

PARTE I

INNOVATIVITÀ



Introduzione¹

La ricerca SPACES ha avviato uno studio interdisciplinare nel campo del diritto alla salute all'interno del quale sono state indagate le relazioni esistenti tra la protezione dei diritti, la progettazione e l'uso degli spazi di cura. SPACES ha studiato l'aspetto tangibile del diritto alla salute, mettendo in evidenza il nesso che c'è tra i diritti degli utenti del servizio sanitario e la configurazione dello spazio ospedaliero. Nella prospettiva indicata dalla ricerca, l'approfondimento del nesso tra il diritto alla salute e gli spazi della cura rappresenta un modo privilegiato per studiare la complessità e la multiformità che ha oggi acquisito il diritto alla salute.

Questa parte del report evidenzia l'innovatività della ricerca SPACES nel panorama degli studi sul diritto alla salute. Metteremo in luce le principali innovazioni che il nostro lavoro ha prodotto sia in termini scientifici (per quello che riguarda l'oggetto, le domande di ricerca, i metodi) sia in termini pratici (relativamente all'impatto pratico che la ricerca potrà avere per il sistema sanitario regionale). Il capitolo si chiude con un paragrafo dedicato all'esposizione dei "limiti" della ricerca sia sul piano dell'oggetto che dei metodi.

¹ La presente parte è a cura di Erik Longo e Nicoletta Setola. Nello specifico sono da attribuire a Nicoletta Setola il capitolo 1, il capitolo 2 (e paragrafi 2.1 e 2.2), i paragrafi 3.2 3.3; mentre i restanti capitoli e paragrafi sono stati redatti da Erik Longo.

1. Oggetto

Il moderno concetto di salute implica una considerazione tutta nuova degli spazi di cura. Tra questi l'ospedale è certamente il più complesso ma anche il più decisivo non solo per le cure che vengono offerte ma anche per la possibilità di rendere questo spazio il nodo centrale di una rete.

La ricerca SPACES ha studiato i luoghi pubblici degli ospedali ponendo attenzione al rapporto che sussiste tra i diritti dei pazienti e la configurazione, l'organizzazione e l'uso di questi spazi.

1.1. Spazi pubblici

Lo studio degli spazi pubblici ha un'importanza decisiva per l'analisi del ruolo dell'ospedale nella città e nel territorio, dell'ospedale come servizio per la comunità e per lo sviluppo del tema dell'umanizzazione. Negli spazi pubblici, infatti, avvengono azioni e interazioni che sono essenziali per la protezione del diritto alla salute benché antecedenti o successive alla "prestazione" medica propriamente definita.

Già il cosiddetto "decalogo Piano-Veronesi"¹ del 2001 nel dettare le principali tendenze della progettazione ospedaliera indicava tra i principi guida dell'ospedale del futuro le voci "urbanità" e "socialità". La prima per indicare quanto fosse importante che gli ospedali si integrassero con la città e il territorio, senza assumere più l'aspetto di recinto chiuso e addirittura potendo svolgere il ruolo di catalizzatore di periferie. La seconda per mostrare l'importanza del collegamento tra l'ospedale e la comunità di riferimento, e quindi dell'ospedale come forma della solidarietà locale, in cui si trovano spazi capaci di ospitare attività culturali e il lavoro delle formazioni sociali (come ad esempio le associazioni di volontariato).

L'ospedale di oggi tende dunque ad aprirsi e ad inglobare nuovi e diversi tipi di spazi pubblici; con questo termine infatti prima erano identificati soprattutto i connettivi di ingresso dell'ospedale, cioè la zona di distribuzione antistante le funzioni sanitarie. Oggi il concetto di spazio pubblico ospedaliero ha acquistato un'accezione molto più ampia e connessa, oltre che alle ragioni sopra esposte, anche al processo di "complessificazione" che ha portato l'ospedale ad aprirsi a nuovi bisogni e a divenire l'elemento a partire dal quale ripensare il sistema sanitario a rete.

L'ospedale, dunque, non è più solo luogo di 'prestazioni' ma anche di socialità e di incontro: un nuovo organismo nel quale in particolare gli spazi 'pubblici' sono luoghi ibridi capaci di ospitare anche attività commerciali o museali, e che costituiscono non più semplici entrate, ma spazi in grado di accogliere grandi hall, vere e proprie strade, parchi, loggiati capienti, piazze coperte, ecc.

Ciò che è importante sottolineare è che non cambia solo l'aspetto dell'ospedale. Anche la funzione ospedaliera di questi nuovi spazi muta. Essi assumono la caratteristica di "spazi di interfaccia", capaci di accogliere attività che vanno dalla informazione e comunicazione della reception all'organizzazione dell'attesa o del ristoro.

Ognuno di quelli evocati non è solo il primo punto di indirizzamento verso le attività di cura dell'ospedale ma anche il primo spazio di accoglienza che il paziente, il visitatore, o il semplice cittadino si trova di fronte evidenziando come l'ospedale sia un bene pubblico per tutti.

È facile comprendere, dunque, come tali spazi pubblici siano caratterizzati da requisiti di orientamento e accoglienza, quindi portino nella loro stessa natura i temi relativi all'accessibilità (arrivo dell'utenza) e il tema dei flussi ospedalieri e di conseguenza siano fortemente interessati dal problema delle relazioni con tutti gli altri spazi del sistema ospedale.

