso un incontro iniziale in cui le prime impressioni rischiano di determinare una visione stereotipata dei ruoli; successivamente, attraverso un’azione di controllo e di volontà, inizia la fase in cui si percepisce l’altro come essere unico (identità emergenti) che sfocia, attraverso l’empatia e la comprensione, nel rapporto che ha caratteristiche costruttive di amicizia; tutto questo è caratterizzato da azioni infermieristiche che alleviano il dolore di una persona ammalata. Un infermiere è in grado di favorire un rapporto amichevole, in quanto empatico e costruttivo, se possiede le conoscenze e le abilità necessarie per assistere le persone malate con la giusta distanza emotiva. In questo modo può essere infatti in grado di percepire, rispondere e valutare la singolarità dell’essere umano ammalato. L’infermiere arreca realmente giovamento al paziente, quando, nell’ottica dell’educazione alla salute, interviene sulle situazioni limitanti in modo competente, utilizzando strumenti adeguati e avendo la consapevolezza che l’altro deve essere accettato globalmente e che le sue poliedriche dimensioni (intelligenza, volontà, comportamenti, sentimenti...) devono essere valorizzate. Il rispetto del **principio di individualizzazione** fa sì che ogni persona venga presa in considerazione, valorizzata e compresa anche se caratterizzata dalla diversità e portatrice di esigenze del tutto particolari; si può realmente aiutare il paziente ad essere sempre più consapevole del suo valore e delle sue risorse, motivandolo ad agire come tale, solo se ci si sforza di comprendere le sue esigenze fisiche, psicologiche e le sue modalità di apprendere, di agire e di reagire e se si tiene costantemente presente la sua storia personale.

Attraverso la continua formazione, la valorizzazione della creatività, l’intuizione, i sentimenti, l’osservazione, l’ascolto e la riflessione, egli si prenderà cura dell’altro (senza sostituirsi totalmente a lui o senza interventi che ne possano forzare i tempi di maturazione

o di azione) aiutandolo ad esprimersi, avendo fiducia nelle sue potenzialità e sapendo che, in genere, l'uomo di fronte all'ostacolo è stimolato.

Il responsabile del Nursing, evitando l'impazienza e la fretta, può portare l'utente a collaborare purché si astenga da giudizi prematuri, da atteggiamenti moralistici, da comportamenti aggressivi che bloccano o rendono difficoltoso qualsiasi processo comunicativo. L'infermiere non interpreta i conflitti interiori profondi ma legge e documenta i bisogni della persona che ha di fronte, l'aiuta negli apprendimenti e la incoraggia (politica dell'incoraggiamento) sottolineando i progressi e le conquiste, analizzando gli insuccessi e gli aspetti negativi e ascoltandola; l'ascolto, infatti, è sempre un collegamento tra il proprio mondo interiore e quello altrui. Colui che sa ascoltare allarga il suo mondo conoscitivo e si apre ad interessi sempre nuovi arricchendosi nella relazione. L'utente, ascoltato, si sente valorizzato perché capisce di essere accettato e stimato e si sente spinto ad interagire positivamente ed a ricercare spazi di autonomia. In ogni relazione di aiuto, si può identificare una situazione di complementarità tra i due protagonisti; nel caso dell'infermiere e del paziente, il primo (colui che presta aiuto) ha il compito ed il dovere di dare al secondo (colui che soffre) tutti gli stimoli, i suggerimenti, gli insegnamenti e l'assistenza di cui necessita per permettergli di ritrovare il suo equilibrio e la sua indipendenza. L'infermiere, aiutando l'ammalato ad aiutare sé stesso e ad adattarsi alle nuove situazioni che la malattia crea, si arricchisce nel vicendevole scambio che, comunque, avviene in un corretto processo comunicativo.

La storia, l'esperienza e le parole altrui possono diventare, se si è disponibili ad imparare, stimoli per riflettere, per rivedere le proprie posizioni e per modificarsi. Nelle relazioni di aiuto, i processi comunicativi funzionali favoriscono il cambiamento dei protagonisti, il raggiungimento degli obiettivi ed il miglioramento della qualità della vita.

Per favorire lo sviluppo della relazione di aiuto, l'infermiere deve sempre più diventare:

- esperto nell'ascolto;
- abile nella comunicazione;
- promotore di apprendimenti;
- consapevole del ruolo educativo;

- capace di affrontare i propri problemi esistenziali

E, soprattutto, deve convincersi (e convincere) che i comportamenti possono cambiare e le circostanze della vita migliorare.

Un elemento fondamentale per il paziente è la vicinanza fisica di una figura rassicurante; la presenza di un caregiver, presente quando se ne ha bisogno, consente infatti di utilizzare in modo vantaggioso i riferimenti a disposizione per imparare ad essere operativi e a risolvere problemi, per avere conferme su chi contare, per rafforzare i rapporti significativi, per scambiarsi e condividere competenze e nuove acquisizioni e per trasmettere alle nuove generazioni il proprio patrimonio di esperienza. Il soggetto scopre gradualmente di potere non solo percepire, ma anche individuare i riferimenti affidabili in relazione al suo bisogno di sentirsi sicuro e, allo stesso tempo, di avere a disposizione spazi di libertà di azione. Questo suo orientamento lo guida a gestire in prima persona i contesti della vita o, quando ciò non è possibile, ad individuare chi lo può fare al suo posto, dandogli/le comunque sicurezza nel controllo della situazione. L'affinità degli altri è ricavata proprio dalla risposta ottenuta rispetto ai bisogni interni e questo fattore discriminante guida l'individuazione dei riferimenti significativi e la costruzione della rete sociale. Le affinità vengono ricercate scegliendo delle figure che appaiono affidabili e necessarie al momento del bisogno ma che, parallelamente, non risultano oppressive o limitanti rispetto agli spazi ed ai momenti liberi di cui il soggetto necessita.

In alcuni casi, tuttavia, questa naturale tendenza diviene così pervasiva e rigida da condizionare (a volte anche pesantemente) la vita dell'individuo e il suo stare con gli altri. In queste situazioni, l'altro assume un ruolo molto più importante per la nostra autostima e le nostre relazioni sono condizionate dalla paura del giudizio negativo da parte dell'altro. Nei casi più estremi questa paura sfocia in un vero e proprio disturbo da ansia sociale, che interferirà negativamente con la vita sociale e lavorativa.

Spesso, in questi casi, gli altri vengono visti come giudicanti, pronti a puntare il dito sulle nostre debolezze e sui nostri difetti. Questo modo di vedere la realtà, però, non ci aiuta, perché scarica la responsabilità all'esterno senza fare i conti con il proprio mondo interno. È importante passare da “gli altri mi giudicano” a “mi sento giudicato dagli altri”. Bisogna

infatti focalizzarsi sul fatto che si tratta di una nostra modalità di pensiero e di relazione, che può essere cambiata e gestita diversamente.

