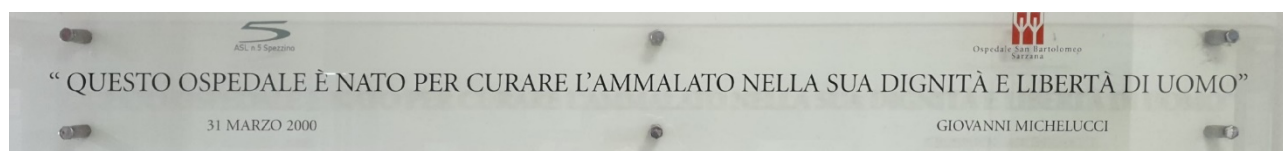


Settembre 2021

OMAGGIO AL SAN BARTOLOMEO

L'Ospedale di Michelucci a Sarzana ai tempi del Covid

Gino Piarulli (con Corrado Marcetti)



FMpapers

FMpapers sono una raccolta di scritti editi o inediti di vari autori, tra articoli, saggi, segnalazioni o testimonianze, che la Fondazione Michelucci propone periodicamente nel suo sito sui propri temi istituzionali di ricerca, per promuoverne la diffusione e contribuire al dibattito.

I materiali sono messi a disposizione dagli autori stessi, che ne curano l'editing, ne conservano i diritti e se ne assumono la responsabilità legale rispetto a terzi. La Fondazione rimane a disposizione come supporto per eventuali controversie.



Rispetta il tuo ambiente.
Pensa prima di stampare queste pagine.

Fondazione Giovanni Michelucci, via Beato Angelico 15, 50014 Fiesole (FI) - tel. +39.055.597149 | email: redazione@michelucci.it – web: www.michelucci.it

OMAGGIO AL SAN BARTOLOMEO

L'Ospedale di Michelucci a Sarzana ai tempi del Covid

Gino Piarulli (con Corrado Marcetti), settembre 2021

INDICE

Presentazione.....	4
Premessa.....	5
Il nostro “nuovo orizzonte”	6
Io e il SanBa	7
La Storia	8
L’innovazione tipologica.....	9
Caregiver’s Care	11
Urbanistica della “cura”	13
L’Ospedale del futuro.....	15
Conclusioni	17
“RESILIENZA”	17
ALLEGATI.....	18
Riferimenti	18
Sostenere l’«altro», un ritorno all’etica di «I Care»	19
Interno-esterno, dentro-fuori: un contributo per l’Ospedale di Sarzana.....	23
FM papers settembre 2021	3

Presentazione

A partire dalla sua personale vicenda di ricoverato nel reparto Covid del San Bartolomeo di Sarzana, l'architetto Gino Piarulli ci offre un contributo sull'ospedale denso di riflessioni, riferimenti, indicazioni e proposte che dovrebbero essere oggetto della più grande attenzione da parte di coloro che si occupano di sanità pubblica. Durante il lungo periodo di ricovero, Piarulli si trova immerso nel quotidiano rapporto col personale che lo assiste e in quello con lo spazio di cura che lo accoglie. Siamo dunque nell'architettura vissuta dell'ospedale, un universo ricco di insegnamenti per chiunque ma ancor di più per chi, da architetto, può valutare pregi e carenze della struttura. Piarulli percepisce subito l'umanesimo che ha generato quegli ambienti. Vi si sente accolto. Successivamente cerca di andare oltre il sentimento dello spazio e comprendere più approfonditamente le ragioni che hanno determinato le scelte di chi lo ha progettato. L'autore dell'opera è Giovanni Michelucci, architetto di grande sensibilità umana e artistica, che, durante la lunga fase di progettazione dell'ospedale, subì alcuni ricoveri in diversi ospedali e cliniche. Così appunta a questo proposito su un'agenda del 1975: "I medici, gli infermieri, le suore sono stati gentilissimi; hanno fatto quanto era in loro potere per alleviarmi ogni noia. Non così posso dire dell'ospedale, della costruzione, cioè, che è nuova, costruita da pochi anni ed è negativa funzionalmente: manca dei servizi o del numero dei servizi indispensabile; è deprimente psicologicamente. Ha una cosiddetta sala di soggiorno che potrebbe adattarsi come sala di pena di punizione. L'uomo, l'utente è assolutamente ignorato. Tecnicamente è bestiale."

L'esperienza vissuta fu fondamentale nel maturare quella peculiare visione, dalla parte del malato, dell'ambiente di cura ospedaliero. L'ospedale di San Bartolomeo ebbe però una storia travagliata nel suo iter costruttivo che provocò grandi amarezze a Michelucci (fino a determinarne il distacco) e a quanti avevano con lui collaborato. Piarulli ne ricostruisce puntualmente le vicende, dalle origini alle varie fasi realizzative, fino ai successivi progetti, caduti purtroppo nel vuoto, di rilancio del suo ruolo, delle funzioni, del rapporto con la città. Lo fa, prima dall'interno dell'ospedale, che intanto dimostra la sua validità e versatilità nell'affrontare l'ondata pandemica, poi con l'aiuto di testimonianze, documenti e riferimenti di valore internazionale. Ne emerge un saggio denso di riflessioni e indicazioni che superano la dimensione locale e arricchiscono la discussione sull'ospedale contemporaneo.

Corrado Marcetti

Corrado Marcetti, architetto, è stato collaboratore di Giovanni Michelucci tra il 1988 e il 1990, direttore della sua Fondazione sino al 2016 e poi membro del Comitato Scientifico.

Questa è la storia di un malato, dei suoi “*Caregivers*” e del “suo” Ospedale (il San Bartolomeo di Sarzana)

Un anno fa con una telefonata a “Prima Pagina”¹ esprimevo al Dottor Fubini l'indignazione per le condizioni di lavoro del personale curante, messa per iscritto con un “appello” alle autorità Nazionali e locali sulla cronaca locale.² Oggi con questo secondo “saggio” in difesa dell'ospedale tento di saldare il mio debito nei confronti della struttura che mi ha ospitato.

Seppur riferito ad una specifica condizione locale lo scritto contiene riflessioni applicabili ad una scala più vasta e testimonia la persistente difficoltà del nostro Paese ad attuare politiche di equità (nel lavoro) e di sostenibilità (nelle infrastrutture) pur in presenza di strumenti finalizzati a raggiungere tali obiettivi (NextGenEU/PNRR)!

Forse per questo è stato ritenuto meritevole di attenzione da chi, con generosità, ha deciso di ospitarlo e a cui va tutta la mia gratitudine!

Questa seconda “puntata” del mio appello/diario riafferma quindi la necessità di costruire per il Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza un **progetto di riqualificazione** di quello che ho percepito nei 40 giorni del mio ricovero **funzionare come un tutt’uno** nel processo di cura e cioè l’ospedale e il suo personale!

Per questo è dedicato ai Ministri competenti (Sanità, Lavoro e Infrastrutture) e a tutti gli attori/decisori istituzionali locali/regionali come esplicitato in chiusura!

Gino Piarulli

Gino Piarulli, architetto e autore di questo contributo, vive e lavora a Sarzana (SP) e ha dedicato i 46 anni della sua vita professionale al comprensorio Spezia Val di Magra curando numerosi piani e progetti di scala territoriale e locale tra i quali PTC e PRUSST Sp/Val di Magra (con Bernardo Secchi), Piano di Parco Montemarcello Magra, PRG. Sarzana (coordinatore U.P.), Coordinatore Master Plan Marinella Fiumaretta (MPS), Area d'interscambio A 12 Parco Archeologico di LUNI (SALT).

Per informazioni e contatti gino@piarulli@gmail.com

¹ Qui di seguito il link per ascoltare il colloquio con il Dottor Fubini (vicedirettore del Corriere della Sera e conduttore della trasmissione "Prima Pagina" nella penultima settimana di aprile 2020) https://1drv.ms/u/s!A9h9h_S_CuZiaQYrrm1EWI8xpV3q?e=GvtMhh

² La Nazione al seguente link: [AppelloDiario 220420.pdf - OneDrive \(live.com\)](#)

[illegible]

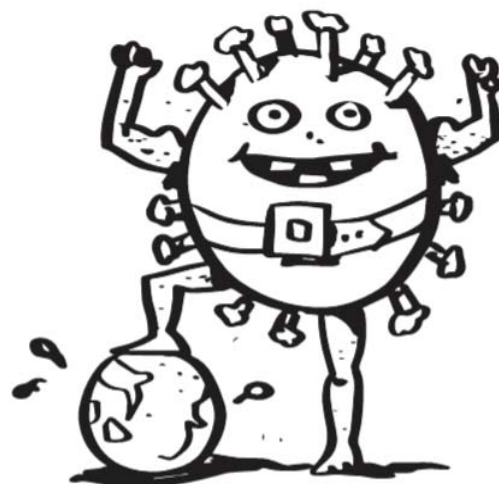
1. All'inizio della pandemia.

Il nostro “nuovo orizzonte”

Il primo ventennio del 2000 si chiude con una “imprevedibile” catastrofe “pandemica” in grado di caratterizzare negativamente e per molto tempo l'**Antropocene** e il suo scellerato protagonista **Homo Sapiens** la cui illimitata e pervasiva opera di trasformazione territoriale, strutturale e climatica è riuscita nella difficile impresa di squilibrare (forse irreversibilmente) il pianeta e provocare una complessa crisi di tutti i sistemi economico/sociali.

Pensavo che David Quammen fosse l'unico profeta di questa catastrofe quando nel suo libro “Spillover” (pubblicato nel 2012), mise in guardia sulle conseguenze pandemiche delle incessanti trasformazioni a cui l'uomo sottopone il pianeta terra, ma sembra che tutto sia stato già scritto moltissimo tempo fa.

Un recente articolo di Padre Jean Pierre Sonnet su “Civiltà Cattolica” (*Il custode delle specie*) racconta (*Genesi 1,28*) di come Dio dopo aver creato l'uomo “a sua immagine e somiglianza” lo avesse nominato “custode delle specie animali e garante della loro distinzione...”



1. “CarognaVirus”

Questa vocazione “regale” assegnata da Dio all'uomo significa che l'uomo esercita nell'immanenza del mondo, una parte della trascendenza divina; e la esercita in modo non violento... in una prima fase il regime alimentare dell'uomo è simile a quello degli animali... fino al “diluvio” l'uomo è vegetariano... vive in armonia con le altre specie viventi che non lo temono... in seguito (cfr. *Genesi 9,3*) viene concesso di includere nell'alimentazione cibo di provenienza animale.

Una ulteriore distinzione nel regime alimentare è introdotta in seguito dalla classificazione degli animali in “puri” e “impuri” a seconda della presenza di particolari caratteristiche anatomiche. (*“Potrete mangiare di ogni quadrupede che ha l'unghia bipartita, divisa da una fessura, e che rumina”*). Il “popolo eletto” potrà cibarsi solo dei primi e in ogni caso non potrà bere il sangue degli animali uccisi.

Traspare sullo sfondo di questi imperativi religiosi il contenuto profilattico e igienico sanitario degli stessi basate su una conoscenza zoologica oggi perduta e, quando si tratta di alimentazione, sul principio di precauzione e su una giusta relazione tra l'uomo e le specie animali.

Perduta questa lezione l'*homo sapiens* contemporaneo si è messo nei guai semplicemente mangiando animali “impuri” (cfr. il consumo di Pangolino ed altri animali selvatici in Cina).

Se a ciò aggiungiamo che la prossima “sesta”³ ingente estinzione delle specie viventi sarà causata dalla nostra illimitata e planetaria opera di trasformazione sopra richiamata e che in conseguenza di ciò sono prevedibili prossime pandemie anche grazie all'infinita mutazione genetica di Sars-Covid 2 ne deduciamo che il nostro futuro è divenuto un **buco nero**.



2. #senzafuturo

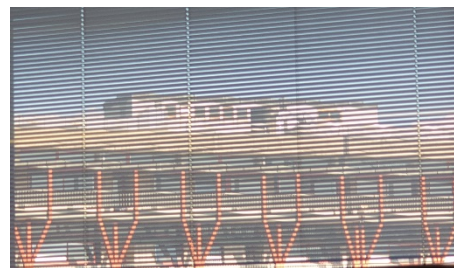
³ Cinque importanti estinzioni hanno interrotto bruscamente l'evoluzione naturale dal momento in cui piante e animali hanno iniziato a diversificarsi, circa un miliardo di anni fa. Sono state causate da catastrofi su scala planetaria: grande eruzione vulcanica, cambiamenti climatici, alterazioni nella composizione dell'atmosfera, impatto di un asteroide. Ogni volta il cataclisma ha provocato un'ingente estinzione delle specie viventi. Vedi Richard Leakey *The Sixth Extinction: Biodiversity and Its Survival* (1995).

