

Paolo Andrea Buzzelli

Urbanistica ed architettura sanitaria

Phasar Edizioni

Paolo Andrea Buzzelli
Urbanistica ed architettura sanitaria

Proprietà letteraria riservata.
© 2002 Paolo Andrea Buzzelli

© 2003 Phasar Edizioni, Firenze.
Via L. Il Magnifico, 72 - 50129 Firenze
www.phasar.net

I diritti di riproduzione e traduzione sono riservati.
Nessuna parte di questo libro può essere usata, riprodotta o diffusa con un
mezzo qualsiasi senza autorizzazione scritta dell'autore.

Copertina: Phasar, Firenze.
Stampa: Global Print, Gorgonzola (Mi)

ISBN 88-87911-49-5

PAOLO ANDREA BUZZELLI

**URBANISTICA
ED ARCHITETTURA
SANTARIA**

*Ad Anastasia,
Pierlorenzo, Lucialba e Ugo*

SOMMARIO

Premessa	7
Introduzione	9
1 L'ospedale e la città (Università di Ginevra 28/03/1998)	13
2 La città sana (Università di L'Aquila 18/02/1998)	19
3 Richiami di urbanistica e pianificazione territoriale (Università di L'Aquila 21/01/1998)	41
4 Incompletezza e degrado del patrimonio edilizio pubblico in Italia (Università di L'Aquila 22/01/2002)	53
5 Umanizzare gli spazi per la salute (Università di Ginevra 14/05/1999)	59
6 Cenni di comunicazione grafica e convenzioni nel progetto edilizio (Università di L'Aquila 16/11/1994)	65
7 Igiene e microclima nelle sale operatorie (Università di L'Aquila 17/06/1998)	73
8 Standard di sicurezza ed igiene ambientale nei reparti operatori. Linee guida (Università di L'Aquila 17/06/1998)	81
9 L'intervento ergonomico (Università di L'Aquila 19/03/2002)	139
10 Analisi degli edifici ospedalieri (I.N.R.C.A. Ancona 20/07 e 02/08/95)	145
11 Le esigenze abitative del malato di Alzheimer (Università di Ginevra 05/12/1999)	153
Appendice normativa	159
Riferimenti bibliografici	191

PREMESSA

Questo libro raccoglie la sintesi di alcuni argomenti che ho trattato durante i corsi di *Urbanistica ed Architettura Sanitaria* negli anni tra il 1992 ed il 2002 alla Scuola di Specializzazione in Statistica Sanitaria presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi dell'Aquila e alcuni interventi didattici e conferenze tenuti presso l'Istituto di Architettura dell'Università di Ginevra e l'I.N.R.C.A (Istituto Nazionale Ricerca e Cura Anziani) di Ancona.

I temi affrontati nei diversi anni hanno riguardato in particolare:

convenzioni grafiche in edilizia; antropometria ed ergonomia per l'architettura; controllo geometrico-dimensionale dello spazio; strumenti urbanistici generali e di programmazione; accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche; analisi storica dell'architettura ospedaliera; tipologie d'uso e tipologie in evoluzione; umanizzazione degli spazi per la sanità; controlli di qualità e di sicurezza; architettura degli interni, attrezzature ed arredi; impianti tecnologici; dinamica della popolazione anziana e residenze collettive; organizzazione funzionale degli spazi; soluzione d'organismo edilizio; sistema degli arredi; sistema degli ausili e delle attrezzature; leggi e norme di riferimento.

Da ognuno di questi argomenti sono emerse una serie di riflessioni sui problemi strutturali dell'organizzazione sanitaria e della revisione nei processi ospedalieri. Le esigenze in continua evoluzione di utenti ed operatori hanno, inoltre, fornito indicazioni per ulteriori approfondimenti nella definizione di una nuova architettura sanitaria in termini edilizi, tecnologici, di localizzazione e connessione con le infrastrutture urbane.

La proposta didattica rivolta a studenti già laureati, provenienti da formazioni culturali diverse, prevalentemente dell'area medica, rispettosa delle specifiche esigenze e professionalità, ha cercato ogni volta di fornire elementi essenziali, chiavi di lettura e strumenti operativi utili ad una valutazione critica delle caratteristiche qualitative e delle trasformazioni in atto nell'ambito dell'urbanistica e dell'architettura sanitaria, delineando, fra l'altro, ipotesi plausibili per un "ospedale del futuro".

Gli argomenti riportati sono stati selezionati in base alla significatività delle tematiche trattate e rappresentano anche una sintesi descrittiva delle immagini, dei progetti e dei materiali visionati durante le lezioni.

Ho scelto la strada di una lettura auspicabilmente scorrevole riducendo al minimo l'apparato delle note, preferendo fornire una bibliografia essenziale, certamente non esauriente, ma coerente con l'impostazione complessiva del libro.

INTRODUZIONE

L'accesso generalizzato alle cure medico-assistenziali è una caratteristica delle società occidentali.

Nel XX secolo il fenomeno di “massificazione” dell'istituzione sanitaria si è tradotto in una rapida proliferazione del patrimonio edilizio destinato alla salute.

Non sarà di troppo tornare, in questa occasione, ad esplorare le possibilità e le modalità d'organizzazione delle relazioni abitativo-assistenziali dell'uomo in rapporto alle risorse ed ai fattori tecnici, tecnologici e socio-culturali di situazione.