Essere troppo sensibili alle critiche significa prendere un appunto negativo fatto su di noi come una prova del nostro fallimento o della nostra incapacità. In altre parole, utilizziamo la critica esclusivamente come un indicatore di come siamo noi. In realtà, ogni critica è anche un indicatore di com'è fatto chi abbiamo di fronte. In ogni caso, il suo comportamento deve anche essere visto anche come un'informazione su di lui. Ciò arricchisce il significato che possiamo dare all'esperienza e aiuta a ridimensionare il potere della critica o dell'atteggiamento negativo, togliendo all'altro lo "scettro del potere" sulla nostra autostima.

5 Il processo di Nursing

Il processo assistenziale (*Nursing*) è un approccio sistematico alla pratica infermieristica che consente di identificare, prevenire e trattare i problemi di salute, potenziali o reali, di una persona, di gruppi di pazienti, famiglie o comunità. Il Nursing è uno strumento universale che conferisce all'infermieristica tutto il rigore scientifico che merita. Crea un lavoro realizzato in maniera logica migliorando la qualità delle cure che diventano individuali, continuative e più rigorose.

Quando un infermiere assiste un paziente applica il processo infermieristico per:

- avere una guida predefinita, ma flessibile;
- fornire un'assistenza appropriata ed efficace;
- aiutarlo ad assumere un ruolo più attivo nella decisione riguardo la propria salute.

I tre linguaggi standard riconosciuti dall'American Nursing Association (ANA) sono:

- 1) Le diagnosi elaborate dalla North American Nursing Diagnosis Association (NANDA);
- 2) Gli interventi della Nursing Interventions Classification (NIC);
- 3) I risultati della Nursing Outcomes Classification (NOC).

Per diagnosi infermieristica si intende un giudizio clinico sulle risposte date dall'individuo, dalla famiglia o dalla comunità, in risposta ai problemi di salute e ai processi vitali, reali o potenziali. Essa fornisce la base per scegliere gli interventi assistenziali infermieristici che porteranno al conseguimento degli obiettivi dei quali è responsabile l'infermiere.

La **Nursing Outcomes Classification** è la classificazione dei risultati che il paziente deve raggiungere per risolvere la sua problematica. Attraverso i NOC è possibile identificare i risultati attesi e quindi stabilire gli obiettivi che un paziente deve raggiungere a seguito di interventi infermieristici ben stabiliti. L'infermiere, dunque, è tenuto a lavorare per obiettivi

(NOC) i quali vengono raggiunti mettendo in atto interventi (NIC) personalizzati per paziente.

Il processo di Nursing si sviluppa in 5 fasi: di seguito le andiamo ad analizzare.

5.1 Fase 1 – Accertamento

L'accertamento del paziente considera i bisogni, le preferenze, le abilità, i sintomi e i segni delle sue condizioni, la sua storia sanitaria e sociale e ogni altra informazione utile. Esso consiste nella raccolta sistematica di una serie di dati per comprendere come risponde e reagisce, o risponderà, ai problemi di salute. Questi dati sono di fondamentale importanza per l'infermiere in quanto gli forniscono le informazioni necessarie per orientare l'agire infermieristico nelle fasi successive. Un'errata raccolta può portare ad una scorretta identificazione dei problemi e dei bisogni del paziente.

L'**accertamento** varia in base all'obiettivo, al tempo disponibile, alle condizioni del paziente. Pertanto si distingue in:

- accertamento iniziale o globale;
- accertamento mirato;
- accertamento d'urgenza o emergenza;
- accertamento di follow up o rivalutazione.

Esistono diversi modelli di accertamento, ma quello di maggior rilievo risulta essere quello della **Gordon**.

I **dati** possono essere soggettivi e/o oggettivi:

- Quelli soggettivi riguardano le percezioni del paziente e includono i pensieri, le convinzioni, i sentimenti, la comprensione di sé e della propria salute. Questi dati vengono raccolti durante l'intervista.

- Quelli *oggettivi*, sono osservazioni e rilevazioni effettuate dagli infermieri, familiari e altri operatori. Si possono rilevare, mediante l'utilizzo di strumenti, durante l'osservazione e l'esame obiettivo o attraverso i test di laboratorio. Sono, ad esempio, la pressione arteriosa, le dimensioni delle lesioni da pressione, il colorito cutaneo e così via.

I **metodi** per la raccolta dei dati sono:

- L'*osservazione*: consiste nella valutazione olistica del paziente attraverso l'applicazione di modelli di valutazione come quello "Testa-piedi" e quello dell'utilizzo dei 5 sensi;
- L'*intervista*: serve per identificare i bisogni assistenziali, per stabilire una relazione interpersonale positiva e per conoscere meglio la persona;
- L'*esame fisico*: ad esempio la valutazione dei parametri vitali, del colore e della condizione della cute, della nutrizione, il riposo, l'eliminazione, lo stato di coscienza, la funzionalità motoria e funzionale;
- L'*intuizione* e/o l'*esperienza*.

5.2 Fase 2 – Diagnosi infermieristica

La **diagnosi infermieristica** costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici che hanno l'obiettivo di aiutare l'infermiere a raggiungere i risultati attesi ed è un sistema di classificazione standardizzato introdotto nella pratica assistenziale.

La diagnosi esprime un giudizio professionale sulle condizioni del paziente, sulle sue risposte ai trattamenti ricevuti e sulle necessità di assistenza. Le diagnosi, dunque, permettono di descrivere il problema dell'assistito in maniera completa e dimostrano che l'infermiere non è un semplice esecutore delle prescrizioni mediche, ma un professionista capace di individuare in autonomia i problemi di salute della persona.

5.3 Fase 3 – Pianificazione degli interventi

L'accertamento termina con la formulazione di un piano d'assistenza infermieristica. Attraverso quest'ultimo, gli operatori si attivano per mettere in pratica tutte quelle attività che hanno come obiettivo la prevenzione, il monitoraggio e la rimozione e/o riduzione dei problemi stessi.

5.4 Fase 4 – Attuazione del piano assistenziale infermieristico

La quarta fase del processo di Nursing è l'attuazione. In questa fase, l'infermiere svolge o delega le attività necessarie al conseguimento degli obiettivi dell'assistito. L'infermiere mette in atto le azioni necessarie per far fronte alle diagnosi infermieristiche del paziente con lo scopo di risolvere i suoi problemi.

5.5 Fase 5 – Valutazione dei risultati ottenuti

L'ultima fase è la valutazione. Questa fase consente di determinare in che misura i risultati sono stati raggiunti (parzialmente, totalmente o per niente) e in base a questi si decide se concludere o revisionare il piano di cura.

La valutazione continua del piano d'assistenza permette una modifica costante degli obiettivi e, di conseguenza, degli interventi qualora questi si dimostrassero inefficaci.