¹ Ci si riferisce al modello di ospedale ad alto contenuto tecnologico e assistenziale presentato nel marzo 2001 dalla commissione ministeriale istituita e presieduta dall'allora Ministro Umberto Veronesi. La commissione è stata promossa da Renzo Piano nella sua qualità di Ambasciatore dell'Unesco e coordinata da Lamberto Rossi.

1.2. Casi studio

Si è già detto, nella introduzione a questo report, che la ricerca SPACES ha preso in considerazione tre casi studio molto diversi tra loro per caratteristiche esogene ed endogene. La scelta ha permesso di raccogliere un numero ampio di dati sull'influenza che i diversi spazi pubblici di ogni ospedale hanno sul diritto alla salute.

I casi studio scelti sono Santa Maria Nuova, ospedale storico nel centro di Firenze; AOU Careggi, policlinico di grandi dimensioni e importanza nazionale in periferia di Firenze; Ospedale di Nottola (Montepulciano), ospedale di medie dimensioni che serve più centri urbani collocato nel territorio della Valdichiana.

1.2.1. Ospedale di Santa Maria Nuova

Fondato nel 1288 da Folco Portinari, padre della celebre Beatrice di Dante, Santa Maria Nuova è collocato nel centro della città di Firenze. È composto da più edifici di 2-3 piani l'uno, connessi tra loro tramite chiostrì, cortili e spazi verdi che ne costituiscono l'insieme degli spazi pubblici insieme alla grande piazza antistante l'ospedale. A causa della sua storia, della sua collocazione e del suo valore simbolico e culturale, l'ospedale è patrimonio consolidato dei fiorentini. L'ospedale è dotato di Pronto Soccorso, 120 letti di medicina e chirurgia, servizi ambulatoriali e diagnostici. Ha 7000 ricoveri all'anno e fa parte della rete degli ospedali dell'area fiorentina. L'ospedale è tutt'ora soggetto ad un programma di ristrutturazione finalizzato a rispondere ai bisogni di ogni paziente, ad un inserimento nel tessuto urbano, alla ristrutturazione degli impianti e degli spazi e alla creazione di un museo che valorizzi la sua storia.

1.2.2. AOU Careggi

Fondato nel 1900, la AOU Careggi (Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi) è uno dei principali policlinici italiani, risultato di una integrazione tra il Sistema Sanitario toscano e l'Università di Firenze, che unisce attività di assistenza, insegnamento e ricerca. L'ospedale è composto da 51 padiglioni (sanitari e logistici) e dalle relative strade di collegamento che ne costituiscono il sistema degli spazi pubblici insieme alle hall di ingresso agli edifici sanitari. L'area ospedaliera si estende per una superficie di 185 ettari ed è collocato nella periferia nord-ovest della città di Firenze, nella zona di Careggi nel quartiere di Rifredi, ai piedi delle colline dove sorge la Villa Medicea. La mission dell'ospedale è improntata al raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, intesa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che integra sia la didattica che la ricerca volta al continuo progresso delle risorse cliniche e biomediche. Gli sforzi dell'azienda sono volti ad assicurare consulenza e standard assistenziali elevati anche per patologie poco comuni, garantire funzioni non meramente cliniche, ma che necessitano comunque di un raccordo regionale, supportare formazione ed informazione per l'alta specializzazione, collaborando con strutture nazionali e internazionali. I posti letto per il ricovero sono circa 1500, le prestazioni ambulatoriali 10.000.000, e gli accessi al PS 130.000 l'anno. Da circa 10 anni è in atto un importante progetto di ristrutturazione e sviluppo dell'ospedale sul piano edilizio, tecnologico ed organizzativo secondo il criterio dell'intensità di cura.

1.2.3. Ospedale di Montepulciano

L'ospedale di Montepulciano è stato costruito come risultato della riorganizzazione di 6 ospedali esistenti. È stato inaugurato nel 2001 dopo 5 anni di lavori. Si presenta come un monoblocco di 7 piani con una galleria interna per i servizi pubblici al piano terra. L'ospedale è situato in aperta campagna tra i vigneti in un'area di 13 ettari di cui il costruito occupa

65000 mq. I posti letto per il ricovero sono 250 per una media di 1000 pazienti al giorno. L'ospedale è stato premiato con il riconoscimento del "più sicuro e accogliente ospedale di Italia" dopo una ricognizione fatta dal Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva in 50 ospedali italiani e inoltre possiede il marchio di "Friendly hospital for children", conferito da UNICEF-WHO.

2. Domande di ricerca

Qual è il grado di protezione dei diritti dei pazienti nel momento in cui varcano la soglia di un ospedale? Qual è il grado di protezione del diritto alla salute che un ospedale offre alle persone che giornalmente si recano per curare una malattia o semplicemente per svolgere un esame? È possibile vedere il risvolto spaziale del diritto alla salute? Quali elementi o proprietà dello spazio sono capaci di influenzare la protezione del diritto alla salute negli ospedali? Esiste un modo di concepire e valutare la protezione del diritto alla salute delle persone partendo già dalla configurazione degli spazi pubblici degli ospedali?