Io e il SanBa

Per molto tempo questa è stata “la mia finestra sul cortile”!
La prima notte l’ho passata in pneumologia al terzo piano!
Eravamo in due alle estremità di una camera da 6 letti... “lui” ha
tossito tutto il tempo... Io ero stordito dal flusso stratosferico di
ossigeno...
Il reparto sembrava vuoto...

Nel dormiveglia notturno ascoltavo inquieto il muggito del vento che
insinuandosi tra i “tentacoli” dell’ospedale e nelle sue logge esterne
produceva un suono che con intensità crescente passava dal sibilo
acuto e stridente al brontolio cupo, grave e minaccioso...

Pensai fosse il Corona stesso a circondare, con il favore della notte, il nostro rifugio tentando di entrare dagli
spifferi di qualche serramento o semplicemente a volerci segnalare minaccioso la sua presenza
locale/planetaria.



3. La “mia finestra sul cortile”



4. La “sezione sapiente”

Il giorno dopo mi hanno trasferito al 1° piano (Medicina donne) e la
musica è cambiata! Intanto avevo tre compagni e poi si è avviata la
macchina di cura con tutte le splendide creature⁴ che andavano e
venivano incessantemente ed alla fine mi hanno salvato!

Una cosa però non era cambiata, nel passaggio dal 3° al 1° piano:
la sensazione di “protezione”, di sentirsi in uno spazio “pensato” con
un soffitto che, basso in corrispondenza del letto, monta verso
l’esterno accompagnando lo sguardo verso il cielo!

La seconda fascia ad altezza d’occhio inquadra il ballatoio continuo
che avvolge tutta la composizione...

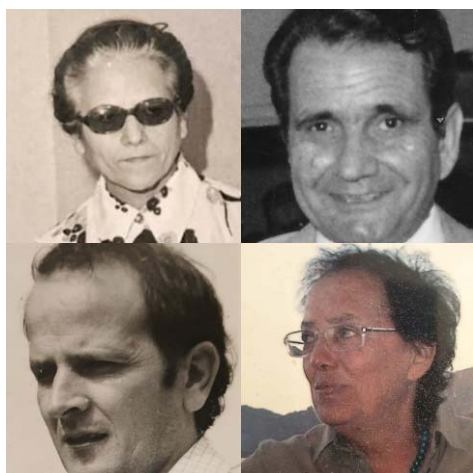
In quel momento ho capito che abitavo in una piccola utopia
realizzata e ho acquisito “**consapevolezza**” che il San Bartolomeo è
frutto di un “**umanesimo**” che denota profondo amore per l’uomo.⁵

⁴ Cfr. *Un Ospedale nuovo* in Contributi allo studio della pianificazione sanitaria territoriale del Dott. Lucio Rosaia.

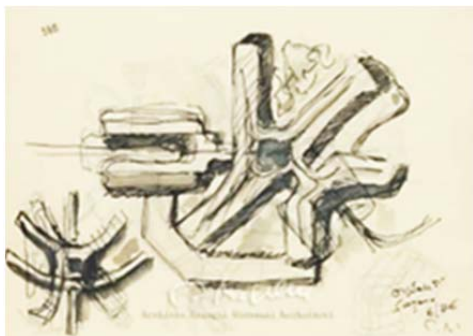
⁵ Ciò di cui Michelucci si preoccupa è invece la vita quotidiana dell’uomo malato: la libertà di decidere, quando lo vuole, se stare con gli altri o starsene da solo, per piangere, per pregare o per imprecare; il diritto di immaginare il mondo, al di là dei vetri della sua finestra, come lo vuole, o di ignorarlo e respingerlo, chiudendo la sua finestra; la possibilità di incontrare i suoi familiari difendendo la privacy dei propri sentimenti. «I letti invece di fronteggiarsi saranno affiancati l’uno all’altro, in modo che sia consentito a ciascun degente di godere della vista del paesaggio esterno (in luogo dei piedi del malato di faccia) attraverso una serie di finestre disposte una di fronte ad ogni singolo letto. Tra letto e letto sono stati studiati paraventi estensibili che, in guisa di pareti divisorie mobili, garantiscono al degente la possibilità di fruire di un proprio spazio privato in qualsiasi momento... la dimensione della stanza di degenza è stata di regola fissata in quattro posti letto... ogni stanza è dotata di servizi igienici sufficienti per i degenti che vi stazionano in modo da evitare la loro uscita nei corridoi... Ogni degente dispone dell’uso personale di un tavolino scrittoio posto nel vano della finestra, oltre ad un comodino armadio per gli oggetti personali... Il percorso dei corridoi è stato frazionato in sezioni di una quindicina di metri, inframezzate da larghi spazi obliqui dalle cui vetrature entrano la luce e il verde e in cui i malati in via di guarigione e i loro famigliari possono riposare o sostare in attesa: ciò per evitare la ben nota monotonia ossessiva dei lunghi percorsi rettilinei che può indurre noia, insofferenza e ansia...»



5. Il Maestro che non volle farsi chiamare Maestro!



6. I "Fondatori"



7. Prime idee

La Storia

Questa seconda parte del mio Diario è dedicata quindi alla struttura che mi ha ospitato: l'ospedale **San Bartolomeo di Sarzana**, opera postuma del grande architetto **Giovanni Michelucci** ed alla possibilità di riconoscere in essa, proprio per le sue peculiari caratteristiche potenzialità enormi nel confronto con i nuovi modelli di sanità ed ospedale del futuro componenti essenziali della riforma del sistema sanitario.

Nella ricostruzione della storia sono stato aiutato da chi in qualche modo è stato protagonista delle scelte e poi ha affiancato il Maestro nella lunga e tormentata vicenda della sua lunga realizzazione e cioè la Dott.ssa **Paola Gari** per molti anni segretaria dell'Ospedale, **Pino Lena** suo Vice, l'arch. **Corrado Marcetti** assistente di Michelucci e coautore di questo scritto.

Fu una felice combinazione tra un *civil servant* (**Ettore Nardi** segretario comunale e poi presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale, tecnici molto determinati (le dott.sse **Maria Cicinato** e **Paola Gari**, segretaria e vice del Consiglio) e un intellettuale che amava definirsi "lòico" (**Giuliano Bernardini**, consigliere) che portò alla scelta di un progettista di rango per l'ospedale di Sarzana.

Inizialmente la scelta cadde su Alvar Aalto che accettò con entusiasmo l'incarico nel corso di un incontro con gli "emissari" del Consiglio a Riola (Bo) dove seguiva la realizzazione di una piccola chiesa; passato qualche mese, quando il progetto era nelle prime fasi di studio una brutta frattura costringe il maestro a rinunciare... né valsero la disponibilità a coadiuvarlo del suo assistente Italiano (l'arch. Leonardo Mosso) a fargli cambiare idea... I "nostri" non si arresero e guardarono entro i confini nazionali: la figura di Giovanni Michelucci era già nota anche in ambito internazionale per la capacità di declinare stilemi propri dell'architettura "organica" con una sorta di "razionalismo contestuale" *ante litteram*⁶ che il Maestro, alieno da qualsivoglia etichettatura, definiva semplicemente *"architettura fatta di uomini, capace di soddisfare i bisogni, non solo materiali della società"*⁷.

Michelucci dimostra fin dai primi schizzi di voler superare sia la tipologia ottocentesca *della cittadella sanitaria separata* (con i suoi quartieri, le sue vie-corsie, le residenze dei ricoverati cfr. Sant'Andrea de La Spezia) e anche della *machine à guérir*, dell'officina/riparazione corpi, di matrice razionalista.

Anche se il sito prescelto dagli Amministratori dell'epoca non è vicino al centro urbano (come voleva il progettista) l'impianto "tentacolare" esprime lo sforzo di integrazione con il territorio circostante.

⁶ La definizione di "razionalismo contestuale" compare molti anni dopo negli scritti di Vittorio Gregotti a significare il superamento dell'autonomia formale di matrice razionalista in direzione di un più attento rapporto con i dati contestuali del territorio di appartenenza.

⁷ Cfr. Giovanni Michelucci, *Non sono un maestro*, Carpena 1976 e Disegni della Chiesa di san Giovanni Battista o "dell'Autostrada", Campi Bisenzio 1960-1964

Corrado Marcetti racconta:

«Nel progetto originario l'articolazione del rapporto tra nucleo centrale e strutture (poliambulatorio, day hospital, centro didattico e edificio dei servizi) poste a corona, favorisce la congiunzione con la città. La ripetizione seriale delle degenze viene contrastata dall'estroflessione dei balconi, ballatoi, loggiati, dal disassamento dei corpi scala.

L'ospedale era aperto in tutte le direzioni non solo per significare il superamento del concetto della cittadella ospedaliera conchiusa ma per dare adeguata rappresentazione al cambiamento della concezione della degenza che emergeva nella cultura sanitaria e civile.

Incominciava infatti ad affermarsi a partire dalla seconda metà degli anni '70 una visione dell'ospedale come organismo altamente attrezzato di servizi di cura, intelaiato con la rete dei servizi territoriali: ospedale che non appariva più congruo dimensionare sulla base del parametro del numero dei posti letto ma con il complesso delle attività di day hospital, day surgery, riabilitazione, ecc.

L'ospedale progettato da Michelucci era pienamente organico ai contenuti che prepararono e poi si affermarono con la riforma sanitaria. Fu concepito come una struttura avanzata e permeabile capace di ospitare la variabilità crescente della innovazione tecnico-sanitaria e di conciliarla con un modello di accoglienza in rapporto alla città e al territorio di riferimento con cui era fisicamente connesso da una sapiente progettazione dell'intorno... Anche su questi aspetti il complesso progettato da Michelucci si discostava dalla tipologia ripetitiva di complessi ospedalieri dell'epoca e la complessa sua conformazione aveva sempre una ragione sostanziale a giustificare la forma».



8. Il progetto originario



9. La terrazza in funzione! Natale 2020: visita in presenza!

L'innovazione tipologica

Sono questi i punti che rendono tuttora insuperabile il modello di ospedale proposto da Michelucci e che (unitamente al ridimensionamento dei costi voluto dalla Committenza) vengono parzialmente **traditi** nel corso della realizzazione provocando il distacco del progettista dalla sua opera fino alla definitiva rinuncia (1988) a seguirne i lavori.

La mancata realizzazione di parte delle strutture di servizio a corona del nucleo centrale (es. centro didattico, poste ecc.) indebolisce il tentativo di congiungersi con la città tramite funzioni di relazione anche non specificamente dedicate alla cura.

Il mancato utilizzo dei ballatoi/terrazza come estensione spaziale "aperta" per i degenti ed i loro familiari **nega al malato la possibilità di uscire** dal chiuso e soprattutto di vedere (fisicamente e non su tablet) i congiunti non ammessi in epoca di pandemia alla camerata⁸.

Del resto la vicenda del San Bartolomeo segue la controriforma sanitaria che in quegli anni porterà dalla visione della sanità come "diritto" (bene pubblico essenziale universalmente fruibile) alla sanità come **"concessione"** (bene necessario per l'equità verso i poveri). La trasformazione da Unità ad "aziende" sanitarie unitamente alla concorrenzialità tra le differenti ASL regionali farà il resto... il parametro di riferimento diventano i "Costi" e non le "Persone". Michelucci, amareggiato⁹, esce di scena nel 1988 e muore due anni dopo.

Bisogna che trascorrono ancora 12 anni (a 30 anni dall'incarico) per arrivare all'inaugurazione con il progetto di completamento firmato dall'architetto Roberto Ravegnani Morosini e nel 2000, finalmente l'ospedale si inaugura!



10. Amarezza...

⁸ Quando ho segnalato questa possibilità al personale che mi aveva in cura e cioè di poter ricevere amici e parenti nel ballatoio/terrazza alcuni hanno mostrato stupore come se la "funzione" possibile non fosse mai stata messa in conto da chi amministra la struttura... in realtà la chiusura delle porte di accesso al terrazzo in ogni singola camerata tradisce il timore di aumentare i costi di gestione con personale di sorveglianza ecc.; del resto occorrerebbe dedicare un intero saggio al fallimento di questa particolare "componente architettonica" cara ai maestri contemporanei... dalla *rue corridor* dell'Unité d'habitation (Le Corbusier) al Biscione di Forte Quezzi (Ge) di Luigi Carlo Daneri con la sua terrazza panoramica situata al terzo piano e che percorre l'intera lunghezza della struttura (540 mt.), ecc.