In tutte le fasi del processo di Nursing, l'infermiere utilizza un pensiero clinico, cioè un approccio attivo e organizzato per esaminare il quadro complessivo ed esplorare varie

possibilità per identificare il problema; è autonomo nel prendere decisioni riguardo la salute del paziente, nello scegliere gli interventi più appropriati e nel valutare criticamente i risultati dell'assistenza sulla base delle conoscenze acquisite durante il percorso formativo, sulla base dell'esperienza e dall'intuito.

5.6 Le cinque risposte umane universali nel regime di ricovero

Tramite il presente paragrafo si sottopone ad esame quelle che solitamente sono le principali diagnosi infermieristiche comuni a tutti i pazienti derivate dall'impatto con l'ambiente ospedaliero. Tali disturbi sono legati principalmente alla sfera psicologica; li andiamo ad elencare.

– 1° Diagnosi Infermieristica: Benessere compromesso

Nel rapporto della Commissione Salute dell'Osservatorio Europeo su sistemi e politiche per la salute, è stata proposta la definizione di **benessere** come “lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di ben-essere, che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società”. Perciò, tutte le componenti dell'essere umano devono essere coinvolte per il raggiungimento di un reale stato di benessere.

Contrariamente a quanto è stato appena detto, tale termine è spesso utilizzato unicamente come sinonimo di agiatezza sociale; l'OMS ha ritenuto opportuno fare una precisazione stabilendo il concetto di salute che, pertanto, viene definito come “fonte essenziale di vita, che concorre alla realizzazione del benessere”. L'obiettivo dell'OMS, quindi, è il perseguimento di una promozione della salute capace di portare l'individuo a una condizione di vita complessivamente buona, sia da un punto di vista corporeo individuale sia dal punto di vista ambientale collettivo (Pizzi L., Ferretti N., 2010).

Un'attenzione particolare deve essere posta agli effetti che ha l'ambiente sul benessere dell'individuo ed è necessario, pertanto, arrivare a garantire strategie mirate così da indurre cambiamenti nel singolo e nella collettività. L'aver allargato il concetto di benessere

dell'individuo anche alla qualità delle relazioni che intrattiene con l'ambiente, è stato il punto di svolta che ha permesso di allontanarsi dalla precedente visione meccanicistico-positivistica della medicina classica.

In conclusione, la ricerca di uno stato di benessere sociale non può prescindere, per avere importanti ricadute applicative nel campo educativo, riabilitativo, sanitario ed organizzativo, dall'indirizzare l'analisi e la prassi verso la costruzione di "dispositivi terapeutici individualizzati" capaci di sfruttare prima di tutto le potenzialità del soggetto, senza dimenticare la complessa rete che lo lega alle sue culture, tanto di appartenenza quanto quelle attraversate o in parte acquisite (*Pizzi L., Ferretti N., 2010*). Poiché perseguire il benessere individuale significa prima di tutto perseguire il benessere sociale, non esiste singolo senza comunità, pertanto, per capire e rispettare profondamente il singolo, si deve essere in grado di cogliere quegli aspetti considerati fondamentali per la comunità.

La salute, intesa nei suoi aspetti fisici, mentali e sociali influenza il benessere. È infatti possibile rappresentare questo legame tramite una relazione a doppio senso in quanto sappiamo che la salute, sia fisica che mentale, influenza il benessere del quale è uno dei principali determinanti e che il benessere influenza in modo significativo la salute futura, tramite una serie di meccanismi piuttosto complessi, al pari di altri fattori.

La relazione tra salute e benessere può essere suddivisa in tre aree distinte (*Remotti F., 2002*):

- Influenza della salute fisica sul benessere soggettivo;
- Influenza della salute mentale sul benessere soggettivo;
- Influenza globale della salute come determinante del benessere.

L'influenza della salute fisica sul benessere è sicuramente significativa ma non tanto forte quanto ci si aspetterebbe e ciò è, probabilmente, dovuto al fatto che il benessere è qualcosa di soggettivo e personale, mentre la percezione di salute ha a che fare con la sfera oggettiva. Soggetti affetti da patologie croniche nel tempo possono compensare lo stato morboso recuperando in benessere, ma mai completamente. La correlazione tra salute mentale e

benessere è decisamente più forte di quella della salute fisica e ciò è legato al fatto che, in assenza di salute mentale, non sussiste nessun meccanismo di compensazione in grado di recuperare un buon livello di benessere che, quando verrà riportato dal soggetto patologico, sarà sicuramente basso (*Remotti F., 2002*).

Nella condizione di ricovero lo stato di benessere viene compromesso, pertanto, il paziente percepisce una mancanza di comfort, sollievo e trascendenza nella dimensione fisica, psicologica, spirituale, ambientale, culturale e/o sociale. Le caratteristiche che definiscono un soggetto che non si trova in uno stato di benessere possono essere soggettive o oggettive. Sono soggettive l'alterazione del modello di sonno, l'ansia, la paura, il disagio nella situazione, lo scontento nella situazione, la sensazione di malessere e sintomi di stress. Sono oggettive le condizioni di irrequietezza, irritabilità, pianto, sospiri e lamenti. Ulteriori condizioni che influiscono sulla compromissione del benessere sono l'insufficiente controllo dell'ambiente e della situazione, la privacy inadeguata, risorse economico-sociali insufficienti, stimoli ambientali nocivi e sintomi correlati alla malattia (*Pizzi L., Ferretti N., 2010*).

L'intervento infermieristico può migliorare la percezione di benessere agendo ad esempio sull'ambiente esterno che circonda l'assistito, dando sicurezza materiale e psicologica, rafforzando il senso di fiducia che il malato ha in sé stesso e nei confronti di chi lo assiste.

– 2° Diagnosi Infermieristica: Ansia

Solitamente, quando l'individuo si trova davanti ad una minaccia tende a mettere in atto un meccanismo definito “combatti o fuggi” (*Giovanni F., Rafanelli C., Savron G., 1998*).

Quando questo processo si attiva in situazioni non appropriate, insorge l'ansia.

Per ansia intendiamo l'emozione suscitata di fronte ad una situazione di pericolo. Sebbene i sintomi che il paziente percepisce non lo mettano in pericolo di vita, la loro persistenza, oltre ad alterare significativamente la qualità della vita, può determinare l'insorgenza di altri problemi come, ad esempio, l'aumento della pressione arteriosa o le alterazioni della risposta immunitaria.

Negli ultimi anni sono stati condotti numerosi studi su questo disturbo visto che è molto diffuso tra la popolazione e che la persona colpita vede notevolmente compromessa la

qualità della sua vita.

Esistono diversi tipi di ansia, quelli più diffusi sono: il disturbo d'ansia generalizzato, l'agorafobia con attacchi di panico e il disturbo ossessivo compulsivo.