Le domande menzionate di sopra hanno presupposto un approccio di tipo interdisciplinare o, comunque, uno studio che sapesse far lavorare insieme studiosi di più discipline in vista di un obiettivo comune che sarebbe stato impossibile raggiungere ad opera di ogni singola disciplina.

Nei sotto-paragrafi di seguito sono evidenziati i punti di vista che ordinano le domande della ricerca.

La domanda interdisciplinare

Sebbene le intersezioni tra il fenomeno giuridico, le organizzazioni sociali e alcuni elementi spaziali (come il territorio) siano state riconosciute come oggetto di studio già da alcuni autori², l'idea della spazializzazione dei diritti non è stata mai oggetto di analisi autonoma, tantomeno di tipo interdisciplinare. In questo senso la ricerca SPACES ha tentato di superare il limite esistente nell'esame delle interrelazioni tra spazio sociale, legale e fisico.

La precisa domanda interdisciplinare da cui siamo partiti è così riassumibile: quale è il nesso tra quelle azioni che descrivono l'esercizio dei diritti soggettivi degli utenti che accedono alla cura e la configurazione dello spazio ospedaliero? Più sinteticamente possiamo anche dire: è possibile circoscrivere entro categorie spaziali le azioni sociali in cui si scompone il complesso fenomeno descrivibile come protezione di un diritto?

2.1. Il percorso esperienziale

Per indagare la complessa relazione tra spazio sociale, legale e fisico abbiamo scelto come punto di vista principale il percorso fisico-esperienziale che i pazienti svolgono all'interno degli spazi pubblici degli ospedali.

Più precisamente, per cogliere il nesso tra la tutela della salute e lo spazio di cura abbiamo indagato alcuni dei fattori che descrivono l'esperienza di un paziente che si reca presso l'ospedale per ottenere: (a) cure di tipo ambulatoriali; (b) per un'emergenza; (c) per un ricovero; (d) e l'esperienza di chi entra in un ospedale come accompagnatore o come semplice visitatore.

Ognuno di questi soggetti entra, esce, passa attraverso spazi, compie azioni. Il loro comportamento e le relazioni che instaurano sono strettamente collegate e dipendono da una

² Come mettono in luce F. VON BENDA-BECKMANN, K. VON BENDA-BECKMANN, A. GRIFFITHS, *Space and legal pluralism: an introduction*, in *Spatializing Law: An Anthropological Geography of Law in Society*, 2009, p. 1 ss.

serie di diritti connessi con la protezione della salute.

La nostra indagine ha riguardato nello specifico i diritti dei pazienti, la morfologia ed il layout degli spazi pubblici, le relazioni e le interazioni umane più significative di chi svolge un percorso di cura o semplicemente visita un ospedale. In sintesi abbiamo letto la dimensione spaziale di tutti quegli elementi (episodi clinici, attività sociali, valori sociali) che normalmente sono considerati estrapolati dal loro contesto fisico nella complessità del percorso assistenziale per individuarne la connessione con i diritti fondamentali dei pazienti e dei visitatori degli ospedali.

Tre elementi di indagine illuminano quanto indicato.

Anzitutto, lo studio dei criteri con cui lo spazio incorpora e modifica le relazioni sociali (relazione di interferenza tra spazio e comportamenti che hanno una rilevanza giuridica). In secondo luogo, l'analisi del modo con cui i soggetti che hanno il potere legale usano gli spazi per modificare il comportamento di chi vive o lavora o si muove in certe strutture (lo spazio come mezzo di controllo dei comportamenti). In terzo luogo, le modalità attraverso le quali lo spazio è compreso da coloro che vivono le strutture.

2.2. Diritti e comportamento umano

Uno studio del genere implica una considerazione innovativa del diritto alla salute. Nell'ipotesi di partenza abbiamo indicato che il diritto alla salute si espleta attraverso una serie di azioni necessarie per ricevere un servizio; queste azioni richiedono l'instaurarsi di relazioni sociali tra individui. Negli spazi prendono forma i comportamenti delle persone, caratterizzati da azioni e relazioni sociali. Alcune di queste azioni sono legate all'attuazione di una legge o altro atto normativo, altre sono più o meno spontanee e apparentemente irrilevanti per la legge. In entrambe i casi il comportamento di una persona in un luogo è spesso *right oriented*, cioè determinato dall'obiettivo di trovare soddisfazione ad un proprio diritto. I diritti sono una sorta di elemento simbolico che sintetizza (esplicitamente o implicitamente) i *patterns* di comportamento. Gli spazi possono supportare o ostacolare la generazione di tali *patterns*.

Le caratteristiche dello spazio rispetto agli aspetti comportamentali e di diritto sono legate principalmente a caratteristiche "configurazionali spaziali", cioè tutte quelle caratteristiche riguardanti le relazioni tra i vari spazi e la configurazione degli spazi stessi. Analizzare le caratteristiche configurazionali dello spazio permette di comprendere le azioni e le interazioni che avvengono entro certi ambienti. Queste ultime hanno uno spiccato valore sociale e un nesso perciò con la soddisfazione del diritto alla salute. Per esempio, le azioni legate alla socializzazione ed alla visibilità nel caso degli ospedali sono legate strettamente al diritto alla salute. Esse hanno un nesso diretto con la capacità di reperire informazioni e muoversi in vista di ottenere una prestazione. Pertanto, che cosa si può vedere e quanto è possibile socializzare ha a che fare con la protezione e la garanzia del diritto alla salute.