⁹ Di questa amarezza è testimonianza la lettera che Michelucci invia alla dott.ssa Gari dopo una riunione pubblica all'Alhambra di Sarzana, in cui tra l'altro afferma il suo disincanto: "Quando parlo del mio lavoro e dell'impegno umano che esso esige, so già che nulla, o solo in minima parte, si realizzerà di ciò che è nelle intenzioni "pulite", iniziali: si realizzerà soltanto cioè, quello che può interessare questo o quello (uomo o ente) per raggiungere un risultato o politico o economico o individuale, che garantisca comunque un tornaconto immediato."



11. La "piazza" oggi!

La città in 30 anni è cresciuta... la costruzione dell'IperCoop e l'aumento dei flussi di traffico creano, come racconta Marcetti "un altro paesaggio" rispetto a quello esistente all'epoca del progetto.

Nel 2006 l'ultimo tentativo di riqualificazione (su iniziativa della Fondazione Michelucci, gruppo di progettazione con gli architetti Corrado Marcetti e Silvano D'Alto affiancati da Paola Gari e Pino Lena) riverifica e ripropone le funzioni previste nel progetto originario (negozi, bar e servizi, ufficio postale, sportello bancario, sala incontri, RSA, ristorante self service ad orientamento Km.0 ed infine lo **Spazio Sacro e del Commiato**) inserendole in un grande Spazio Verde Pubblico in grado di risolvere l'"avvilente monotonia e sgradevolezza dell'ingresso" e prevedendo la riorganizzazione della rete pedonale di accesso e del sistema dei Parcheggi anche con la creazione di una "**Grande Piazza**" in grado di "*ri-orientare il rapporto con la città*".



12. I casali da recuperare.

Non mancava il recupero (a fini di ospitalità per i parenti dei degenti) del casale agricolo abbandonato prospiciente via Cisa oggetto di una lunga battaglia d'opinione contro l'ipotesi di demolizione. Una esaustiva anticipazione scritta del progetto di riqualificazione è pubblicata già nel 2002 ne "La Nuova Città" n°6, a cura dei "Fondatori", con il titolo *Interno/esterno-Dentro/fuori* allegata in coda al presente scritto.



13. I miei angeli/eroi dimenticati!

I referenti (ASL5, Fondazione CdR e Comune) non danno seguito al progetto... da allora il San Bartolomeo vive nell'incertezza! Passano gli anni, si formulano ipotesi ed inizia il gioco dello "spostamento" dei reparti tra Sarzana ed il Capoluogo, delle dichiarazioni di "superamento" di una tipologia in cui la sovrabbondanza degli spazi di relazione cozza contro le nuove concezioni dei monoblocchi in cui tutto è ridotto ad efficienza ed eliminazione del superfluo... ma poi la scena cambia drammaticamente!

E' il Covid a spargliare le carte: l'ospedale di Sarzana affronta e contiene tra marzo 2020 e Aprile 2021 tutte le successive "ondate" e diviene di fatto oggi "Covid Hospital" con un solo reparto "pulito" (geriatria) sul totale dei 6 esistenti. La flessibilità insita nell'impianto architettonico aiuta la riorganizzazione e la mutazione d'uso, la conformazione dei posti letto e le dotazioni tecnologiche aiutano medici e i loro pazienti a fronteggiare al meglio la malattia. Il "Sant'Andrea" di Spezia cerca di fronteggiare l'urto delle cure sospese in arretrato!



14. Stefania Artioli

Caregiver's Care

La cosa più importante che mi è capitata in quei 40 giorni di ricovero è stata sperimentare in prima persona la **differenza tra la cura e il “prendersi cura”** del paziente!

La composizione quasi tutta femminile della squadra può aver influito sullo “stile” di cura basato sulla sensibilità “anche” verso i nostri bisogni “secondari” e certamente la presenza di una “leader trainante” ha contribuito a fare la differenza con altre realtà! Fatto sta che, in seguito, leggendo di “Sanità del futuro” ho ritrovato concetti che descrivevano quella realtà!

L'ospedale che mi ha curato era (inconsapevolmente) un **ospedale amorevole** (secondo i francesi, “Magnet Hospital” secondo gli americani) e il personale (senza distinzione di ruolo) era composto da **“caregivers”**...¹⁰

La leader “trainante” può essere definita **“leader trasformativo”**, termine riferito a *“personalità carismatiche, piene di entusiasmo, ottimiste, appassionate e talvolta visionarie, individui in grado di cambiare le più radicate percezioni e credenze. Tutti questi tratti si possono diffondere in un lampo. Quando ciò accade, leader e collaboratori vengono coinvolti in maniera pregnante consentendo così di raggiungere l'eccellenza”*.

L'utopia di Michelucci di un ospedale con “al centro l'uomo” si era miracolosamente avverata! A guidarli non v'erano “piani” o strategie aziendali! Il miracolo di quella “eccellenza” si era compiuto in modo spontaneo superando infinite difficoltà (dalla carenza dei dispositivi di

protezione al trattamento economico insufficiente alla continua esposizione al contagio ed infine al sentimento di precarietà vissuto dal personale “esterno”).

Passata la prima ondata questo stesso personale ha dovuto fronteggiare la seconda e ora la terza ondata; ma mentre nella prima c'era adrenalina che spingeva ora c'è lo sfinimento e la delusione di chi continua a spendersi al massimo non ottenendo risposte adeguate allo sforzo!

Ad oltre un anno di distanza continua a mancare persino una risposta all'emergenza in termini di adeguamento **quantitativo e salariale (rispetto agli standard europei)** e di **stabilizzazione** del personale “esternalizzato”.

Continua la beffa dei “concorsi” estesi a tutto il territorio nazionale con le conseguenze già descritte l'anno scorso! La mancata “territorializzazione” del personale curante produrrà alla lunga stress, disaffezione e abbandono.¹¹

17. Lavoro e sicurezza

«Ora chiamati eroi, poi saremo solo precari»

Lo sfogo di un'infermiera ai reparti di emergenza dell'ospedale San Bartolomeo con un contratto interinale. A termine

di Emanuele Reol SARZANA

«Oggi ci chiamano eroi, ma non lo siamo e non siamo angeli. Siamo solo professionisti che amano il loro lavoro, vogliono farlo, lo stanno facendo con serietà e impegno, in condizioni difficili e con l'angoscia. Ma dopo? Dopo torneranno ad essere solo dei precari, continueranno a restare la fortuna, perché questa è quasi sempre la verità, negli ospedali concorsi della sanità pubblica». È lo sfogo di Eleonora, infermiera in uno dei reparti di emergenza Covid al San Bartolomeo. Ma potrebbe essere lo sfogo di chiunque dei circa quindici infermieri precari oggi della “rete” della sanità pubblica a sfidarsi al fronte della guerra contro la pandemia. Un presente faticoso, difficile, precario, e un futuro di cui si parla solo incantato. È possibile essere lo sfogo di uno dei tanti operatori socio-sanitari della cooperativa che hanno cominciato a combattere apertamente la vittoria sul virus, quasi certamente, non porterà loro una medaglia (che non vogliono né la certezza di un posto fisso che esagerano da anni e ora vedono ad alto rischio).

Infermieri e Cpi precari al tempo del corona virus. «Credo che questo servizio, stante il momento abbia messo in luce le varie falle di un sistema di assunzione ormai obsoleto e che non premia a pieno», dice Eleonora. «Concorsi pubblici dove vengono fatti migliaia di infermieri per domande assurde e per semplice fortuna. Da allora i precari nel vedere sfumare le occasioni di entrare vicino a casa, gli appuntamenti in tutta Italia per provare ad entrare a muovere gli arruolamenti della gran-

ma sfogio via la scintilla per far capire la cosa dice Eleonora, ma per ora il cambiamento infermieristico. Concorsi incerti, migliaia di infermieri in attesa e capannoni, prestazioni fatte per “grazie” il numero dei candidati, graduatorie lunghissime se non a termine. E questo non ci piace».

«L'ultimo esperimento in Italia, quattro anni fa per Livorno, Firenze e Siena», racconta «per la prestazione sono arrivati più di mille persone, ma solo 400 domande in meno di 40 minuti prima di cominciare il lavoro del test. A Chiavari era il primo concorso in Italia, a Roma era il primo concorso. Sono riusciti a superare la selezione e l'ultimo è ora in graduatoria, a quota mille. Ma saranno sei mesi in graduatoria, intanto ha trovato prima in una casa di riposo, ha lavorato in ospedale due settimane nel 2018, da giugno a novembre lo scorso anno, l'anno scorso a febbraio. Sono un contratto interinale, a tempo determinato, per ora fino a luglio. La “chiamata alle armi” contro il Corona virus si presentava non ha cambiato né il presente né la prospettiva del futuro».

LA PROSPETTIVA
«Quando sarà finito verremo gettati via come un pacco di pasta vuoto»

LA SITUAZIONE
Sono una quindicina i “precari” impegnati in prima linea dall'azienda sanitaria

15. Sfruttamento!

degli stessi operatori votati “per missione” alla guarigione ed al benessere del paziente!

La gestione “qualitativa” del personale sanitario è divenuta realtà in più di 500 ospedali negli USA, Australia, Nuova Zelanda, Canada. In Europa è la Francia a diffondere concetti e buone pratiche in grado di certificare un Ospedale come **“amorevole”**; una struttura cioè in cui la qualità ambientale degli spazi interni ed esterni coniugata con l'eccellenza delle prestazioni del personale è in grado di caratterizzarlo come struttura di “eccellenza”.

Il Sistema Sanitario Nazionale ha quindi retto grazie alla **“resilienza spontanea”** ed al **sacrificio** di tutti gli operatori (non solo locali) costretti a decidere in condizioni di **incertezza** determinata dalla frammentarietà, fluttuazione e contraddittorietà delle informazioni legata a un rischio sconosciuto e proteiforme quale è SARS/Covid2!

La “cura” di questo “capitale professionale” viene oggi genericamente declinata dal Piano Nazionale nel **“rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale”**.

Se nulla viene detto sugli adeguamenti necessari in termini quantitativi ancor meno si ritrovano tracce di metodi di gestione “qualitativa” in grado di integrare cura e rapporto “empatico” con il paziente! Il presupposto di una **“cura amorevole”** si fonda infatti sul benessere

¹⁰ Sulla figura del Caregiver descritta da studiosi americani e francesi cfr. il bell'articolo di Claire Legros su Le Monde del 2 maggio 2020 liberamente da me tradotto ed allegato di seguito con il titolo “I CARE”. Cfr. anche il video sulle mie caregivers su <https://vimeo.com/557985738>

¹¹ Cfr. anche l'amaro bilancio finale di G.Melley sulla battaglia perduta per i “159” OSS “Cronaca di un fallimento della politica su FB 16/12/20 https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=2829999073898404&id=100006650175921

Per **stabilizzare, gratificare e valorizzare** personale che ha dato prova di competenza è necessario quindi individuare in ogni realtà locale capacità organizzative e gestionali positive già esistenti quali quelle descritte al San Bartolomeo.

Il **Magnet Recognition Program**[®] elaborato dal sindacato infermieri USA¹² classifica come “forze magnetiche”:

1. una cultura dell'assistenza incentrata sulle esigenze del paziente;
2. *caregiver* competenti nelle buone pratiche di cura;
3. forte sostegno da parte dei datori di lavoro per la formazione del personale;
4. necessità di leadership “trasformativa”;
5. una modalità di gestione partecipativa che conduca a responsabilizzare gli operatori;
6. un clima di collegialità tra medici e *caregiver*;
7. autosufficienza degli operatori sanitari nella loro sfera decisionale clinica;
8. *corretta gestione del carico di lavoro bilanciato tra esigenze del paziente “fatica/stress” dell'operatore sanitario.*

Gli “effetti” osservati empiricamente sono:

1. migliori prestazioni in termini di qualità e sicurezza delle cure, soddisfazione del paziente;
2. maggiore mobilitazione dei *caregiver*: auto-impegno sul lavoro, coinvolgimento professionale, sforzo più produttivo;
3. migliore salute fisica e mentale: diminuzione degli incidenti sul lavoro, (es. esposizione al sangue);
4. equilibrio tra lavoro e vita privata;
5. maggiore attrattiva e fedeltà all'organizzazione: calo dell'assenteismo, “attaccamento” alla struttura, calo del turnover.