Quando si parla di ansia non si intende solo uno stato patologico che necessita di trattamento, anzi, a volte può essere considerata un sentimento normale, se non addirittura utile, in quanto un lieve senso di apprensione, di irrequietezza e di insoddisfazione di sé stessi possono talvolta essere un incentivo capace di spingere a migliorare le proprie prestazioni. Quando questo sentimento raggiunge un'intensità e una durata eccessiva rispetto alla situazione che si prospetta davanti all'evento temuto e si caratterizza come una risposta inappropriata, un'incontrollabile preoccupazione tale da costituire un notevole impedimento per lo svolgimento delle normali attività e una notevole sofferenza, possiamo parlare di **Disturbo d'Ansia Generalizzato**. In questo caso, l'ansia deve essere considerata patologica e necessita di un trattamento adeguato. Molti individui affetti da questo tipo di disturbo riferiscono di essersi sentiti ansiosi e nervosi per tutta la loro vita e sono quindi incapaci di fornire una collocazione temporale dell'esordio del disturbo. Il viso del paziente appare teso, la fronte corrugata, la posizione del corpo indica tensione e agitazione; spesso il soggetto presenta tremore, suda e ha facilità al pianto.

L'**Agorafobia** è certamente il più grave ed incapacitante dei disturbi fobici. L'ansia e il panico sono suscitati da luoghi affollati, code, mezzi di trasporto pubblico, l'allontanarsi da casa o il rimanervi soli. Qualsiasi situazione che faccia subentrare nel paziente la sensazione di poter rimanere "intrappolato" provoca un'ansia acuta. Questo disturbo è caratterizzato da un'improvvisa comparsa di apprensione, paura o terrore, associate a svariati sintomi somatici: dispnea, palpitazioni, dolore o malessere toracico, sensazioni di irrealtà, parestesie, vampate di caldo e freddo, sudorazione, senso di "mancamento", tremore o scuotimento, paura di impazzire, morire o di compiere un gesto inconsulto durante l'attacco.

Nel **Disturbo Ossessivo Compulsivo** le ossessioni diventano idee, pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e/o persistenti che insorgono improvvisamente nella mente del soggetto; vengono percepiti come intrusivi, fastidiosi e privi di senso, provocano disagio,

ansia o malessere ed il paziente tenta in ogni modo di ignorarli riconoscendoli egli stesso come prodotto della propria mente. Le compulsioni rappresentano invece atti mentali (es. contare, pregare, ripetere parole o frasi, etc...) o comportamentali (es. controllare, pulire, ordinare, etc...) ripetitivi, finalizzati e intenzionali, messi in atto in risposta ad un'ossessione, seguendo regole precise e stereotipate, allo scopo di neutralizzare e/o prevenire un disagio o un malessere o un evento temuto. Sia le ossessioni che le compulsioni sono riconosciute come eccessive e irragionevoli, entrambe sono causa di disagio e sofferenza, determinano notevoli perdite di tempo nell'arco della giornata e interferiscono con le normali attività sociali e lavorative. Non vi sono limiti nell'espressione della sintomatologia ossessiva e compulsiva potendo questa assumere le forme più disparate; inoltre, nello stesso soggetto, possono coesistere simultaneamente vari tipi di ossessioni e di compulsioni.

Riepilogando, le sensazioni psicopatologiche dell'ansia sono (*Sassaroli S., Ruggiero G.M. , 2002*):

- il timore sproporzionato di danno e la tendenza a previsioni negative o pensieri catastrofici;
- paura dell'errore o perfezionismo patologico, definibile come l'attitudine a sottolineare gli errori e le imperfezioni commessi nei compiti eseguiti piuttosto che i risultati positivi, e temere che queste imperfezioni conducano inevitabilmente a conseguenze negative e catastrofiche;
- intolleranza dell'incertezza, definibile come la tendenza a pensare di non poter sopportare emozionalmente il fatto di non conoscere perfettamente tutti i possibili scenari ed eventi futuri;
- autovalutazione negativa, definibile come la predisposizione a prevedere scenari catastrofici derivanti direttamente da una valutazione negativa sia delle proprie capacità pratiche sia delle proprie capacità di autocontrollo emotivo e di recupero nelle situazioni di difficoltà e di stress;
- necessità di controllo, definibile come l'ostinato perseguimento e ricerca da parte del soggetto della illusione di certezza assoluta che egli possa impedire che si avverino

tutte le possibilità negative da egli stesso continuamente temute (ad esempio il peso, il cibo e/o il grasso nei disturbi alimentari).

Pertanto, in base alle informazioni in nostro possesso possiamo dedurre che ogni stato ansioso ha come credenza il finale catastrofico, cioè che le cose vadano tendenzialmente male e che è necessario un elevato grado di conoscenza e di controllo della realtà per evitare che le cose vadano male (*Giannone A., Ferri P., 2006*).

Il processo di Nursing deve mettere in atto tutti quegli interventi che hanno lo scopo di ridurre o almeno “limitare” l’ansia. Queste attività devono iniziare dall’accoglienza della persona all’interno della struttura che deve essere comprensiva e rassicurante; l’infermiere deve accettare il soggetto come persona sofferente, anche se la sua malattia è difficilmente oggettivabile, in modo tale da eliminare in lei la preoccupazione di non essere capita. Occorre evitare di far sentire i pazienti responsabili della loro patologia in quanto i sensi di colpa rinforzano l’aggressività e quindi l’ansia. Quando una persona avverte che il suo malessere si riflette sull’operatore, tanto da mandarlo in ansia, difficilmente troverà il modo di affidarsi alle sue cure e a trovarne sollievo; ciò compromette la relazione terapeutica e l’adesione al piano assistenziale. La disponibilità all’ascolto e al colloquio offre la possibilità al soggetto di comunicare e di condividere con un altro la propria sofferenza. Spesso è difficile tollerare la ripetitività esasperante con cui il paziente esterna le sue lamentele, tuttavia, permettendogli di sfogarsi, dopo un certo tempo sarà possibile deviare il discorso su altri temi, sarà utile allora lasciarlo parlare delle sue esperienze, dei suoi interessi ed, eventualmente, di qualche attività. Occorre autorevolezza nella gestione del rapporto con la persona ansiosa, ma sempre nel rispetto della sua sofferenza, che va compresa, ascoltata, assorbita e, anche quando è necessario, mostrare fermezza nel dare indicazioni, non bisogna mai arrivare ad assumere atteggiamenti autoritari, repressivi o censori.

– 3° *Diagnosi Infermieristica: Rischio di autostima situazionale scarsa*

L’autostima viene definita come: fiducia in sé stessi, rispetto di sé, sicurezza in sé stessi e

nelle proprie capacità (*Pasini W., 2001*). L'autostima nasce nell'infanzia, in funzione dell'atteggiamento dei genitori.

Secondo Christophe André¹⁴ e Francois Lelord¹⁵ i punti fondamentali per avere una buona autostima sono:

- l'amore di sé, che dipende dall'amore che abbiamo ricevuto nell'infanzia dalla famiglia;
- la visione di sé, che è la forza interiore che ci permette di raggiungere i nostri obiettivi nonostante le avversità;
- la fiducia in sé, che ha bisogno di azioni ed eventi per mantenersi o svilupparsi.