Allora rintracciare quelle caratteristiche spaziali legate alla "visibilità" da parte dell'utente e alla possibilità di "interazione" tra persone assume un valore per l'indagine sul grado di soddisfazione dei diritti. Ad esempio: per favorire la privacy e la dignità dei pazienti sono necessarie determinate caratteristiche spaziali che permettono e escludono determinate interazioni tra gli utenti; per consentire agli utenti una adeguata informazione e la capacità di prendere decisioni occorre individuare in quali punti del layout spaziale dell'edificio vengono favorite o ostacolate le decisioni da parte degli utenti.

2.3. La salute come oggetto complesso

Per mettere a fuoco le peculiarità della ricerca SPACES è necessario un accenno alle caratteristiche specifiche del diritto alla salute. Il tema è affrontato già altrove in questo report e perciò merita soltanto un breve rimando in questa sede. La ricerca, infatti, ha inteso avviare una rimediazione del diritto alla salute che inverte le modalità solite di indagine di questo tema. Lo studio delle azioni e delle interazioni che avvengono entro gli spazi di cura è tra le

modalità principali per testare il moderno concetto di salute. L'oggetto del diritto alla salute è rappresentato da una serie di relazioni umane che si realizzano entro contesti spazialmente definiti. Gli ospedali sono uno degli spazi essenziali di questa vita. L'approfondimento delle caratteristiche degli spazi è funzionale all'esame della protezione effettiva di un diritto. Il diritto alla salute è influenzato ed influenza le caratteristiche di un certo tipo di spazi.

L'approfondimento delle relazioni tra spazio e diritto ha un'importante conseguenza anche sullo studio del diritto alla salute come fenomeno complesso³. Utilizzare un punto di vista sintetico mette in grado di focalizzare e distinguere la protezione della salute dagli altri diritti protetti all'interno di un determinato spazio (tutela della privacy, informazione, tutela della sicurezza, etc.), i quali sono al medesimo tempo distinti e concorrenti alla definizione del contenuto del diritto alla salute. Tali diritti non sono meramente accessori ma specificano e determinano quella multidimensionalità del diritto alla salute di cui la presente ricerca si occupa.

Al pari di altri diritti sociali anche quello alla salute ha una forte caratterizzazione spaziale. Lo spazio è uno degli elementi materiali da cui partire per comprendere lo stretto legame tra il diritto alla salute in generale, il diritto alle cure e tutti gli altri diritti ad essi collegati.

3. Metodi

Come abbiamo già detto, per studiare le relazioni tra diritto alla salute, morfologia e layout degli ospedali abbiamo costruito un metodo di ricerca interdisciplinare che parte dall'indagine dell'esperienza concreta vissuta dal paziente all'interno degli spazi pubblici ospedalieri.

Abbiamo affinato un metodo che consentisse di osservare il comportamento delle persone negli spazi pubblici, dando rilevanza a quelle particolari azioni che sono collegate all'esercizio o, in generale, alla soddisfazione di un diritto. In questo modo è stato possibile selezionare e poi indagare il modo in cui gli elementi morfologici e configurazionali dello spazio incidono sulla soddisfazione del diritto alla salute.

Gli elementi che compongono questo metodo di ricerca innovativo sono molti ed in questa sede è possibile solo accennarli.

3.1. Le relazioni sociali

Il primo elemento di innovazione di questo metodo è la considerazione delle relazioni sociali come oggetto del diritto alla salute. Come già indicato, questa ricerca parte con uno scopo preciso: trovare un modo pratico per rappresentare il diritto alla salute quale oggetto anzitutto di una molteplicità di relazioni umane, e non solo come un diritto ad ottenere determinate prestazioni. La protezione della salute, infatti, non riguarda solo quei determinati momenti in cui si ottiene una prestazione medico-chirurgica. Ciò è ben evidente se si guarda al diritto alla cura goduto all'interno degli ospedali dove, prima di arrivare alla prestazione, si deve svolgere un percorso che è insieme amministrativo e fisico. All'interno di questo percorso si costituiscono relazioni umane che hanno come oggetto immediato la protezione della salute di una persona.

Negli spazi pubblici degli ospedali prendono forma una serie di relazioni sociali rivolte alla protezione della salute. Rispetto a queste relazioni lo spazio non riveste solo il ruolo di involucro neutro, ma è tra quegli elementi che guidano la formazione e la conservazione delle relazioni. Si costruisce così una duplicità concettuale: lo spazio è al medesimo tempo fattore condizionante e condizionato delle relazioni. Ogni relazione, a seconda del luogo in cui avviene, qualifica in modo particolare la protezione della salute come vero e proprio diritto. Le relazioni non possono affrancarsi dal luogo in cui i diritti vengono esercitati. Il vincolo spaziale è determinante per conoscere la natura e il grado di protezione di un diritto.

³ Sul punto si veda la Sezione I della Parte II.