Mi rendo conto che porsi obiettivi “qualitativi” in una situazione locale di gravissime carenze di organico e di sfruttamento salariale può essere bollato come un lusso che non possiamo permetterci ma per costruire il futuro, soprattutto oggi, è necessario passare attraverso la forza di una utopia della realtà, credere cioè che anche in questo nostro paese sia possibile avere una sanità che coniughi efficienza e umanità anteponendola al profitto... questi temi sono stati certamente affrontati dalle ASL e dalle organizzazioni sindacali in questi anni ma non appaiono mai come metodica formalizzata all'interno di un progetto di riforma sanitaria.

¹² <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/adamplus/>

Urbanistica della “cura”

Accade oggi alla sanità quanto già visto in passato per istruzione e commercio: per la scuola la distruzione della rete diffusa ad utenza locale in favore della concentrazione in plessi con bacini d'utenza più ampi; per il commercio l'utilizzo della rete globale con consegna a domicilio rapida a prezzi concorrenziali rispetto alla rete dei piccoli negozi di paese/quartiere (Amazon/Ikea).

Dopo la pessima prova dei grandi centri d'eccellenza nel fronteggiare la pandemia gli scenari futuri parlano di necessaria **“territorializzazione”** della cura!

Essa è il portato della combinazione dei seguenti fattori:

- tasso di invecchiamento della popolazione;¹³
- cronicità delle malattie;
- avvento delle pandemie;
- scarsità del personale sanitario;
- sviluppo della robotica;
- Sviluppo della telemedicina;
- Produzione di organi con stampanti 3d.

Scenari che vedono il moltiplicarsi dei punti di cura sconfinano nella distopia fantascientifica in cui flessibilità ed ubiquità delle infrastrutture sanitarie renderanno obsoleti gli ospedali “tradizionali”; telemedicina e robotica consentiranno al malato di curarsi a distanza assistiti da un *pool* di tecnologie avanzate a libero accesso!

«i pazienti non verranno più ricoverati, saranno prelevati a casa e portati in un posto dove saranno operati da Robot!; anche gli infermieri e i Dottori saranno rimpiazzati da essi (sic), onde evitare che degli scioperi oppure problemi di altro genere possano impedire l'efficienza del funzionamento di un ospedale!»¹⁴

Forse questo futuro basato sulla massima efficienza vincerà se non sapremo “tenere l'uomo al centro della cura” e continueremo a pensare all'Ospedale come “impresa” in cui il modello, in conseguenza della compressione dei costi, è basato sulla minimizzazione degli spazi e sullo sfruttamento del personale (esternalizzato e non).

E' per questo che bisogna sostenere in funzione di “antidoto” la Sanità Pubblica mettendo in gioco concetti e buone pratiche già disponibili! Tanto più oggi dove la flessibilità urbanistica della cura ha prodotto sprechi ed errori incomprensibili (es le “fiere” di Milano e Bari riconvertite ad ospedali o il Posto Medico Avanzato della Marina Militare realizzato con tende – militari – davanti all'ospedale di Barletta!) lasciando vuoti i tanti ospedali dismessi!

L'articolazione prevista dal PNRR in case e ospedali di comunità (mini-ospedali territoriali) rimanda alla assistenza tecnica fornita dal Ministero ai Comuni ed alle Regioni per definire “format progettuali” (*E' di oggi la notizia della istituzione dell'apposita commissione speciale del Consiglio Regionale Ligure con funzioni di studio delle opportunità del Next Generation EU!*).

Sarà possibile elaborare un piano urbanistico ASL 5 in cui definire articolazione delle tipologie funzionali/infrastrutturali esistenti in rapporto ai bacini d'utenza per realizzare la “territorializzazione” auspicata?



16. Da “Hospital of the Future” di OMA: una società di vecchi?



17. il robot all'opera!



18. Flessibilità e “Biofilia”!

¹³ L'Europa è conosciuta come il Vecchio Continente. Le attuali tendenze demografiche potrebbero presto dichiararlo il “continente anziano”. Con il graduale passaggio della generazione dei *baby boomer* al pensionamento, la percentuale di occupati con un reddito è diminuita di conseguenza: nel 1960, c'erano sette persone in età lavorativa per ciascuno in pensione; nel 2018 erano solo tre. Mentre la generazione del dopoguerra diminuisce, lo stato sociale che è servito a definirlo sta scomparendo. Possiamo vivere più a lungo, ma non siamo affatto più sani. Sempre più spesso ci troviamo di fronte a un diverso tipo di patologia: i disturbi cronici sostituiscono le malattie infettive come causa prevalente di morbidità e mortalità. Allo stesso tempo, l'Europa sta esaurendo il personale medico. Entro il 2020, l'UE sarà a corto di 230.000 medici, pari al 13,5% del suo bisogno di salute. In una società in cui gli anziani rischiano di diventare i molti, e i “caregivers” diventano sempre meno, come faremo a prenderci cura delle prossime generazioni quando invecchiano o si ammalano? <https://oma.eu/projects/the-hospital-of-the-future>

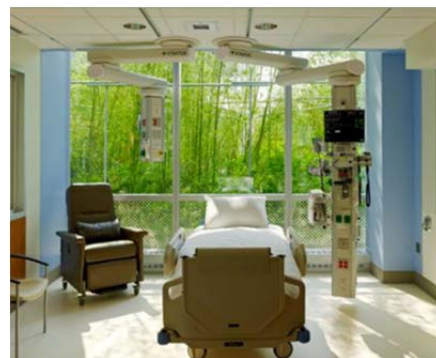
¹⁴ <https://oma.eu/>

Potremo conoscere il destino “transitivo” e/o definitivo del San Bartolomeo e delle altre strutture esistenti e/o dismesse?

Ci sono voluti 30 anni per realizzare il San Bartolomeo e ce ne vorranno 20 per vedere realizzato il Felettino!

E' lecito aspettarsi una manutenzione avanzata e addirittura una ripresa dei “temi” traditi dell'originario progetto di riqualificazione del San Bartolomeo o lasceremo che il degrado proceda per i prossimi 10 anni?

Tutto ciò in un momento in cui il Piano Nazionale dedicato alle prossime generazioni ed intitolato alla “Rinascita e Resilienza” prevede ingenti risorse e il Governo crea un ministero per la sostenibilità!



19. La funzione terapeutica del “verde”

Esattamente come avviene per il personale, la cura del sistema ospedaliero nazionale dovrebbe basarsi sulla **riqualificazione delle strutture esistenti** prima di procedere alla costruzione di nuove strutture.

Il report di Veronesi stimava (2010) in 15 miliardi la ristrutturazione del sistema ospedaliero italiano con ospedali di dimensione ottimale 300/500 letti.

Come già previsto dal Piano strategico ASL 5 del 2011 (in cui si anticipava anche la “territorializzazione” dei servizi non prettamente ospedalieri) San Bartolomeo e Felettino potrebbero assumere rispettivamente i ruoli non confliggenti di ospedale di elezione e di urgenza con identico ambito territoriale di riferimento (Val di Magra-Lunigiana-Golfo-Val di Vara).

Ogni scenario è però fortemente influenzato dalla rapidità dell'innovazione tecnologica e dal grado di persistenza di uno stato pandemico.

Il progressivo spostamento delle attività di cura e screening a casa potrebbe favorire la conversione in stanze singole (in funzione di isolamento e prevenzione delle infezioni nosocomiali, stati di delirio ecc.) o il prevalere di funzioni alberghiere per i pazienti in convalescenza (o per i loro parenti/caregivers).

L'ospedale del futuro sarà quindi “*mutabile, flessibile come la scenografia di un teatro ed il suo spazio trasformabile secondo le necessità legate oltre che alla cura alla ricerca medica all'autoproduzione dei farmaci ecc.*!” non avrà una soluzione architettonica finita ma sarà come **un progetto urbano: un lavoro perpetuo in corso, una condizione, proprio come la città stessa onnipresente, in continua evoluzione.**

Queste citazioni sono recenti ed influenzate dai fattori suesposti ma le ritroviamo nei concetti già espressi da Michelucci nei suoi scritti del 1953 sulla “Città Variabile”.¹⁵

¹⁵ Cfr. a questo proposito le note di Andrea Aleardi sul sito della Fondazione Michelucci in cui viene sottolineato “il ruolo fondamentale dei cittadini nel modificare con le proprie esigenze una società in continuo cambiamento come un'istanza vitale per la città *democratica e variabile*, parte di una storia operante e necessariamente mutevole per essere sempre fisiologicamente contemporanea. Una visione estremamente moderna, declinata oggi in necessità urgente di resilienza delle città e delle comunità, cercando di riportare l'attenzione su un più plurale e organico ascolto di un mondo che cambia, per aiutare il mondo a cambiare”!



20. Un ospedale "verde" nel centro di Parigi!

L'Ospedale del futuro

Quindi nessuna sorpresa se riscopriamo oggi nel San Bartolomeo una straordinaria "anticipazione" costruita dei criteri guida per la progettazione delle infrastrutture sanitarie del futuro che realizza il superamento della tipologia a "Monoblocco"!

Oggi si guarda all'ospedale come "**hub**" dei servizi sanitari territoriali senza confini perché costantemente collegato ai flussi di informazione provenienti da livello puntuale a quello locale/territoriale/mondiale (dal medico di famiglia ai centri di ricerca che monitorano le varianti virali ecc.)

Viene spesso utilizzata la metafora di "**Villaggio della salute**" per costruire un



21. Veronesi visita il San Bartolomeo!

modello in cui alla complessità di gestione della cura deve corrispondere un ambiente **variabile ed empatico** sia per il paziente che per il personale.

La **scala umana** (massimo 3/4 piani di altezza), l'**approccio "biofilico"** (dotazione del **verde** a fini terapeutici e non solo ornamentali), la presenza di **servizi d'uso generale** (il ristorante, il bar, la biblioteca, i negozi, il luogo di culto) e delle **principali funzioni urbane** (la strada, la piazza, il giardino, il parco); divengono la preconditione per una corretta progettazione di Ospedale del futuro.

Questa sintesi è frutto di ricerche¹⁶ e riferimenti e realizzazioni in corso (cfr. "Grand Hôpital à Saint-Ouen" a Parigi di RPBW/Renzo Piano), già sedimentate nel tempo e riattualizzate in pandemia.

Tutte mettono in guardia sul rischio di obsolescenza di strutture progettate e/o in corso di realizzazione nei decenni trascorsi!

A livello locale non possiamo analizzare (non conoscendo il progetto) i feedback Requisiti/Prestazioni del (monoblocco?) "Felettino" ma da quanto abbiamo analizzato Il San Bartolomeo sarebbe perfettamente in grado di corrispondere positivamente al modello di "Ospedale del Futuro" fin qui descritto!

Lo testimonia anche quanto ebbe a dire Veronesi al giovane primario/chaperon (Pieraldo Canessa) durante l'inaugurazione: "...Michelucci aveva progettualmente previsto tutto ciò che Lui e Renzo Piano avevano prefigurato nella ricerca sull'ospedale del futuro!"

Già! "Progettualmente" previsto ma solo in parte realizzato!



22. Il "verde verticale" sulla facciata del San Bartolomeo!

¹⁶ Veronesi/Piano 2010 <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/tools-della-salute/download/lospedale-del-futuro>

Come si è detto il “tradimento” del progetto originario influisce pesantemente sull'integrazione fisica con il territorio circostante e l'assenza delle funzioni “urbane” previste riconducono alla prevalenza della sola funzione di cura rispetto a quelle di relazione!

La stessa piazza (e la sistemazione del verde con la creazione di un “parco”) che inutilmente la Fondazione propose sono ridotte oggi a uno spiazzo bollente piastrellato di cotto ed alla prevalenza dei parcheggi sul verde!

Eppure le potenzialità del San Bartolomeo sono soprattutto oggi ancora intatte!



23. Gli “abbracci impossibili”



24. L'obsolescenza delle nuove strutture



25. Il “nuovo” Felettino in corso di realizzazione a La Spezia

La **planimetria “dendriforme”** ha sopportato interminabili e “ignoranti” lavori di “aggiunte” che non sono ancora riuscite a snaturare completamente l'impianto originale ed è ancora aperta a modifiche ed integrazioni soprattutto delle componenti di **verde massivo** (realizzazione del **Parco Urbano aperto alla città**).