Riassumendo, l'autostima è un mosaico di fattori interni ed esterni che si combinano nella nostra personalità. Essa è fondamentale in quanto ci aiuta a rispondere adeguatamente alle sfide ed alle opportunità della vita. Dunque, un individuo dotato di una forte autostima non è un sognatore o un megalomane, ma una persona positiva e costruttiva che vive in una realtà equilibrata. Per avere stima e fiducia in sé stessi occorre conoscersi, ma non si tratta di un'operazione soltanto razionale. È chiaro che ogni persona ha la necessità di valutarsi, ma bisogna ricordare che la valutazione di noi stessi sarà sempre un po' distorta poiché ciascuno è il centro del proprio mondo e tutti siamo affetti, in misura maggiore o minore, da protagonismo.

La valutazione che diamo a noi stessi si forma spesso sulla base di "pensieri" assolutamente inconsapevoli. Uno di questi riguarda l'attribuzione dei nostri fallimenti, ovvero tendiamo a porre l'accento su condizionamenti transitori piuttosto che permanenti; ad esempio, se non passiamo l'esame ci verrà spontaneo dire che ciò è accaduto perché non abbiamo studiato abbastanza, non perché siamo ottusi (*Pasini W., 2001*).

Occorre tenere a mente che l'autostima dipende anche dalla discrepanza tra quello che pensiamo di essere e quello che ci piacerebbe essere o che vorremmo essere, in funzione di alcune regole morali e sociali che ci imponiamo; il divario può, altresì, esserci tra quello

¹⁴ Christophe André: psichiatra specializzato nella psicologia delle emozioni.

¹⁵ Francois Lelord: psichiatra e psicoterapeuta specializzato nella "ricerca della felicità".

che siamo e quello che gli altri vorrebbero che fossimo. Una scarsa autostima è ritenuta essere un importante fattore di vulnerabilità che può sfociare, in particolare, nei disturbi alimentari.

Uno degli strumenti a cui gli psicologi ricorrono di più per valutare l'autoconcetto che un soggetto ha di sé stesso è la **Scala di Rosenberg**. Questo metodo deve il nome al suo creatore, Morris Rosenberg¹⁶, che ne ha presentato la proposta iniziale nel libro "Society and the Adolescent's Self-image" ("La società e l'autostima dell'adolescente"). La scala misura l'autostima basandosi sulle risposte a 10 domande da sottoporre al paziente. Ad ogni risposta viene assegnato un determinato punteggio; in base al punteggio raggiunto si misura la percezione (positiva/negativa) che si ha di sé (*Albo J.M., Núñez J.L., Navarro J.G., Grijalvo F., 2007*).

La relazione terapeutica e la comunicazione sono gli interventi attraverso cui i sanitari riescono a migliorare l'autostima del loro assistito. Lo scambio di informazioni serve ad entrambe le parti coinvolte in quanto il soggetto in esame riceve da esso messaggi fondamentali per avere una chiara immagine di sé stesso e degli altri, imparando a essere "attore attivo" della propria vita; ciò migliorerà l'immagine che ha di sé stesso, così da poter mettere in atto comportamenti assertivi che gli permetteranno di raggiungere con efficacia i propri obiettivi. Dall'altra parte le informazioni servono all'operatore per poter conoscere i bisogni del proprio paziente e per cercare di attenuare le sue fragilità.

– *4° Diagnosi Infermieristica: Interazioni sociali compromesse*

Nonostante l'umanizzazione del Servizio Sanitario sia una necessità riconosciuta dalla comunità e gli addetti ai lavori trattino spesso questo tema, capita non di rado che il paziente, all'interno dell'ospedale, sia invisibile e/o bistrattato quando chiede maggiore considerazione. Non è di fatto una novità, ancora oggi, assistere a dialoghi freddi e apatici tra infermiere e ricoverato (*Garofalo C., 2007*).

¹⁶ **Morris Rosenberg**: professore e dottore in sociologia che ha dedicato diversi anni della sua vita allo studio dell'autostima e dell'autoconcetto.

Il problema riguarda principalmente la questione dell'identità in quanto l'assistito viene identificato e riconosciuto in funzione della sua malattia con la conseguenza che si tende a preoccuparsi non tanto della persona malata nel suo insieme ma della malattia. Ad oggi il modello utilizzato per comunicare con il paziente è quello **biomedico**, che vede il medico o/e l'infermiere esporre dei quesiti in cui prevalgono le domande chiuse (a risposta sì/no). Il contenuto della conversazione riguarda esclusivamente la dimensione patologica/biologica e sottovaluta il contesto dei sintomi, il loro impatto sociale e i reali bisogni del paziente. Invece, nel nuovo modello **patient centred** hanno pari importanza sia la patologia del malato in senso biologico, sia il suo vissuto di malattia; la stessa malattia, pur presentando caratteristiche uniformi che la rendono riconoscibile da malato a malato, è vista anche secondo ciò che distingue un paziente dall'altro, nel modo cioè in cui ciascun malato ne ha percezione, a seconda della propria storia personale. Tale modello, quindi, non rinnega quello tradizionale ma aggiunge alla necessità di individuare e trattare una malattia, l'esigenza di confrontarsi con il significato, puramente soggettivo, che la malattia acquisisce per il malato che ne soffre. Il modello patient centred, sottolinea, quindi, l'importanza di fornire al paziente un'assistenza globale, olistica e centrata sulla persona (Moja e Vegni, 2000).

Conseguentemente all'adozione del trattamento olistico del paziente, è stato introdotto il concetto di "**Agenda del paziente**". Con il termine "Agenda" si vuole indicare la necessità di instaurare una relazione, ovvero, portare il vissuto del paziente ai suoi curatori. L'Agenda è suddivisa in quattro categorie principali (Moja e Vegni, 2000):

- 1) I sentimenti del paziente, ovvero la risposta soggettiva alla malattia. Questi si mostrano come una sorta di biglietto da visita dell'Agenda del paziente, in quanto si presentano immediatamente senza doverli cercare (possono essere espliciti o impliciti). È molto importante tenere conto che nonostante i pazienti possono provare lo stesso stato d'animo, tuttavia la durata e l'intensità possono essere diverse. Perciò, è molto importante che gli operatori abbiano sempre in mente che ogni individuo è a sé e per questo è unico;
- 2) Le sue idee e interpretazioni riguardo a ciò che non va. I malati tendono ad avere

una modalità di interpretazione dei sintomi e delle ipotesi sulle malattie abbastanza diverse da quelle dei loro medici curanti. Le idee e le interpretazioni dei malati, pur non essendo generalmente scientifiche, sono dotate di una logica e di una coerenza interna che le rende assai efficaci nel determinare la modalità di risposta alla malattia stessa (Lombardi L., 2006);

- 3) Le aspettative e i desideri riguardo a ciò che dovrebbe essere fatto. Le aspettative riflettono la percezione rispetto alla probabilità che un determinato fatto si verifichi realmente; un desiderio, invece, riguarda ciò che ci si augura che accada, pur non ritenendolo realisticamente possibile;
- 4) Il contesto familiare, sociale e lavorativo. Il contesto contribuisce a determinare le interpretazioni del malato, a generarne i sentimenti e a plasmarne le aspettative.