L'evoluzione dei modelli comportamentali dell'uomo, la molteplicità dei fattori che li determinano, lo sviluppo scientifico e tecnologico, le nuove conoscenze relative ai metodi di cura, le scoperte della bioingegneria, la domanda crescente di confort e individualizzazione da parte dell'utenza e degli operatori, ha indotto a livelli e meccanismi sempre crescenti di trasformazione e gestione dell'ambiente costruito.

Di fronte a questo scenario in movimento alcune delle professioni tradizionalmente impegnate nel settore sanitario (medici, programmatori, architetti, ingegneri, sociologi, psicologi...) non dispongono di tutte le chiavi per comprendere ed operare con cognizione di causa.

L'interazione fra i protagonisti di questo sistema complesso genera un continuo adattamento delle esigenze in funzione degli spazi e viceversa. Tuttavia ciò ha un costo ed è noto come la salute pesi sul bilancio di uno Stato.

La cogestione di fattori così eterogenei come la strumentazione clinica, la programmazione ospedaliera, la logistica medica, l'efficienza del servizio ed il confort dei luoghi necessita di un'analisi approfondita dei rapporti tra costi e benefici. Negli ultimi 30 anni la spesa sanitaria media dei paesi occidentali più avanzati è passata dall'1-2% ad oltre il 10% del PIL, con casi di portata ben superiore come ad esempio gli USA, dove la sanità assorbe oltre il 14% del PIL. Negli anni '80 in Italia, questa percentuale si attestava intorno al 5,2-5,7%, ma di recente ha varcato la soglia dell'8%. Tra i fattori di spesa di maggiore rilievo si colloca l'assistenza ospedaliera le cui prestazioni, per complessità organizzativa, livello specialistico, impegno di personale e tecnologie biomediche presentano il più elevato costo intrinseco. Tutto ciò ha innescato

una serie di profonde forme di revisione dei processi assistenziali già da tempo definite sia sotto il profilo clinico che assistenziale, ma accantonate per varie ragioni da parte delle amministrazioni.

Le possibilità di intervento sembrano prefigurare una dimensione strutturale racchiusa nel così detto “*pentagono dell’assistenza*”¹:

La degenza comporterà un numero complessivo inferiore di posti letto, in un contesto spaziale tuttavia più ampio e confortevole; le degenze saranno più intensive, dedicate cioè tendenzialmente a pazienti più severi ma destinati ad una permanenza più breve in ospedale; quindi i posti letto saranno più sofisticati sotto il profilo tecnologico e assai più costosi da realizzare e da gestire. Sul piano architettonico, sarà auspicabile, per le strutture di nuova realizzazione che si adotti con maggiore frequenza il *corpo multiplo di fabbrica*, che con opportuni accorgimenti facilita l’accorpamento strutturale di più unità operative nelle forme dell’*area omogenea* o del *dipartimento*.

Si realizzerà una diversa concezione *dell’ambulatorio specialistico*, posto anche a supporto delle funzioni di degenza attraverso i meccanismi della pre-ospedalizzazione e della dimissione protetta; si svilupperanno, laddove le modalità di erogazione lo consentiranno, forme organizzative alternative alla prenotazione e ai C.U.P. senza liste di attesa, come gli *ambulatori open* (chi vi accede nelle ore di attività, viene visitato). L’informatizzazione renderà superabili una serie di accessi fisici dei pazienti (per le prenotazioni, per il ritiro dei referti ecc...).

Sarà fortemente spinta anche la realizzazione di spazi per l’*ospedalizzazione diurna* (day hospital), al fine di erogare pacchetti complessi di prestazioni in un unico momento e al suo interno anche per l’erogazione di quelle prestazioni di natura chirurgica che per le caratteristiche dell’intervento o delle tecnologie assistenziali disponibili, risultino appropriatamente eseguibili in tale regime.

Si assisterà ad uno sviluppo di forme di proiezione dell’assistenza ospedaliera al domicilio dell’assistito (*ospedalizzazione domiciliare*), proponibili in molti settori specialistici con significativi benefici in termini di umanizzazione dell’assistenza e, al contempo, di costo complessivo dell’intervento.

L’integrazione del momento acuto del trattamento con altri e successivi momenti clinici sarà infine possibile in molteplici forme emergenti di *assisten-*

¹ A. Cambieri, *Ospedale in transizione: dalla carità al mercato*, art. in “*L’Arco di Giano*” n. 26, inverno 2000.

za residenziale per fini riabilitativi, di convalescenza, di palliazione o comunque di prosecuzione del trattamento in forma prolungata ed in un contesto di erogazione più appropriato di quello ospedaliero. Tra queste si colloca anche la proposta di realizzare una continuità tra l'ospedale per acuti e strutture parasanitarie demedicalizzate adiacenti all'ospedale stesso e destinate al proseguimento del ricovero nella post-acuzie. In questa raccolta di appunti e materiali, ad uso didattico, si è voluto offrire ai diversi soggetti coinvolti nel settore sanitario un approccio più consapevole alle problematiche di un settore in continua evoluzione ed a partire dall'esistente, riflettere su alcuni temi utili a meglio comprendere “i luoghi della salute” e “la salute dei luoghi”.