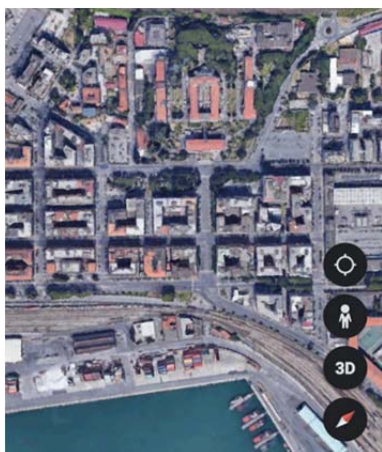
Ancora più attuale potrebbe essere un progetto che assieme al ripristino stabile dell'accesso ai ballatoi/terrazza da parte dei parenti¹⁷ preveda l'uso del “verde verticale” per realizzare un ambiente rilassante per il paziente durante la degenza; la fattibilità di questa componente “**biofilica**” è favorita dalla struttura portante esterna in acciaio che si offre già come naturale supporto a infinite trame di schermature di differenti tipologie di verde per la gioia dei pazienti in camerata

La pandemia ha inoltre messo in evidenza aspetti cruenti nel trattamento della **morte** eliminando tutti gli aspetti rituali ed affettivi che scattano quando qualcuno a noi caro ci lascia! Non solo non ci si poteva vedere/toccare in vita ma ci è stato vietato di dare un ultimo saluto alle spoglie. Ho amici profondamente traumatizzati da questa esperienza...

Non so in che modo Michelucci intendesse sviluppare il “**luogo del commiato**”, non certamente con le salme in batteria dell'obitorio attuale corredato da una striminzita saletta per il rito finale... per quanto riguarda il “**riabbracciarsi in vita**” l'abbondanza di spazi del San Ba consente di realizzare con facilità quanto tentato ultimamente in alcuni ospedali italiani e di ospitare attrezzature specifiche per il riposo del personale.

Lo stesso “modulo/camerata” può essere trasformato in **stanza singola** per contenere infezioni o trattare casi acuti secondo il modello UB (“*Universal Bed*”) già diffuso nei paesi nordeuropei. V'è quindi sufficiente materiale per la programmazione e progettazione di azioni di **rifunzionalizzazione e riqualificazione** che traghettino il SanBa da terzo incomodo a Ospedale del futuro in accordo con gli Enti Locali e la dirigenza ASL da sottoporre ai ministeri competenti per l'inserimento nel PNRR.

¹⁷ Quando ho segnalato la possibilità al personale che mi aveva in cura di poter ricevere amici e parenti nel ballatoio/terrazza alcuni hanno mostrato stupore come se la “funzione” possibile non fosse mai stata messa in conto da chi amministra la struttura...in realtà la chiusura delle porte di accesso al terrazzo in ogni singola camerata tradisce il timore di aumentare i costi di gestione con personale di sorveglianza ecc.



26. Il "Parco"/Ospedale a SP

Conclusioni

La rivoluzione tipologica richiesta dalla nuova fase storica non sembra aver influenzato più di tanto i processi decisionali relativi alla progettazione /realizzazione dei nuovi ospedali.

L'allarme lanciato da OMA (cfr. nota 16) circa la rapida obsolescenza delle realizzazioni in corso e l'elenco dei requisiti (Ospedale come **"hub" dei servizi sanitari territoriali senza confini**, Ospedale come **"Villaggio della salute"**, **nessessità di scala umana**, **nessessità di approccio "biofiliaco"**, presenza di **servizi d'uso generale** in grado di integrare l'ospedale nel **contesto urbano**) cozzano con i caratteri tipologici e posizionali di ospedali in corso di realizzazione (es. Ospedale Felettino con tipologia a 8 piani, periferico rispetto al centro urbano, assenza della componente verde ecc.) e, paradossalmente rendono attuale una riflessione sul recupero delle vecchie tipologie "a padiglione" che sono presenti in molte città italiane; come il Sant'Andrea i padiglioni (generalmente a 3/4 piani) sono già inseriti in veri e propri "parchi urbani"

e fanno parte dei tessuti centrali della città: la presenza di aree libere contigue potrebbe ospitare le integrazioni "a blocco" più avanzate tecnologicamente!...

Ma anche queste rischiano di essere "parole nel vuoto" di chi ha sognato per un attimo che il Virus potesse cambiare in meglio il mondo... Non importa! Prendetela come una testimonianza ed un omaggio alle eccellenze sottovalutate del nostro paese e ad un'epoca lontana in cui la forza delle idee è riuscita (quasi) a produrre un piccolo miracolo! Oggi è tutta un'altra storia!

"RESILIENZA"

- In ecologia e biologia, la **resilienza** è la capacità della materia vivente di **autoripararsi** dopo un danno, o quella di una comunità o di un sistema ecologico di ritornare al suo stato iniziale, dopo essere stata sottoposta a una perturbazione che ha modificato quello stato.
- In informatica, la resilienza è la **capacità di un sistema di adattarsi alle condizioni d'uso e di resistere all'usura** in modo da garantire la disponibilità dei servizi erogati.
- In ingegneria, la resilienza è la capacità di un materiale di assorbire energia in conseguenza delle deformazioni elastiche e plastiche fino alla sua rottura.
- In psicologia, la resilienza è la capacità di **far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici**.
- Nel *risk management*, la resilienza è la capacità intrinseca di un sistema di modificare il proprio funzionamento prima, durante e in seguito a un cambiamento o a una perturbazione, in modo da poter continuare le operazioni necessarie sia nelle condizioni previste sia in condizioni impreviste.

Ho voluto citare tutte queste definizioni perché in esse ho ritrovato le parole con cui definire il comportamento di quel **tutt'uno** che è stato per me il San Bartolomeo e il suo personale.....hanno **fatto fronte in maniera positiva** al più traumatico degli eventi, si sono adattati a condizioni di lavoro iniziali **quasi privi di protezioni e in seguito all'autosfruttamento, usura e contagio** pur di salvare le nostre vite ed oggi dopo "la tempesta" sono **ritornati allo stato iniziale** assieme al loro luogo di lavoro!

La beffa è che il grande piano di rinascita e **RESILIENZA** Nazionale probabilmente non contempla come "missione" la "cura" del nostro patrimonio sanitario esistente e dei suoi "eroici" **Caregivers**....Eppure gli interventi di riqualificazione che abbiamo descritto vanno in direzione di quella sostenibilità che il Ministro delle Infrastrutture (e della mobilità sostenibile) Enrico **Giovannini** in qualità di Presidente dell'Alleanza Italiana per lo sviluppo sostenibile (ASVIS) ha sostenuto nella sua Agenda 2030; inoltre, a partire dal caso locale il "nostro" Ministro del Lavoro Andrea **Orlando** potrebbe estendere a tutto il paese un principio di equità tra le differenti tipologie contrattuali di chi ha aiutato il paese ad uscire dalla catastrofe.

E' a loro, oltreché ai nostri amministratori locali/regionali ed al Ministro della Salute che dedico quindi questo mio secondo appello in difesa di una utopia che si è fatta per una sola volta realtà: quella di un ospedale ideato per l'uomo in cui la "cura" divenne atto di amore verso l'uomo!

Sarzana, maggio 2021

ALLEGATI

Riferimenti

Gli allegati di seguito inseriti sono due articoli:

- Il primo di **Claire Legros** da me liberamente tradotto ed uscito su “Le Monde” il 2 Maggio 2020 dal titolo ***Sostenere l'«altro», un ritorno all'etica dell'«I Care»*** è secondo me la più approfondita analisi del meccanismo di sfruttamento e sottovalutazione dei “lavori di base”; la sua lettura durante la malattia mi ha aiutato a comprendere appieno la vita ed il lavoro di chi mi ha salvato;
- L'altro che io ho sottotitolato Il “Progetto ritrovato” ma che originariamente è stato pubblicato sulla rivista della Fondazione La nuova Città (n° 6 del 2002) a pagg.244/253 con il titolo ***Interno-esterno, dentro-fuori: un contributo per l'Ospedale di Sarzana*** a cura di **Maria Cicinato, Silvano D'Alto, Paola Gari, Pino Lena** che chiarisce forse meglio della mia stessa testimonianza come si tradisce un grande progetto anche ignorando (a distanza di anni) i rimedi suggeriti dagli stessi “Fondatori”.



Emilie Seto, *Le souci de l'autre*, per «Le Monde»

Articolo:

Sostenere l'«altro», un ritorno all'etica di «I Care»

Claire Legros, da «Le Monde», 1.5.2020

LAVORI DI “BASE”

L'epidemia ha portato in primo piano “lavori di base” per i quali il movimento femminista ha lottato per riconoscerne il valore. È un rito unificante!

Ogni sera la gente applaude dalle finestre i lavoratori.

Sui bidoni della spazzatura, messaggi ringraziano gli operatori per aver lavorato nonostante il rischio a cui si espongono; la gente li considera “eroi”, così come il personale paramedico, i cassieri dei supermercati e le guardie di sicurezza.

Ieri erano invisibili! oggi sono oggetto di un riconoscimento senza precedenti! C'è voluta la catastrofe sanitaria per rivelare quanto siano indispensabili per la nostra vita quotidiana.

La crisi ha “ripulito” il nostro sguardo, resa visibile una realtà di solito data per scontata nel fluire ordinario della nostra vita.¹⁸

“il fatto che gli individui provvedano agli “altri”, se ne preoccupino e quindi vegliano sul funzionamento ordinario del mondo, tutto ciò in tempi “normali”, non lo vediamo. C'è qualcosa di estremamente nuovo nel prestare attenzione alle persone che si presumevano essere lì per servire, e la cui funzione appare oggi centrale per il funzionamento delle nostre società”.¹⁹

Molti ricercatori hanno contribuito a definire il significato di “etica della cura”, con l'obiettivo di ri-conoscere i valori morali comuni alle attività di servizio e cura.

Questi studi hanno valorizzato le cosiddette attività ordinarie o di base, spesso assegnate alle donne o ai gruppi più svantaggiati della popolazione.

Ampiamente documentati nelle scienze umane e sociali, questi temi, d'altra parte, faticano ad emergere nel discorso politico.²⁰

¹⁸ Osserva Pascale Molinier, ricercatore in psicologia così sociale e autore di “*Le Care Monde*”. *Tre saggi sulla psicologia morale* (Lione, EDIZIONI ENS, 2018).

¹⁹ Per la filosofa Sandra Laugier, codirettrice del libro *Le Souci des autres. Etica e politica della cura* (EHESS Editions, 2005).

²⁰ Come dimostrato, nel 2010, dalle reazioni al progetto di Martine Aubry che intendeva farne fondamento per la ricostruzione del Partito Socialista. La sua richiesta di una “Società della cura”, di una “rivoluzione dei servizi pubblici” in direzione di una “evoluzione delle relazioni degli individui tra loro” provocò ostilità e sarcasmo. A destra, Nathalie Morizet lo vede come “un ritorno a un discorso di assistenza sociale e buoni sentimenti”, mentre all'interno del PS Manuel Valls teme “un passo indietro per la sinistra e per il paese, perché l'individuo non è né malato né in cura.”

²⁰ Cfr. Carol Gilligan “*In a Different Voice*” 2008.

ATTIVITÀ CON VALORE AGGIUNTO

L'epidemia di Covid19 e l'improvviso avvento di una vulnerabilità condivisa ha cambiato le carte in tavola. Ci si chiede se tale nuovo "orizzonte" possa portare a un ripensamento dell'organizzazione della gerarchia sociale di mestieri oggi riconosciuti "essenziali" ma oggi in fondo alla scala sociale e alla relativa remunerazione.

Se la nozione di "Care"²¹ conserva ancora il suo nome di origine anglosassone, è perché la nostra lingua non ha alcuna parola per tradurre la sua ricchezza semantica.

In inglese, il termine esprime l'atto di cura, ma anche il sentimento e i valori che lo accompagnano: non è tanto una questione di "guarigione" in senso medico quanto di "prendersi cura", cioè di mostrare attenzione, sollecitudine, facilitare la vita altrui con gesti quotidiani che mostrano rispetto e contribuiscono al benessere psicofisico.

Nella storia delle idee, l'etica della "cura" emerge sulla scia degli studi femministi americani per i quali i criteri per il processo decisionale morale possono differire in base al genere.

Di fronte allo stesso dilemma etico, gli uomini ricorrono più spesso ai loro principi di giustizia basati sull'imparzialità e su principi astratti per motivare le loro decisioni, mentre le donne sono portate piuttosto a valutare l'impatto concreto delle loro scelte, il valore e la preoccupazione per l'altro cercando la migliore soluzione per preservare e mantenere le relazioni umane che sono in gioco.