In base alle risposte a queste quattro categorie sia l'infermiere sia il medico devono regolare e gestire la relazione terapeutica con l'assistito.

Il momento storico che stiamo vivendo vede un acutizzarsi particolare del tipo di diagnosi di cui si tratta in questo paragrafo. La pandemia scatenata dalla SARS-CoV-2 ha comportato grossi problemi di interazione sociale non solo nella relazione tra operatore sanitario e paziente, ma anche tra paziente e famiglia; l'interruzione dei rapporti sociali avviene in maniera particolare quando la persona è in stato di ricovero, se è in isolamento domiciliare e anche nel caso in cui è in attesa del risultato del tampone. I contagiati Covid sono in una condizione di completo isolamento; non possono ricevere visite dei familiari e gli operatori sanitari, per entrare in contatto con il proprio assistito, devono mettere in atto dei DPI adeguati. L'elevata schermatura dei DPI comporta il venir meno del rapporto umano. I ricoverati no-Covid subiscono, anche loro, le restrizioni dovute al virus in quanto gli sono consentite visite solo dei familiari più stretti ed, inoltre, per un tempo molto limitato.

È di facile deduzione che la fascia d'età che "paga" maggiormente il conto di questa pandemia è quella degli anziani. La solitudine a cui sono costretti li rende fragili, vulnerabili e nostalgici; la consapevolezza di essere esposti ad un grosso rischio li pone nel costante timore di non tornare più a casa dai propri cari e di morire da soli.

Anche in questa circostanza l'operatore sanitario può fare la differenza; può sostituirsi, per quanto possibile, al familiare portando parole di sostegno e conforto, può far arrivare la propria vicinanza con uno sguardo affettuoso, può materialmente aiutare il paziente ad entrare in contatto con i propri cari per mezzo dell'unico canale possibile, cioè le videochiamate.

Il vissuto dei familiari, che sono costretti a rimanere a casa, di sicuro non è meno stressante; non hanno consapevolezza del reale stato di salute del parente, non possono soddisfarne i bisogni e si devono accontentare di avere poche informazioni dai sanitari, e per pochi secondi ogni giorno, in base alla disponibilità ed alla cortesia di chi risponde all'altro capo del telefono.

– 5° *Diagnosi Infermieristica: Modello di sonno disturbato*

Si è parlato nei capitoli precedenti di come il ricovero ospedaliero influenzi, in maniera negativa, la qualità del sonno per motivi patologici, psichici e ambientali (*Matteini M., Nannelli T., Rasero L., 2015*). Questo disagio determina conseguenze importanti sulla salute psichica e fisica del paziente ma anche del suo caregiver.

La causa dell'alterazione del sonno può essere interna o esterna (*Derex L.P., 2019*). Si parla di **alterazione interna**, ad esempio, quando ci riferiamo a determinate malattie croniche, come l'Alzheimer, le quali possono indurre l'alterazione del ritmo sonno-veglia che normalmente viene regolato dal sistema nervoso centrale; oppure, se l'alterazione è derivata dall'azione di alcuni farmaci, come ad esempio gli ACE inibitori che possono indurre variazioni nei ritmi circadiani.

Quando parliamo di **alterazione esterna** facciamo, invece, riferimento alla componente ambientale, ovvero: l'inserimento in un nuovo ambiente, un nuovo letto, limitazioni della privacy, il diverso materasso, la luce, la temperatura, il compagno di stanza che russa e le voci degli infermieri lungo il corridoio. A questi può associarsi la componente emotiva quale la paura, l'ansia, l'irritazione, l'agitazione, il dolore, etc... La somma di tutte queste componenti comporta un ritardo nella guarigione del soggetto e quindi il prolungamento della degenza in ospedale e di conseguenza l'aumento del costo sanitario da parte del Sistema Sanitario Nazionale.

Anche in questo caso, l'intervento infermieristico rappresenta un vero e proprio punto di forza in quanto riesce a mettere in atto delle azioni che hanno lo scopo di alleviare il disagio degli assistiti. Nel caso del disturbo del sonno, il personale sanitario si può adoperare attraverso procedure infermieristiche quali mobilizzazione, somministrazione di farmaci antidolorifici ma soprattutto attraverso la relazione terapeutica per mezzo della quale non solo i pazienti possono esplicitare le proprie preoccupazioni e trovarne conforto, ma riescono a riconoscere un legame umano che ha come principale obiettivo la tutela e la promozione della salute della persona stessa.

Conclusioni

Tutti i concetti espressi fino ad ora testimoniano inequivocabilmente l'aumento d'interesse da parte del SSN riguardo l'impatto che l'ambiente fisico/organizzativo e le interazioni emotive hanno nei confronti del processo di guarigione per i pazienti e riguardo a quanto i medesimi parametri influiscano anche sullo stato di agio degli operatori sanitari.

Nonostante le evidenze che si sono riscontrate, e di cui abbiamo analiticamente parlato, non sempre se ne tiene conto in quanto la teoria olistica si basa su concetti a percezione soggettiva e quindi difficilmente misurabile. La letteratura, infatti, presenta una varietà di quadri principalmente teorici e gli ambiti su cui si possono fare stime calcolabili al momento non sono molte (possiamo citare i parametri relativi al comfort acustico e pochi altri).

Nei prossimi anni gli accademici si dovranno impegnare a condurre ulteriori ricerche scientifiche che potranno dimostrare in maniera più sistematica anche le altre argomentazioni trattate. Si dovrà prestare attenzione ai protocolli applicati riguardanti le procedure, le modalità di conduzione dello studio stesso e di come vengono analizzati i dati. Sarà necessaria, oltre che soltanto la mera descrizione dei dati, anche un'analisi che possa esplorare la profondità delle percezioni, dei significati e dell'impatto di questi argomenti sull'animo umano. È noto che la diversità nelle metodologie e nelle viste prospettive utilizzate in questi studi rendono difficile la sintesi di tutti i dati; questo fatto di sicuro rappresenta il primo scoglio. Successivamente si dovranno rendere oggettivi dati non tangibili e facilitare la comprensione dei risultati delle ricerche riportati dalle riviste accademiche. L'applicazione dei risultati delle ricerche può essere eseguita sulla base di un chiaro quadro teorico che aiuterà a mettere in relazione le implicazioni di alcuni studi ed a formulare la corretta costruzione ed organizzazione dei nuovi contesti sanitari.

Tuttavia, il problema ultimo che dovrà essere affrontato è quello di ottenere il consenso da parte delle Istituzioni ad applicare il quadro teorico, questione di certo non di semplice risoluzione data l'attuale letteratura sugli ambienti di guarigione. Questa è la vera difficoltà che ci si prospetta, è la sfida per il futuro.