Come ha messo in luce già da molti anni l'indagine di G. Simmel, la forma spaziale rivela e documenta le interazioni umane sottostanti; perciò, quelle azioni reciproche tra gli uomini vengono sentite anche come un "riempimento dello spazio"⁴.

Space Syntax

Space syntax è una metodologia utilizzata nella ricerca in quanto metodo che si occupa della relazione fra spazio e società. Il metodo è basato sulla configurazione spaziale e la configurazione spaziale è uno degli elementi dell'architettura in cui si può ritrovare un nesso con la società. Il metodo Space Syntax permette di inte-

grare aspetti legati allo spazio architettonico con i pattern di comportamento delle persone, ne esplicita le proprietà e misura, attraverso parametri quantificabili, gli effetti che un certo layout spaziale ha sulla presenza e sul movimento delle persone. E il movimento è uno dei presupposti fondamentali per il generarsi di relazioni nello spazio.

3.2. I flussi

Il secondo elemento di innovazione concerne il modo di studiare queste relazioni. Per capire come uno spazio produce, conserva e permette lo sviluppo delle relazioni ovvero ne impedisce o ne ostacola la formazione abbiamo analizzato l'ambito entro cui esse si formano. A questo scopo la ricerca SPACES ha individuato un punto di vista innovativo per guardare alle relazioni umane che si svolgono entro gli spazi pubblici. Siamo partiti, infatti, con l'identificare il *flusso di esperienza che coinvolge le relazioni in uno spazio fisico*.

Con l'utilizzo del termine "esperienza" ci riferiamo ad un modo sintetico di descrivere l'esperienza fisico-percettiva dello spazio e l'esperienza sociale. Questa duplice esperienza è riferita all'utente che si reca in un luogo (ospedale) per ottenere cura e si trova ad attraversare una serie di spazi per godere del proprio diritto alla cura. Egli attraversa lo spazio di relazione con la città o il territorio, il primo spazio di accoglienza dell'ospedale, lo spazio della cura (reparti, ambulatori, radiologie, ecc.) e poi esce dall'ospedale.

I luoghi di passaggio tra i sistemi spaziali descritti rappresentano dei punti critici significativi dal punto di vista spaziale e dei numerosi diritti che in essi si trovano coinvolti. Lo spazio oggetto della nostra analisi è dunque visto come un *continuum* composto da spazi chiusi/delimitati o aperti. In questa ottica diventa importante il passaggio da una zona ad un'altra, cioè gli spazi di transizione – le soglie – che sono indispensabili per raggiungere una determinata prestazione.

Il concetto di flusso, utilizzato anche in altri ambiti sanitari come il management e l'organizzazione clinica, è stato sviluppato allo scopo di individuare e rappresentare le interazioni che avvengono nei luoghi pubblici degli ospedali e quelle azioni anteriori alla erogazione della prestazione che si svolgono nei luoghi pubblici degli ospedali (piazze interne, strade, atri, corridoi e scale).

Nell'accezione della ricerca i flussi sono stati espressi tramite parametri spaziali direttamente riferibili alla protezione dei diritti nell'ospedale.

Nello studio abbiamo privilegiato quegli aspetti che non sono determinati da procedure definite da protocolli sanitari, come quelli meno studiati e tuttavia critici in rapporto alla protezione del diritto alla cura: sono le azioni e i passaggi dei flussi relativi all'accesso al servizio.

⁴ Il rapporto spazio-diritto si svolge entro una duplicità concettuale: l'agire degli uomini riempie lo spazio; e lo spazio rende possibile l'agire umano. G. SIMMEL, *Sociologia*, Milano, Edizioni di Comunità, 1989, p. 523-599. Riprende il pensiero di G. SIMMEL adattandolo al tema del diritto N. IRTI, *Norma e luoghi: problemi di geo-diritto*, Bari-Roma, Laterza, 2001, p. 6 ss.

L'idea di flusso è sintetizzata in questa immagine.

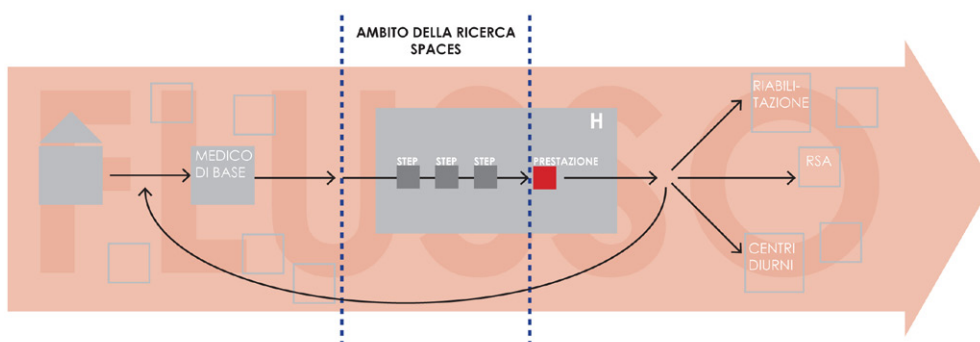


Fig. 1 – Ambito di cui si occupa la ricerca SPACES all'interno del flusso del paziente dentro il sistema sanitario (abitazione, territorio, ospedale e in diversi modi territoriali): quella parte di flusso che interessa gli step dell'ospedale precedenti il raggiungimento della prestazione.