Perché questa differenza? Accusata di "essenzialismo", Carol Gilligan si difende dall'accusa di voler "naturalizzare" queste competenze. Lungi dall'essere innate, la capacità delle donne di sviluppare sollecitudine è, a suo avviso, costruita da un sistema che assegna loro dalla nascita il ruolo di cura del benessere degli altri.

Non riconoscerlo è "Rifiutarsi di vedere la realtà sociale e storica di queste pratiche", dice.

Seppur radicata nella storia del femminismo, l'etica della "cura" non è monopolio delle sole donne.

Dieci anni dopo Gilligan, un'altra intellettuale femminista americana, Joan Tronto, estende la sua riflessione ²²dimostrando che questa capacità di prendersi cura degli altri, il più delle volte appannaggio delle donne, riguarda anche gli uomini in molte professioni. Ma queste capacità sono messe in ombra da valori "prestazionali" o di efficienza.

UN PESO INEGUALMENTE RIPARTITO

Rifiutando di opporre moralità femminile e maschile, Joan Tronto propone una più ampia definizione di "Care" che "comprende tutto ciò che facciamo per mantenere, perpetuare e riparare il nostro mondo in modo da viverlo nel modo migliore possibile".

Questo onere, sottolinea Tronto, è distribuito in modo non uniforme, con i "Care-Givers" (la maggior parte dei quali donne) troppo spesso svalutati.

Merita di essere riconosciuta e meglio condivisa perché mantiene la coesione, anche la sopravvivenza, della società nel suo insieme.

Senza di essa, la vita diventa impossibile.

Secondo Joan Tronto, se queste funzioni vengono svalutate o addirittura ignorate, è perché l'intera società è stata costruita sulla negazione e sull'invisibilità della dipendenza dalla cura.

Il filosofo evidenzia così i limiti di quella che viene spesso percepita come una vita libera e autonoma.

In realtà, questa autonomia auto-rivendicata dipende da vicino da una miriade di individui che hanno una parte importante della nostra vita quotidiana.

E 'spesso solo quando si è di fronte a un cambiamento radicale della vita (malattia, handicap, morte di una persona cara, catastrofi) che può nascere la consapevolezza dell'estrema dipendenza dagli altri per i nostri bisogni vitali.

Secondo Fabienne Brugère,²³ l'etica dell'"I Care" sfida "una società in cui il successo individuale dipende dalla capacità di diventare imprenditori di se stessi con poca considerazione per gli altri o per il collettivo".

Mentre le opere di Gilligan e Tronto hanno immediatamente scatenato un dibattito negli Stati Uniti, in Francia si è iniziato a discuterne solo recentemente.

Vengono affrontati una vasta gamma di argomenti di filosofia morale, sociologia e psicologia sociale: la distribuzione e la delega dei compiti domestici in casa, la presa in carico della vecchiaia e il ruolo delle badanti, del posto dei pazienti e delle famiglie nel processo di cura, dell'organizzazione del lavoro ospedaliero...

²¹ *I care*, questa espressione viene dal cuore della storia americana di questo secolo. La traduzione letterale chiede un giro di parole, dal "me ne faccio carico" a "mi preoccupo", a "ci penso io". Manca, nella versione italiana, il senso della partecipazione, che è la vera ragione del valore morale e politico di queste due parole. "I care", prima di essere un messaggio, è una forma di identificazione. Qualcuno, nella folla di coloro che stanno attraversando un'epoca della storia, si prende la responsabilità di dire: io ci sono, su di me si può contare. Stabilisce un grado di cittadinanza diverso. Diverso anche dal lottare per un diritto. È un atto di offerta non tanto alla spinta per demolire qualcosa, quanto al lavoro per costruire. "I care" è prima di tutto un rapporto di presenza, fiducia, partecipazione. Vediamo come uscire dalle parole, come entrare nei fatti. L'idea è questa. Il mio primo pensiero non è "altri contano più di me e sono i veri responsabili". Oppure: "Ci pensi lo Stato. Ci pensi il Governo". Il primo pensiero è: "Responsabile sono io".

²² in *"Un Mondo Vulnerabile", Per una politica del "care" 1993 2009*

²³ Docente di filosofia all'Università di Parigi VIII, che ha anche contribuito a sensibilizzare l'opinione pubblica sull'argomento attraverso i suoi libri (*L'etica della cura*, 2017; *Il sesso della Sollecitudine*, Seuil, 2008),

Tutti questi sono lavori svolti da persone le cui voci sono soffocate o sminuite per pregiudizio di genere, classe o razza, quelle di colf, aiutanti, badanti...

Affermando l'importanza morale di questi compiti, la ricerca sul lavoro di "cura" sottolinea anche i rapporti di dominazione e le disuguaglianze che lo attraversano.

Storicamente delegati alle donne, i gesti della vita ordinaria sono stati a lungo confinati nella sfera addomesticata e privata. Quando queste funzioni entrano nello spazio pubblico e diventano professionali, le donne sono maggioranza, soprattutto nel campo dell'assistenza medica.

Per lo storico Mathilde Rossi,²⁴ "le professioni di cura di oggi sono derivate dall'economia caritatevole di cura e di semina nel XIX secolo, con l'occupazione gratuita o a bassa retribuzione della maggior parte delle donne".

Ad esempio, tramite il concetto di "vocazione" le giovani si sono convinte ad accettare condizioni di lavoro degradate o addirittura prive di remunerazione.

Questa storia pesa ancora sulle condizioni di lavoro e sulla disuguaglianza salariale. "Il passaggio dalla vita libera a quella professionale si è svolto con una certa confusione, senza che alle competenze dispiegate in queste professioni - attenzione ad altri, altruismo o pazienza - siano riconosciute il loro vero valore", ricorda l'economista Rachel Silvera.²⁵

Le donne si battono per porre fine alle disuguaglianze salariali.

"A differenza delle professioni maschili, inizialmente non c'era alcun valore professionale di queste competenze attraverso la negoziazione, i rapporti di potere o il riconoscimento della formazione e dei diplomi".

DONNE "CAREGIVERS" IN MAGGIORANZA

Negli ospedali, chi si prende cura oggi dei malati Covid19 è in maggioranza donna.

Esse rappresentano un totale dell'87% degli infermieri e del 91% degli operatori umanitari in Francia, con stipendi spesso bassi, secondo l'economista Rachel Silvera²⁶.

La percentuale di donne è del 73% tra i cassieri e i venditori nei supermercati e il 76% degli addetti alla manutenzione.

La percentuale aumenta nelle occupazioni di servizio alla persona, con il 97% delle donne colf, badanti ecc., lavori che combinano bassi salari, viaggi a tempo parziale e viaggi in auto. E quando queste occupazioni di assistenza e servizi sono svolte da uomini, rimangono svalutate, mal pagate e spesso fornite dalle persone più svantaggiate della popolazione. Più recentemente, le analisi del "Care" hanno rivelato una nuova forma di sfruttamento nei servizi alla persona.

Sotto la pressione combinata dell'aumento del lavoro delle donne e dell'emergere di problemi di dipendenza nelle società occidentali, è emerso un mercato globalizzato per la cura degli altri. Questo è uno dei paradossi del femminismo oggi, evidenziato dal lavoro del sociologo americano Arlie Hochschild sulle "catene globalizzate della "I Care": se l'impegno professionale delle donne è stato in grado di svilupparsi nei paesi del Nord, non è tanto perché i compiti sono stati meglio distribuiti all'interno delle famiglie, ma perché sono stati, almeno nelle comunità urbane e benestanti, delegati ad altri meno favoriti, spesso immigrati dall'est.

Nelle grandi metropoli, "le donne che hanno successo socialmente possono farlo solo se altre donne, povere, si occupano dei compiti domestici e dell'assistenza all'infanzia", osserva la sociologa Caroline Ibos, che ha studiato questa delega tramite il rapporto tra l'assistenza all'infanzia e i datori di lavoro a Parigi.

Essere donna, di origine straniera e con un basso reddito, costringe al lavoro di "cura".

È più facile capire in questo contesto perché la riflessione stenta ad emergere pubblicamente.

Generalmente associata all'attività di cura che la donna svolge (anche sentimentale) in famiglia, la preoccupazione quotidiana degli altri è spesso considerata un argomento minore senza grande importanza o valore morale o politico.

"Può anche suscitare un rifiuto fondamentale perché tocca ciò che non si vuole far vedere del nostro corpo e della sua vulnerabilità, e rivela che dipendiamo dagli altri", osserva Sandra Laugier. Per non parlare delle reazioni sessiste che lo rimandano al rango di "stupidaggini", come abbiamo sentito nel 2010.

CRITICA AL MODELLO LIBERALE

I concetti di cui parliamo si inscrivono in una critica all'etica liberale e alle politiche dominanti degli ultimi quindici anni.

"I valori morali ordinari della cura quotidiana degli altri sono difficili da comprendere dagli individualisti per i quali prevale l'autonomia personale", sottolinea la filosofa Sandra Laugier. Per l'eroismo guerriero evocato dal Presidente della Repubblica nelle prime settimane dell'epidemia, l'etica del "Care" predilige la nozione di responsabilità, individuale e collettiva. "Associare la cura alla guerra era un modo per mascherare l'inadeguatezza dello Stato, che non si è preso le sue responsabilità lasciando i "caregiver" non protetti all'inizio dell'epidemia". Ma è anche un controsenso.

Quando sei uno che cura, non puoi non curare.

Si tratta di ethos (modalità di esprimersi socialmente), di relazione con la propria competenza, con ciò che si è in grado di fare e che nessuno può fare al posto nostro.

²⁴ Ha coordinato un numero di The Historical Journal sul "lavoro di cura" dal titolo *Donne, genere, storia*.

²⁵ Co-direttrice della rete internazionale e multi-agenzia di ricerca MAGE ("Mercato del lavoro e genere") e autrice di *A Quarter*

²⁶ Lavora a partire da dati dell'INSEE e del Dares (studi statistici del Ministero del Lavoro)

E giustamente si vuole essere protetti per questo.

La consapevolezza che sta emergendo oggi è sufficiente per invertire la gerarchia sociale dei mestieri e trasformare l'organizzazione della società in modo sostenibile?

Nel suo discorso televisivo del 13 aprile, il Capo di Stato ha promesso un "piano massiccio per la nostra salute, la nostra ricerca, i nostri anziani, tra gli altri", prima di aggiungere, senza menzionare alcuna professione in particolare: "Dovremo anche ricordare che il nostro paese oggi si regge tutto su donne e uomini che le nostre economie ripagano malamente". Abbandonando in seguito la metafora militare, Macron ha concluso il suo discorso adottando la parola "cura" – "Prenditi cura di te stesso, prendiamoci cura l'uno dell'altro e resisteremo".

Tuttavia, il riconoscimento di quanto hanno fatto i "Caregivers" non può accontentarsi di parole o medagliette. I premi nei settori annunciati il 15 aprile non saranno sufficienti. Per Sandra Laugier, "l'affermazione etica dell'importanza e della dignità della "cura" non può essere fatta senza una trasformazione sociale ed una riflessione politica sulla ri-allocazione delle risorse e sulla loro ripartizione in capitoli ben definiti.

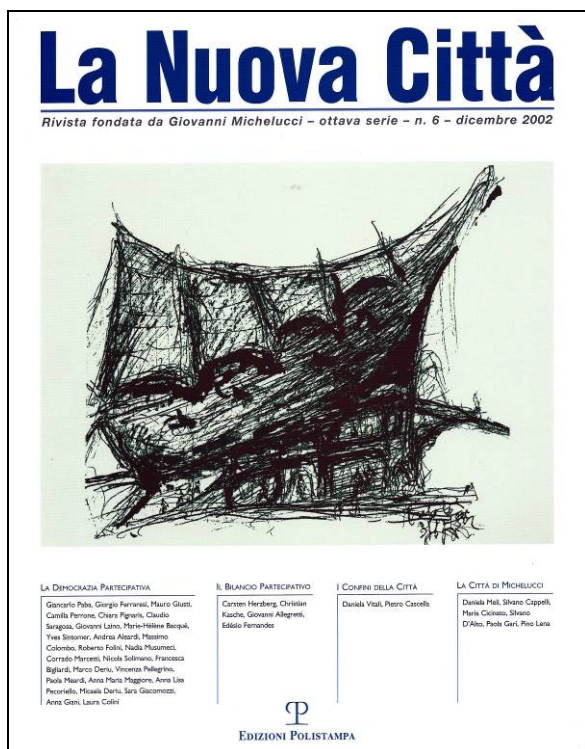
Perché prendersi cura della vita ordinaria richiede tempo e mezzi. "Ascoltare i clienti stressati e continuare a sorridere quando si è alla cassa di un supermercato è un'abilità, così come parlare con una persona vulnerabile alla quale si sta facendo la toilette". Oggi, tuttavia, il lavoro di una cassiera viene valutato in rapporto al numero dei clienti serviti e quello di una colf dal numero delle camicie stirate.