Bibliografia

Alexandre NM., de Moraes MA., Correa Filho H.R, Jorge SA.: Evaluation of a program to reduce back pain in nursing personnel. Rev Saude Publica, 2001;35(4):356e61.

Birdsong C., Leibrock C.: Patient-centered design. Health Forum J, 1990;33(3):40e5.

Blomkvist V., Eriksen CA., Theorell T., Ulrich RS., Rasmanis G.: Acoustics and psychosocial environment in coronary intensive care. Occup Environ Med, 2005.

Bonaldi A.: Come cambia l'ospedale : organizzazione ed Evidence Based Design, Salute e Società, Franco Angeli, 2007.

Boyce JM., Potter-Bynoe G., Chenevert C., King T.: Environmental contamination due to methicillin-resistant Staphylococcus aureus: possible infection control implications. Infect Control Hosp Epidemiol, 1997;18(9):622e7.

Brandis S.: A collaborative occupational therapy and nursing approach to falls prevention in hospital inpatients. J Qual Clin Pract, 1999;19(4):215e21.

Buchanan TL., Barker KN., Gibson JT., Jiang BC., Pearson RE.: Illumination and errors in dispensing. Am J Hosp Pharm, 1991;48(10):2137e45.

Busch IM., Moretti F., Travaini G., Wu AW.: Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review, Pubmed, 2019.

Caboor DE., Verlinden MO., Zinzen E., Van Roy P., Van Riel MP., Clarys JP.: Implication of an adjustable bed height during standard nursing tasks on spinal motion, perceived exertation and muscular. Ergonomics, 2000;43(10): 1771e80.

Capolongo S.: *Edilizia ospedaliera, approcci metodologici e progettuali.*, Hoepli, 2006.

Cheek FE., Maxwell R., Weisman R.: *Carpeting the ward: an exploratory study in environmental psychology.* *Ment Hyg*, 1971;55(1):109e18.

Cavagnaro P., Cinotti N., Sambuceti P.: *Dalla centralità dell'ospedale alla centralità della persona. La cura in situazioni di terminalità e la formazione degli operatori.* Franco Angeli, 2005.

Codinhoto R., Tzortzopoulos P., Kagioglou M., Aouad G.: *The impacts of the built environment on health outcomes.* *Facilities* 2009;27(3e4):138e51.

Colletta P., De Biase D.: *Il progetto del colore per il benessere nei luoghi di salute.* Architetti Roma Edizioni, 2017.

Daraiseh N., Genaidy AM., Karwowski W., Davis LS., Stambough J., Huston RL.: *Musculoskeletal outcomes in multiple body regions and work effects among nurses: the effects of stressful and stimulating working conditions.* *Ergonomics*, 2003;46(12):1178e99.

Daykin N., Byrne E., Soteriou T., O'Connor S. *The impact of art, design and environment in mental healthcare: a systematic review of the literature.* *Pubmed*, 2008; 128 (2): 85-94.

Decreto Ministeriale del 20 Luglio 1939.

Eastman CI., Young MA., Fogg LF., Liu L., Meaden PM.: *Bright light treatment of winter depression.* *Arch Gen Psychiatry*, 1998;55(10):883e9.

Fava G., Rafanelli C., Savron G.: *L'ansia.* *Caleidoscopio italiano*, 1998.

Firestone IJ., Lichtman CM., Evans JR.: *Privacy and solidarity: effects of nursing home*

accommodation on environmental perception and sociability preferences. Int J Aging
Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987.

Guidano V.F.: *The Self in Process*. Guilford, New York, 1991.

Guidano V.F.: *Le Dimensioni del Sé. Una lezione sugli Ultimi Sviluppi del Modello Post-Razionalista*. Alpes, Roma, 2010.

Garofalo C.: *La relazione infermiere-paziente. Dal modello disease centred al modello patient centred.*, www.mis.edisef.it, 2016. Pg. 26 a 90.

Gast PL., Baker CF.: *The CCU patient: anxiety and annoyance to noise. Crit Care Nurs Q*, 1989;12(3):39e54.

Germini F., Vellone E., Venturini G., Alvaro R.: *Gli outcomes del nursing: strumenti per rendere visibile l'efficacia dell'assistenza infermieristica*, ulssfeltre.dd.agoramed.it, 2010.

Giannone A., Ferri P.: *L'assistenza infermieristica al paziente con ansia e attacchi di panico. La parola a noi*, 2006. Pg. da 32 a 37.

Huisman E.R.C.M., Morales E., Van Hoof J., Kort H.S.M.: *Healing environment: A review of the impact of physical environmental*. ELSEVIER, 2012.

Hutton A.: *The private adolescent: privacy needs of adolescent in hospitals. J Pediatr Nurs*, 2002;17(1):67e72.

Iemmi M.: *Il modello per intensità di cura e complessità assistenziale: il punto di vista della DPS. Azienda ospedaliera di Reggio Emilia*, 2012.

Ingrosso M.: *Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attesa di qualità della vita nell'era*

planetaria. Franco Angeli, 2003.

Jonas W.B., Chez R.A.: Toward optimal healing environments in health care. J Altern Complement Med, 2004;10(Suppl. 1):S1e6.

Keep P., James J., Inman M.: Windows in the intensive therapy unit. Anaesthesia, 1980;35(3):257e62.

Lanzani S., Tartaglia A.: INNOVAZIONE NEL PROGETTO OSPEDALIERO Politiche, strumenti, tecnologie. Libreria CLUP, Milano, 2005.

Lega F., Mauri M., Prenestini A.: L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano. Egea, 2010.

Lega F.: Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale. iris.unibocconi.it, 2012.

Lewin S. et al: Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD003267. Review.

Lewy AJ., Bauer VK., Cutler NL., Sack RL., Ahmed S., Thomas KH., et al.: Morning vs. evening light treatment of patients with winter depression. Arch Gen Psychiatry, 1998;55(10):890e6.

Li Calzi E.: Per una storia dell'architettura ospedaliera. Politecnica, 2008.

Lombardi L.: Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute. Milano: Franco Angeli, 2006.

Lopez F.: Il Pensiero olistico di Ippocrate: Riduzionismo, anti riduzionismo, scienza della

complessità nel trattato sull'Antica medicina. Pubblisfera, 2008.

Martín-Albo J., Núñez Juan L., Navarro José G., Grijalvo F.: The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. Pubmed, 2007.

Matteini M., Nannelli T., Rasero L.: La qualità e i fattori che influenzano il sonno nei pazienti ricoverati. Rivista L'infemriere n°1, 2015.

Meoli F.: Innovazione organizzativa e tipologica per l'ospedale, Nuove proposte distributive. Gangemi editore, 2015.

Miller AC., Hickman LC., Lemasters GK.: A distraction technique for control of burn pain. J Burn Care Rehabil, 1992;13(5):576e80.

Moja E., Vegni E.: La visita medica centrata sul paziente. Milano: Raffaello Cortina, 2000.