La progettazione e la gestione dei flussi è sicuramente uno degli elementi più importanti nella progettazione e gestione della complessità degli spazi ospedalieri.

I flussi si riferiscono sia all'aspetto sanitario e organizzativo del servizio sia all'aspetto spaziale e architettonico. I due aspetti sono interconnessi. Infatti, se l'organizzazione sanitaria prevede una sequenza di attività (flusso come procedura sanitaria) e questa non si traduce in una materializzazione di relazioni spaziali (flusso spaziale), la procedura non è attuabile o almeno comporta delle difficoltà (tempi, disponibilità, interferenze, ecc.) che mettono in crisi il piano di cura del paziente.

La difficoltà di fare seguire all'organizzazione procedurale del servizio sanitario una conveniente organizzazione spaziale è uno degli elementi chiave della progettazione ospedaliera la cui difficoltà risiede anche nella evoluzione continua delle procedure sanitarie e nella difficoltà a realizzare spazi concepiti per un adattamento alle modificate esigenze gestionali. L'importanza del flusso come elemento di sintesi dell'uso degli spazi ospedalieri non produce solo un beneficio di tipo organizzativo. Il riferimento alle azioni e interazioni tra i pazienti e il personale consente di ordinare e qualificare l'uso dello spazio in relazione ai diritti. Se la salute quale diritto è composta anzitutto da relazioni, l'idea del flusso qualifica in modo unitario un tema di grande attualità affrontato spesso da molteplici punti di vista (organizzativo, clinico, logistico, architettonico, ecc.) non sinergicamente concepiti, e permette un più completo approccio al diritto, anch'esso un tema che per definizione non può essere considerato statico.

I flussi studiati nella ricerca sono relativi alle tre principali categorie di cura in atto nell'ospedale. Ognuno di questi flussi richiede, nel momento della verifica nei casi studio prescelti, un approfondimento ed una contestualizzazione specifica che lo rimodelli a seconda della realtà dell'ospedale analizzato.

Le tre categorie e i relativi flussi sono:

1. Emergenza (il flusso di accesso del paziente alle strutture dell'emergenza);
2. Ambulatoriale (il flusso di accesso del paziente agli ambulatori e ai prelievi di laboratorio);
3. Ricovero programmato (il flusso di accesso del paziente al ricovero chirurgico programmato).

A questi tre ambiti e relativi flussi, che sono di natura clinica, è stato affiancato un ulteriore ambito e relativo flusso:

4. Permeabilità (il flusso di accesso dei cittadini in ospedale).

Questo flusso interessa una utenza allargata rispetto a quella dei pazienti, potendo riguardare il visitatore (che si reca all'ospedale per trovare familiari o amici ricoverati), ma anche il cittadino in senso lato che si reca all'ospedale in quanto struttura facente parte della città (per fruire di alcuni servizi non sanitari compreso la visita di spazi museali o dell'ospedale come bene culturale).

Abbiamo già detto che la ricerca ha studiato i "luoghi pubblici" dell'ospedale, l'attenzione alla categoria di flusso della permeabilità vuole evidenziare, in particolare nell'ambito di indagine della ricerca, un aspetto della nozione di pubblico non direttamente connesso all'accesso al servizio sanitario.

All'interno delle strutture ospedaliere si assiste oggi all'integrazione di spazi pubblici e di funzioni non sanitarie in essi espletate. Tali spazi pubblici potenziano il collegamento della struttura sanitaria con la città e forniscono una serie di servizi di cui il cittadino si avvale non necessariamente gestiti dalla struttura ospedaliera. Si pensi ad esempio alle attività commerciali, ludiche e museali che trovano collocazione nei maestosi accessi agli ospedali di recente costruzione e ristrutturazione, ma anche ai punti URP e CUP presenti in tali spazi. Si tratta di spazi aperti e disponibili per la collettività nei quali si esercitano i diritti/doveri di cittadinanza, d'informazione, di azione politica. La qualità di uno spazio "pubblico" dipende da diversi fattori quali l'accessibilità, l'intensità d'uso e delle relazioni sociali che può favorire, la visibilità e la mescolanza di comportamenti e gruppi sociali differenti, la capacità di promuovere l'identità simbolica del luogo, l'adattabilità a usi diversi nel corso del tempo. Tali caratteristiche sono talvolta riscontrabili in spazi ibridi pubblico/privato, non necessariamente spazi di proprietà pubblica. Il fatto che l'ospedale ospiti tali spazi discende dalla volontà di supportare la sua natura di struttura cittadina, di bene comune.

Pertanto tali spazi pubblici dovranno essere appropriatamente connessi a tutto il resto del sistema degli spazi sanitari. I luoghi di passaggio tra questi due sistemi spaziali, che spesso hanno anche aree in comune (come l'accesso ai collegamenti verticali o alle aree ambulatoriali), si rivelano dei punti critici significativi dal punto di vista spaziale e dei numerosi diritti che in esso trovano effettività.

3.3. Case-studies approach

I dati sugli spazi pubblici provengono dall'esame dei tre ospedali individuati di sopra.