Per l'economista, rivalutare queste professioni è "la condizione essenziale perché gli uomini possano rivendicare i valori morali ad essi associati.

Un modo per lo Stato di distribuire meglio i compiti, e "prendersi cura" di se stesso a sua volta.

Claire Legros

(Le Monde, 2 Maggio 2020)



Articolo:

Interno-esterno, dentro-fuori: un contributo per l'Ospedale di Sarzana

Maria Cicinato, Silvano D'Alto, Paola Gari, Pino Lena, da «La Nuova Città», n° 6, 2002, pp. 244-253

L'ospedale di Sarzana ha subito, dal progetto originario di Michelucci, profonde trasformazioni.

Se si confronta l'opera iniziale e le sue idee-guida con l'opera realizzata-sulla base di una attenta analisi delle profonde revisioni avvenute dopo la morte dell'Architetto- si può agevolmente notare un radicale cambiamento di atteggiamenti e di soluzioni. Dinnanzi ai medesimi aspetti culturali e sociali, agli identici problemi di fondo, l'approccio concettuale e le soluzioni prospettate nelle due fasi – la originaria e quella della profonda revisione – sono frutto di due culture diverse, di due lingue differenti, molto lontane l'una dall'altra, spesso antitetiche.

Si è come in presenza di due diversi vocabolari, che soltanto all'apparenza parlano delle stesse cose. Infatti è talmente diversa la terminologia utilizzata, che muta sotto alla cosa stessa oggetto di attenzione. Da ciò si comprende quanto distanti, se non conflittuali, siano i valori alla base dell'una e dell'altra visione dell'ospedale: l'una si potrebbe definire il vocabolario della "comunicazione sociale" l'altra della "esclusione sociale". Tre esempi, per accennare alla mutazione di linguaggio. Tra progetto originario e revisione successiva: quando là si parla di nascita, qui si dice 'parto'; là si parla di morte, qui di 'decesso'; là si usa la parola 'cibo', alimentazione, qui 'pasto'. Sono termini che racchiudono concezioni culturalmente opposte; l'una fa appello al mondo della vita e ai suoi sentimenti ed emozioni; l'altra si preoccupa di un dato funzionale.

Si è pensato, dunque, come gruppo che si è posto il problema di comprendere come e perché l'ospedale di Sarzana possa aver perduto il suo afflato di umanità e il suo disegno originale, di analizzare punto per punto gli aspetti del disagio: la perdita degli spazi vivibili, dei percorsi confortevoli e rassicuranti, del senso umanamente profondo e partecipato della malattia, della vita e della morte. Sensi e sentimenti che l'ospedale avrebbe potuto e dovuto trasmettere tramite i suoi spazi e il suo funzionamento.

Per rendere più semplice e di più agevole comprensione la nostra analisi, si è pensato di suddividerla in punti molto concreti – che riflettono i disagi dell'attuale uso dell'ospedale – e di articolare ciascun punto in due parti: "che cosa non è stato fatto" e "che cosa si può fare".

Gli spazi esterni all'ospedale

Che cosa non è stato fatto.

Gli spazi esterni, che nel progetto di Michelucci avevano il compito di legare l'organismo dell'ospedale al più ampio organismo urbano di Sarzana, ossia di essere gli spazi nevralgici del rapporto tra città e ospedale, sono diventati squallide superfici inospitali, dove le poche funzioni concesse – parcheggiare, sostare, camminare – sono sgradevoli e faticose, prive di un sia pur minimo senso di cordiale accettazione, sia del malato sia del visitatore.

Purtroppo, complesse e sfortunate vicende hanno portato, dopo la morte di Michelucci, a rivedere nel suo insieme tutta la struttura funzionale e spaziale dell'ospedale, perdendone il senso originario: trasformando la ricchezza degli spazi di vita che il progetto conteneva, in spazi di mera funzionalità medica. Così si è persa un'idea di ospedale che cercava il senso complessivo della salute – l'ospedale per l'uomo, unione di corpo e anima – per realizzare, all'opposto, gli spazi dell'istituzione sanitaria.

Si è realizzato proprio ciò che Michelucci voleva evitare, ossia che si potesse "dimenticare l'incidenza del fattore umano psicologico nel decorso della malattia, l'imprevedibile contributo che l'ammalato può dare nella lotta per il recupero della salute" (in: *L'ospedale di Sarzana*, Comune di Fiesole, Firenze 1980).

Spazi interni e spazi esterni

Tra le conseguenze della grossolana revisione nella concezione dell'ospedale è da porre, dunque, la avvenuta separazione, concettuale e pratica, tra spazi interni e spazi esterni, che nel progetto originario non esisteva. Proprio tale aspetto era un dato progettuale di grande originalità. Perché interno ed esterno costituivano, nella concezione originaria dell'ospedale, una continuità di percorsi e di vita, che oggi non solo è assente, ma, nella sistemazione attuale, è negata. Scriveva Michelucci: "Io sto progettando un ospedale che cerco di rendere gradevole – il paziente non dovrebbe più sentirsi isolato perché la città penetra nell'ospedale – Vorrei togliere ogni diaframma interno alla città, aprire gli ospedali, le carceri e persino i cimiteri... Bisognerebbe abbattere quelle muraglie che dividono la vita di coloro che sono *dentro* dalla vita di coloro che sono *fuori* (in: G. Michelucci, *Dove si incontrano gli angeli* a cura di G. Cecconi. Fondazione Michelucci/Carlo Zena Editore, Firenze 1997, p. 26).

Interno ed esterno erano concepiti – e dovrebbero continuare ad esserlo – come circostanze e momenti organicamente uniti e comunicanti di un diverso modo di concepire l'ospedale: dove il malato e gli ospiti si incontrano per condividere spazi che parlino ancora, per quanto possibile, della casa e della città.

Della casa, che il malato ha appena lasciata, e della città, alla quale aspira a ritornare. Spazi tutti rivolti a stemperare il senso di esclusione e di separatezza che la malattia porta con sé, e aprano alla speranza, come stato d'animo indispensabile per ritrovare la salute e non perdere il senso della vita.

Occorre dunque che si ritorni a concepire e a ricostruire gli spazi esterni come un momento urbano in cui si possano realizzare alcune funzioni e ospedaliere in una promiscuità d'incontro tra il cittadino malato e il cittadino sano, per vivere possibilmente un tempo comune. Questo modo di ricercare il rapporto tra ospedale e città non va pensato soltanto in funzione e a vantaggio di chi è malato, ma è altrettanto importante per chi è sano: del cittadino, che deve sapere di avere un ospedale nella propria città, come fattore di vita urbana.

Vivere la città è accettare ogni aspetto di quella condizione umana a cui la città, per la sua stessa natura, dà luogo e tempo. Separare gli spazi della malattia da quelli della salute, costruire due mondi divisi – dell'ospedale e della città – solo funzionalmente comunicanti. È negare il senso stesso della città: che, nella nostra storia, ha fatto nascere l'ospedale come luogo dapprima di accoglienza e poi di cura. Il malato è un pellegrino che fa il suo viaggio verso la salute: i suoi sentimenti, il suo bisogno di essere accolto e confortato, sono aspetti altrettanto importanti delle cure mediche.

Le “non realizzazioni”

Che cosa si può fare.

La non realizzazione della Residenza Sanitaria Assistita che, variando il progetto originario, si era cominciato a costruire sostituendola agli spazi connettivi tra ospedale e città, dovrebbe essere considerata l'occasione per recuperare, almeno in parte, i criteri di fondo del progetto originario. È indispensabile ripensare e riordinare radicalmente la sistemazione dell'area esterna all'ospedale: organizzando spazi aperti e spazi coperti perché l'ospedale accolga la città e la città l'ospedale.

Si tratta di progettare un sistema di spazi che diventi, come chiedeva Michelucci, “una piazza cittadina (con bar, mensa, ristorante e negozi)... una grande area verde”. In definitiva, un “Giardino degli Incontri” tra ospedale e città.

Il Giardino dovrà essere pensato come uno spazio dove sia gradevole e accogliente la sosta, anche indipendentemente dall'uso dell'ospedale: spazio di tutti, al quale dedicare costante cura, tale da togliere all'edificio ospedaliero ogni residuo di lontananza e di riservatezza che possa trasmettere al cittadino.

Non un giardino all'italiana, ma con un carattere più libero e aperto, una sorta di giardino all'inglese. Un parco appunto, dove la scelta accurata delle piante – legata alla flora e alle tradizioni locali – offra senso di riposo, di ombra, di sole, di luce, facendo vivere le stagioni. Un ampio viale alberato dovrebbe accompagnare, pedonalmente, il visitatore dallo spazio di sbarco dal mezzo pubblico all'ingresso. Piante a foglia caduca e sempreverdi come tigli, magnolie, lecci, ippocastani dovrebbero essere trapiantate già ad uno

stadio di crescita avanzato, evitando gli anni di faticato sviluppo, che rendono sempre tristi e poco utilizzabili gli spazi non protetti da vegetazione rigogliosa. E i fiori siano sempre presenti, a segnare le stagioni dell'anno.

Michelucci chiedeva un giardino con una vasca d'acqua e il movimento e la varietà di pesci: a offrire immagini di distensione e di vita a tutti, non solo ai degenti, per godere di una passeggiata.

Nel Giardino dovrebbe sorgere la "Sala degli incontri": uno spazio del tipo auditorium-teatro, di limitate dimensioni, che offra la possibilità di tenere conferenze, convegni, confronti, informazione; e che possa accogliere teatro e piccoli concerti. Si tratterebbe di uno spazio da utilizzare anche per iniziative della città e del quartiere, facendo così dell'ospedale un luogo di vita urbana: tale che i cittadini non debbano viverlo con quel senso di separazione che oggi è percepibile, e che nuoce sia alla città – priva nei suoi spazi della dimensione umana della malattia – sia ai malati.

Una biblioteca-emeroteca, con materiale informatico, potrebbe avere un uso promiscuo quartiere-ospedale. L'edicola dei giornali dovrebbe trovare più dignitoso spazio in questo piccolo centro di attività urbane.

Infine, va affrontato il problema degli spazi di parcheggio, essenziali in una grande attrezzatura pubblica come l'ospedale. Attualmente il numero di parcheggi risulta già insufficiente. La loro presenza occupa gran parte dello spazio esterno. Le auto sono ingombranti, fonte di polveri e di cattivi odori. Occorrerà prevedere un grande parcheggio sotterraneo, bene organizzato: tale da ridurre, o annullare, il numero di automobili in superficie, sul piano di campagna. E da lasciare gli spazi esterni disponibili per quel grande Giardino, che dovrebbe costituire un impegno delle Amministrazioni pubbliche, per dare dignità alla struttura ospedaliera.

Un ristorante per unire ospedale e città e un cibo che l'ospedale stesso produca.

Che cosa non è stato fatto.

Negli spazi esterni di incontro tra ospedale e città, Michelucci aveva previsto un ristorante aperto alla città, che la revisione ha cancellato senza alcuna motivazione, se non quella, implicita, della totale 'medicalizzazione' dell'ospedale.

Che cosa si può fare.

Il ristorante resta un'idea di fondo e fertile di nuovi sviluppi se ad essa venisse legata, in un disegno più ampio, la istituzione della cucina per la preparazione di cibi all'interno dell'ospedale stesso. La scelta eliminerebbe il pericolo, sempre incombente, che la fornitura dei pasti possa essere assegnata a ditte esterne, e contribuirebbe a caratterizzare quell'incontro tra ospedale e città che è anche, e soprattutto, un incontro tra la cultura della città e quella dell'ospedale.

La preparazione dei cibi non solo è un atto legato con le esigenze dietetiche, ma è per eccellenza un atto culturale, utile per promuovere l'inserimento dell'ospedale nella cultura della comunità locale.