Moja E., Vegni E.: La visita medica centrata sul paziente. Raffaello Cortina Editore, 2004.

Moeser SD.: Cognitive mapping in a complex building. Environ Behav, 1988; 20(1):21e49.

Nightingale F.: Notes on nursing: what it is, and what it is not. London, UK: Harrison; 1859.

O'Callaghan N., Dee A., Philip R.K.: Evidence-based design for neonatal units: a systematic review. Salute materna, neonatale e perinatale, 2019.

Nardi B.: CostruirSi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella normalità e nella Patologia. Franco Angeli, Milano, 2007.

Nardi B.: La coscienza di sé. Origine del significato Personale. Franco Angeli, Milano,

2013.

Nardi B.: Organizzazioni di personalità: Normalità e patologia psichica. Istituto ITARD, 2020.

Pasini W.: L'autostima: volersi bene per voler bene agli altri. Mondadori, 2001.

Pasquinucci M.: Terme romane e vita quotidiana, Panini, 1993.

Peter-Derex L.: Patologie del sonno. ELSEVIER, 2019.

Pettinger A., Nettleman MD.: Epidemiology of isolation precautions. Infect Control Hosp Epidemiol, 1991;12(5):303e7.

Petzall K., Petall J.: Transportation with hospital beds. Appl Ergon, 2003;34(4): 383e92.

Piano socio-sanitario regionale. Regione Marche, 2012-2014.

Pizzi L., Ferretti N.: Salute, sanità e benessere. Verso una integrazione tra psicologia, antropologia e biologia. www.gosalute.it, 2010.

Provasi M.: Pagine di benessere: il benessere tra individuo e società. ASL Brescia, Regione Lombardia, 2015.

Reda M.A.: Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia. La nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

Regazzo C.: L'implementazione del modello di intensità di cura nel contesto sanitario nazionale: stato dell'arte e prospettive future. 57° Congresso Nazionale SIGG - 13° Corso per infermieri, 2012.

Remotti F.: Forme di umanità. Bruno Mondadori, 2002.

Riva M.A., Mazzoleni D.: Storia della “Ca’ Granda” di Milano. Università degli Studi di Milano Bicocca, 2012.

Rossi F., Stocchetti A.; L’architettura dell’ospedale. Alinea editrice, Firenze, 1992.

Sackett D., Strauss S., Richardson W., Rosenberg W., Haynes R.: Evidence-based medicine; how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

Sassaroli S., Ruggiero G.M.: I costrutti dell’ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negativa e intolleranza dell’incertezza. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 2002.

Sournia J.C.: Storia della medicina. Dedalo, 2002.

Stall N.: Private rooms: Evidence-based design in hospitals. CMAJ , 2012.

Stevenson, F.A., Cox, K., Britten, N., Dundar, Y.: A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. Health Expectations, 2004.

Trapani M.: Nuovo modello ospedale Renzo Piano, Facoltà di Medicina e Chirurgia, 2016.

Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. Science, 1984;224(4647):420e1.

Ulrich R.: Effects of interior design on wellness. Theory and recent scientific research. J

Health Care Inter Des, 1991.

Ulrich RS., Simons RF., Losito BD., Fiorito E., Miles MA., Zelson M.: Stress recovery during exposure to natural and urban environments. J Environ Psychol, 1991;11(2):201e30.

Ulrich RS.: How design impacts wellness. Health Forum J, 1992;35(5):20e5.

Ulrich RS., Giplin L.: Healing arts: nutrition for the soul. In: Frampton SB, Giplin L, Charmel P, editors. Putting patients first: designing and practicing patient centered care 2003. San Francisco: Jossey-Bass, 2003. p. 117e46.

Ulrich RS., Quan X., Zimring C., Joseph A., Choudhary R.: The role of the physical environment in the hospital of 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity. Concord: CA: Center for Health Design, 2004.

Tanja-Dijkstra K., Pieterse ME.: The psychological effects of the physical healthcare environment on healthcare personnel. Cochrane Database Syst Rev, 2011.

Verderber S.: Dimensions of person window transactions in hospital environments. Environ Behav, 1986;18(4):450e66.

Wilkinson J.M.: Diagnosi infermieristiche con Nic e Noc. Casa editrice ambrosiana, 2017.

Zapf, D., Holz, M.: On the positive and negative effects of emotion work in organizations. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2006.

Sitografia

www.archeo.salute.gov.it – *Evoluzione del sistema DRG nazionale, forme alternative alla degenza: definizione (day hospital, day surgery, day service) e relativi flussi informativi. Ministero della Salute, 2007.*

www.asmn.re.it

www.assobiomedica.it

www.journals.edizioniseed.it – *Eandi M.: Razionalizzare la spesa ospedaliera: Day-Hospital, ADI, Hospice, 2005.*

www.lastampa.it – *Banfi D.: Ospedali del futuro: nuove costruzioni per avere cure migliori e risparmiare. Il secolo XIX, salute e benessere, 2017.*

www.moodle2.units.it – *Cavalli F.: Breve storia della medicina, antichità e Medioevo. Siena, 2013.*

www.repubblica.it – *Zunnino A.: Tutti a lezione da Renzo Piano, Così si crea l'ospedale perfetto, 2017.*

www.saluteinternazionale.info – *Geddes M., Gli ospedali d'Italia, ieri, oggi e domani, 2011.*

www.sigg.it

www.airc.it

www.ohga.it

www.codicicolori.it

www.salute.gov.it

www.quotidianosanità.it

www.sanita24.ilsole24ore.com

www.hls-dhs-dss.it – *L'abbazia di San Gallo, Dizionario storico della Svizzera DSS, 2017.*

www.policlinico.mi.it

Ringraziamenti

Ringrazio il mio relatore, Bernardo Nardi, per la grande disponibilità dimostrata fin da subito.

In modo particolare ringrazio il mio correlatore Serafin non solo per avermi aiutato e supportato nella realizzazione della tesi, ma per avermi insegnato come la passione e l'impegno nel risolvere i problemi di salute dei propri pazienti diano soddisfazioni impagabili.

Ringrazio le mie due famiglie e Stefano per avermi incoraggiato e sostenuto, in ogni momento, durante questo cammino.

Ringrazio i miei nonni, a cui dedico la mia tesi ed ogni mio successo, per avermi insegnato l'arte del prendersi cura degli altri.

Ringrazio i miei amici di corso ed in modo particolare Marina, Antonio, Zelda, Milena, Claudia, Alessia e Desirè per aver condiviso con me questi tre meravigliosi anni accompagnati da risate, notti insonni, paure, pianti per gli esami e per aver sopportato me e la mia ansia.

Ringrazio tutte le straordinarie persone che mi hanno formato in questo percorso, specialmente Michela, Gina, Carla, Daniela e Cinzia. Così come ringrazio i "miei pazienti" e le loro famiglie per avermi permesso di imparare e per l'affetto dimostratomi ancora oggi.