Nell'impostazione del metodo abbiamo beneficiato di un approccio multidisciplinare basato sull'analisi delle evidenze, in modo da far emergere attraverso l'indagine sul campo le categorie concettuali che sono alla base delle domande di ricerca. Solo nel prosieguo queste categorie sono state confrontate e integrate con gli schemi teorici già esistenti in modo da selezionare quelle dimensioni concettuali più rilevanti per indagare il rapporto tra spazi pubblici e diritti (su cui vedi la parte III).

In aggiunta a questo, l'idea di concentrarsi su tre casi studio tra di loro molto differenti ha permesso di evidenziare elementi particolari di cui non era possibile accorgersi in via solo teorica oppure mediante la lettura del layout spaziale o l'esame delle regole che organizzano le procedure e l'uso degli spazi ospedalieri. In questo senso l'approccio per casi ci ha permesso di raffinare l'ipotesi sia arricchendola sia correggendola in alcuni punti.

Ad esempio, dal punto di vista architettonico, il modo di lavorare attraverso la comparazione tra diversi casi studio fa emergere in modo più evidente le variabili che influenzano un uso dello spazio ed una sua percezione da parte dell'utente. Un altro aspetto che emerge da questo tipo di approccio per casi studio è l'evidenza della multiscalarità, cioè la possibilità di scendere dalla scala della città alla scala dell'area dell'edificio e spazi limitrofi, fino agli ambienti interni all'edificio.

3.4. Il percorso dell'interdisciplinarietà

Il percorso di ricerca interdisciplinare sui casi studio ha distinto tre passaggi. Data la caratteristica sperimentale del percorso seguito i passaggi non sono stati rigidamente distinti. L'analisi è stata condotta in modo da integrare la ricerca teorica, la ricerca sul campo e l'analisi dei relativi dati. In questo senso lo sviluppo del progetto ha beneficiato di una correzione continua del percorso seguito attraverso una combinazione costante di aspetti teorici e aspetti pratici (su cui vedi il contributo di ogni singola disciplina).

Il *primo* passaggio è quello della individuazione delle convergenze interdisciplinari a partire dalle tre discipline coinvolte nella ricerca. In questa fase abbiamo condiviso gli approcci e le conoscenze disciplinari. Per esporre l'approccio di ciascuna disciplina al tema della salute e degli spazi pubblici, ognuno dei gruppi disciplinari ha formulato gli assunti di base della propria disciplina, l'approccio ed i metodi utilizzabili nella ricerca.

Per aiutarci nello sviluppo dell'interdisciplinarietà ogni disciplina ha dovuto muovere dal proprio linguaggio (parole, concetti, categorie), dai propri confini (cioè il compito operativo della parte rispetto al tutto), dal proprio oggetto disciplinare (l'ambito della realtà in quanto interrogato da un certo interesse, da una certa domanda), dal proprio metodo (il procedimento adeguato per rispondere alla domanda che costituisce l'oggetto disciplinare ed è dettato dall'oggetto stesso) e dalla propria specificità (consapevolezza del limite, di cosa arriva a spiegare la propria disciplina e che posizione ha rispetto al tutto della conoscenza⁵).

Tale presa di coscienza è avvenuta tramite la riflessione individuale delle varie unità di ricerca intervallata dal lavoro comune (tramite workshop e meeting), momento di verifica e fonte di stimoli e confronto⁶. Un significativo aiuto all'interdisciplinarietà sono stati i meeting svoltisi con degli esperti (medici e progettisti) che compongono il Comitato di Esperti della ricerca.

Il *secondo* momento di questo percorso ha riguardato la ricostruzione e l'analisi dei flussi negli spazi pubblici degli ospedali. Ci siamo soffermati ad individuare le caratteristiche di questi spazi, a tratteggiare le specie di relazioni che in esso si verificano e a individuarne il nesso con la cura e la protezione della salute in generale.

Attraverso gli strumenti delle discipline architettoniche abbiamo ricostruito le caratteristiche proprie degli spazi tratteggiandone il nesso con le relazioni sociali e sanitarie. Mediante la combinazione degli strumenti provenienti dalle discipline giuridiche e sociologiche siamo risaliti alle norme ed ai presupposti di tipo organizzativo che influenzano le scelte relative agli spazi ospedalieri.

Il *terzo* momento ha riguardato lo studio e l'elaborazione dei dati provenienti dall'analisi degli spazi pubblici nei tre casi studio. Questa fase è legata fortemente alla precedente sia in termini operativi sia in termini concettuali. Ci siamo confrontati con un metodo di raccolta dei diversi dati emersi nell'analisi comune che evidenziasse le determinanti che legano lo spazio fisico allo spazio sociale. Ciascuno dei flussi considerati è stato suddiviso in una serie di step descritti seguendo i passaggi fisici e procedurali che i pazienti sono tenuti a svolgere entro ciascuno degli ospedali oggetto di analisi. Tale metodo ha consentito la ricostruzione di un percorso tipo per ciascun flusso. Nel percorso tipo sono stati evidenziati gli elementi concettuali (key-element) a cui poter risalire per comprendere le determinanti dei flussi.

4. Impatto pratico

Il progetto SPACES ha aperto la strada a un tipo di ricerca in un ambito che fino ad ora non era stato oggetto di uno studio specifico. In questo senso la ricerca ha espresso quanto in origine indicato nel programma di ricerca: approfondire un nesso, quello tra spazio e diritto, che non era stato precedentemente oggetto della ricerca di base in nessuna delle discipline coinvolte.

⁵ E. RIGOTTI, *Conoscenza e significato. Per una didattica responsabile*, Milano, Mondadori, 2009, p. 67.

⁶ La documentazione di alcuni incontri svolti dal gruppo di ricerca è reperibile al sito internet www.rightspaces.eu

Perciò, nonostante il programma di ricerca in avvio facesse riferimento esclusivamente ad una ricerca di tipo fondamentale, lo sviluppo del progetto ha prodotto risultati spendibili che, in particolare, si vanno ad inserire in un sistema di indicatori e in sistemi di valutazione delle politiche o della qualità della sanità esistente, in particolare con riferimento al contesto toscano (per questo vedi cap. 3, Parte IV).

Accanto a questo rilevante risultato di tipo scientifico, possiamo indicare sinteticamente almeno sei importanti risultati pratici provenienti dalla ricerca SPACES.

- a) Il primo risultato pratico riguarda la spazializzazione dei diritti. Il metodo utilizzato, ed in particolare il punto di vista dei flussi, ha permesso di identificare in un modo innovativo l'esperienza del paziente dentro gli spazi pubblici e perciò risalire alla protezione di alcuni diritti fondamentali della persona.
- b) Il secondo risultato pratico concerne una particolare implementazione dello studio e dell'analisi dei flussi in sanità che contribuisce a chiarirne la natura e le caratteristiche.
- c) Il terzo risultato rilevante si collega all'uso dei flussi per selezionare e identificare le relazioni che compongono il diritto alla salute. Il flusso rappresenta un oggetto unitario che permette di leggere sinteticamente una serie di azioni e relazioni umane che sono collegate in modo stretto con la protezione del diritto alla salute.
- d) Il quarto risultato riguarda la creazione di una serie di strumenti che permettono di conoscere e misurare in modo innovativo le relazioni necessarie per la protezione dei diritti. Questi strumenti possono essere usati per elaborare nuovi fattori e indicatori di qualità del servizio (vedi più approfonditamente il cap. 3 della Parte IV). L'elaborazione di fattori e indicatori colloca il nostro lavoro nell'alveo segnato da altri studi nazionali e internazionali (in particolare gli indicatori di accreditamento e di umanizzazione) sulla qualità dei sistemi sanitari.
- e) Il quinto risultato concerne la realizzazione di una banca dati su piattaforma GIS che colleziona tutti i dati concernenti gli ospedali oggetto di indagine e le aree urbane ad essi collegate. Attraverso l'estensione di tale banca dati in futuro sarà possibile costruire altre analisi e creare una piattaforma di monitoraggio che può eventualmente espandersi anche sull'intera regione.

5. Limiti della ricerca

Sebbene siano desumibili già da quanto abbiamo detto in precedenza circa l'oggetto e le *research questions*, in questa sede vale la pena precisare che la ricerca prende in esame solo una piccola frazione di un oggetto molto più ampio e complesso.

I risultati dell'intera ricerca valgono per l'oggetto materiale da noi scelto. Quindi, altri oggetti (come per esempio lo studio del rapporto tra gli ospedali e la rete dei medici di base, sia prima che dopo la prestazione; il nesso tra l'ospedale e gli altri servizi territoriali; il flusso nella rete territoriale; il nesso tra gli spazi pubblici e gli spazi di cura) potrebbero essere affrontati con le medesime domande di ricerca, ma richiederebbero un adattamento dei metodi utilizzati.

Un aspetto poco sviluppato durante la ricerca è stato il punto di vista dell'operatore sanitario che si interfaccia con il flusso del paziente. Mentre un aspetto per nulla considerato riguarda la visione del flusso come da noi elaborato e la sua relazione con l'organizzazione del lavoro del personale sanitario (compreso il tema del *lean thinking*).

Bibliografia

GIULIANA GEMELLI, FLAMINIO SQUASSONI (a cura di), *NEHS. Nessi Istituzioni, mappe cognitive e culture del progetto tra ingegneria e scienze umane*, Baskerville, Bologna, 2003.

NATALINO IRTI, *Norma e luoghi: problemi di geo-diritto*, Laterza, Bari-Roma, 2001.

EDDO RIGOTTI, *Conoscenza e significato. Per una didattica responsabile*, Mondadori, Milano, 2009.

GEORGE SIMMEL, G., *Sociologia*, Edizioni di Comunità, Milano, 1989.

JOYCE TAIT, CATHERINE LYALL, *Short Guide to Developing Interdisciplinary Research Proposals*, ISSTI Briefing Note (Number 1, 2, 3, 4, 5) March 2007 available at http://www.genomicsnetwork.ac.uk/media/ISSTI_Briefing_note_1_developing_ID_proposals.pdf

FRANZ VON BENDA-BECKMANN, KEEBET VON BENDA-BECKMANN, ANNE GRIFFITHS, *Space and legal pluralism: an introduction, in Spatializing Law: An Anthropological Geography of Law in Society*, 2009.