Il cibo, com'è noto, rappresenta un momento fondamentale della vita di relazione; significa riconoscersi in una collettività, vivere in un determinato contesto sociale, rispettare l'appartenenza a radici culturali certe. Ancora di più, per una persona malata, ricoverata in ospedale, in un ambiente estraneo, in un contesto che esclude le quotidiane abitudini, un'alimentazione, curata nei particolari, che richiami, per quanto possibile, sapori, colori e forme note, proprie della cultura di appartenenza, è un antidoto sicuro contro il processo di 'straniamento' subito dal malato (il suo brusco e radicale allontanamento da casa).

Un cibo "vero" porta piacere nella giornata monotona ed opaca del malato e così, rinforzando il suo sistema immunitario, contribuisce in modo sostanziale alla sua guarigione.

A Sarzana, poi, c'è un'opportunità in più: la gustosa, intelligente cucina del vecchio ospedale ha sempre riempito di piacere sia i malati che il personale sanitario; una costante attenzione alle abitudini culinarie della Lunigiana, qualche novità degustativa, hanno trasformato una necessità quotidiana in un piacere per il palato, per lo stomaco e per l'immaginario. La "mensa" è stata trasformata in "tavola", ossia in una esperienza conviviale.

E c'è ancora, in aggiunta, la fortuna rara di avere una squadra di cuochi in cucina, consapevole dell'importanza e della delicatezza del ruolo professionale svolto. Ciò può permettere un piacevole dialogo a tre (malati, operatori sanitari e cuochi) sulle scelte culinarie da fare, per il miglioramento del piacere e quindi della salute dei ricoverati.

Tale patrimonio rischia di essere buttato via, o sottoutilizzato, per cecità.

Quanto detto, infatti, non può essere compreso dalla burocrazia che attualmente governa la fretta 'anoressica', ed i conti le impediscono di comprendere non solo quali siano gli interessi dei malati, ma persino i propri.

Infatti, la "cucina di Turi", oltre a produrre i risultati positivi di cui si è detto, già abbondantemente sperimentati, potrebbe, in una politica seria dell'accoglienza, anche autofinanziarsi.

Nella visione dell'ospedale inserito nella città, la cucina, oltre agli ammalati ed ai loro visitatori (alcuni dei quali potrebbero usufruire di una foresteria), oltre al personale in servizio, potrebbe agevolmente alimentare studenti e lavoratori della zona, attirando, con una gestione accogliente e lungimirante, che sapesse diversificare gusti e prezzi, quanti sono invece costretti all'obbligo del frettoloso panino quotidiano. Ugualmente potrebbe soddisfare le necessità delle persone anziane ricoverate nella casa di riposo.

In un ospedale integrato con la città ed innanzitutto con il quartiere più prossimo, in un ospedale che diventerebbe uno dei crocevia urbani per iniziative di convivenza, sarebbe ben gradito un assaggio della "cucina di Turi".

Si pensa, invece, di disperdere questa pubblica ricchezza, ricorrendo nel tempo a ditte private, specializzate in pasti per comunità.

Lo stesso 'spaccio', aperto in ritardo e di malavoglia, è soltanto un bar; non è un piccolo emporio per le minute necessità dei ricoverati.

Perché i percorsi interni dell'ospedale sono troppo lunghi.

Che cosa non è stato fatto.

L'ospedale era progettato per un alto livello di organizzazione tecnica: un ospedale nuovo doveva essere pensato per il futuro. Si fondava sul principio che la comunicazione e i messaggi relativi agli scambi tra reparti, tra personale medico e infermieristico (per visite, incontri, diagnosi, cure, analisi, ecc.) dovessero passare da un'area all'altra dell'ospedale prevalentemente tramite trasporto meccanico o informatico. Questa era e resta la condizione essenziale al buon funzionamento dell'ospedale: che non appartiene né alla tipologia del monoblocco, né alla tipologia a padiglioni separati. È un organismo più complesso, organico, che dovrebbe essere vissuto come una piccola città.

Per questo, i percorsi interni lungo le degenze non dovevano rappresentare solo una distanza da coprire, ma si aprivano opportunamente in spazi di accoglienza – piccoli salotti – per l'incontro dei degenti con parenti e amici fuori dalla sala di degenza (ovviamente quando ciò fosse possibile), dando dignità all'incontro con i familiari: trovando per gli incontri una forma più dignitosa e confortevole che non la sponda del letto o la seggiolina a fianco del medesimo. Ciò per ricreare le condizioni il più vicino possibile ai modi e alle forme della vita familiare – come Michelucci chiedeva – e per costruire, nell'ospedale, un'atmosfera semplice, uno stato d'animo sereno, rassicurante e incoraggiante nel sempre difficile percorso che il ricoverato e i suoi parenti ed amici dovranno compiere.

Ora, tali spazi, esterni alle degenze, studiati opportunamente non solo in relazione ai percorsi interni, ma anche all'affaccio sugli spazi esterni – il mondo al quale il malato aspira ritornare – sono stati occupati da altre funzioni: producendo così quei corridoi lunghi e annoianti che il personale sanitario, costretto a percorrerli nelle innumerevoli esigenze di servizio – invece che far muovere le cose e le informazioni – trova lunghi in misura irragionevole.

E proprio l'opposto di quanto aveva cercato di realizzare Michelucci che, in relazione a questo problema, osservava "...principale scopo è interrompere la ben nota monotonia ossessiva dei lunghi percorsi rettilinei, che può indurre noia, insofferenza e persino ansia in chi li percorre". Per questo il corridoio centrale fra le due camerate doveva essere frazionato in sezioni di una quindicina di metri, inframezzato da larghi spazi laterali, dalle cui vetrate sarebbero dovuti penetrare la luce e il verde, e in cui i malati in via di guarigione e i loro familiari avrebbero potuto riposare o sostare.

Occorre riflettere che gli spazi di un progetto non si possono trasformare impunemente: senza farsi pienamente consapevoli e responsabili delle conseguenze che quei cambiamenti introducono nella percezione e nella esperienza di chi quegli spazi dovrà vivere.

In effetti, i cambiamenti introdotti nel tempo per esigenze nuove, che ragionevolmente esistono in qualunque organismo edilizio – destinato ad accogliere la vita mutevole degli uomini – avrebbero richiesto costantemente una verifica complessiva, a livello di tutto l'ospedale, del nuovo sistema di spazi e di funzioni che si veniva a determinare.

L'ospedale non è la somma delle singole funzioni, ma una realtà più alta e complessa, un organismo di vita comune.

Michelucci considerava un fattore importantissimo la trasformazione dello spazio: la sua meta culturale era pensare e progettare per la "città variabile". Ma ogni trasformazione richiede di ricondurre il problema alla visione d'insieme. Altrimenti si risolve un problema per un aspetto, ma si disconnette quell'aspetto dal tutto: con le conseguenze che l'organismo complessivo funziona male.

Dopo la morte di Michelucci il 'sistema ospedale' ha subito, dunque, due traumi: in primo luogo, la sua riduzione, già si è detto, a macchina sanitaria – sopprimendo gli spazi di vita comune – per limitarsi a curare medicalmente i corpi. Perdendo così di vista quell'aspetto di accoglienza e di vita, che si prende cura del malato in modo più ampio e sensibile. E, secondariamente, ha subito la pesante divisione degli spazi, avvenuta per quella carenza di visione complessiva del tutto, di cui si è detto.

Anche la mancata scelta di articolare gruppi di degenti affidandosi al servizio continuo e permanente di un team fisso di infermieri, personalizzando, in un familiare rapporto faccia a faccia con l'ammalato, il rapporto ospedaliero, ha aggravato i disagi e le irrazionalità pratiche dei movimenti. Al contrario, realizzando tale scelta, si sarebbero resi – e certamente si renderebbero – più razionali e contenuti, in termini di percorso, i movimenti orizzontali e verticali del personale.

Che cosa si può fare.

In primo luogo, cercare di ristabilire un senso di comunità attiva, frutto di comprensione e di concordia. È questo il maggiore segreto per poter vivere e trasformare gli spazi dell'ospedale secondo lo spirito originario del progetto Michelucci. Nessun progetto, per quanto ben pensato e congegnato, può dare i suoi frutti di vita armoniosa, se la comunità non si dispone a vivere secondo tale spirito.

Gli spazi di un organismo progettato sono una proposta che va compresa nei suoi contenuti e nei suoi suggerimenti più profondi: va accolta in quella sua tacita richiesta che ciascuno si disponga nella reciprocità di spirito e di comportamenti suggerita dalla sapiente e comunicativa articolazione degli spazi. Rispondendo così non solo alle esigenze di un organismo funzionale, ma al bisogno di realizzare una "comunità della salute": che ha come fine di instaurare un diverso rapporto tra malattia e malato, tra malato e comunità ospedaliera, tra ospedale e città. Ossia c'è la necessità di formare, col concorso di tutti, una comunità ospedaliera che voglia perseguire una nuova concezione dell'ospedale, come un messaggio alla società e alla città.

Ogni componente dell'ospedale – le singole persone come lo staff dei servizi e della cura – dovrebbe porsi in questa direzione: di trasmettere al malato e alla città l'obiettivo della salute, assai più che quello della macchina sanitaria, superando la concezione meramente funzionale e asettica dell'ospedale. Concezione e prassi che oggi si è instaurata di fatto nell'ospedale e che scontenta tutti: malati, personale medico e paramedico, visitatori.

Continuando a ricercare le cause di questo stato di cose, si può osservare che è mancato, fin da principio – durante i lavori di costruzione o almeno a realizzazione ultimata dell'opera – un lavoro comune, aperto e condiviso, tra le diverse componenti ospedaliere: per la comprensione delle intenzioni e dei criteri che avevano dato vita al progetto iniziale. Per comprenderne a fondo

la semantica degli spazi. Cosicché, con tale lavoro propedeutico, ciascuno potesse disporsi nella direzione della giusta interpretazione del significato degli spazi realizzati. In modo che la nuova vita dell'ospedale fosse per quanto possibile permeata dei valori di umanità e armoniosità, secondo l'originaria concezione progettuale e il grande impegno di un lunghissimo e contrastato percorso creativo.

Tale lavoro propedeutico è mancato e dovrebbe ora essere messo in atto: come premessa dalla quale non è possibile prescindere, con l'impegno di tutti; posto che si sia tutti concordi nelle finalità che la comunità dell'ospedale intende perseguire.

È indispensabile verificare la possibilità di ritrovare almeno alcuni degli spazi di vita comune soppressi all'esterno delle degenze: arredandoli con lo spirito della casa, rendendoli spazi dell'accoglienza per uno "stare" sereno. L'arredo di tali spazi ha una grande importanza: l'uso intelligente del legno e dei colori per rendere gradevoli e confortevoli gli spazi era essenziale nel pensiero e nell'opera di Michelucci. Ora gli arredi sono metallici, impersonali e privi di identità: gli spazi si percepiscono scostante.

Si può cominciare con un tentativo di recupero di una limitata area dell'ospedale: per verificare, con l'impegno di tutti, se quegli spazi e quei comportamenti di accoglienza si possono attuare con l'impegno di tutti. Se la comunità ospedaliera non si impegna in questo obiettivo, gli spazi, anche se riconquistati, resteranno probabilmente vuoti e incommunicanti. Il cambiamento che si chiede è infatti profondo: di mentalità, di atteggiamenti, di comportamenti, di valori. Perché il malato diventi il "vicino" che ha bisogno d'aiuto.

E, contemporaneamente, è necessario ricercare quel livello di organizzazione tecnologica indispensabile per il buon funzionamento dell'ospedale: attivare la posta pneumatica, organizzare la trasmissione delle informazioni su video e via fax, realizzare quella segnaletica di movimento per i visitatori che è indispensabile in spazi pubblici e che per ora giace – pare – in un piano studiato e non attuato.

Le degenze: gli spazi della vita quotidiana in ospedale

Che cosa non è stato fatto.

Nel progetto originario era stata posta grande attenzione perché il degente potesse trascorrere il suo tempo nel rispetto di un'esigenza fondamentale: la riservatezza. Ci sono momenti e circostanze in cui il malato ha bisogno di stare solo nel suo letto, protetto dalla promiscuità delle presenze vicine; e momenti invece in cui può fargli piacere scambiare una parola con gli altri degenti. Michelucci aveva previsto che, tra i letti della sala di degenza, venisse posto un elemento di separazione mobile: in modo che il malato potesse servirsene per staccarsi dagli altri oppure per sentirsi insieme e vivere un tempo comune di partecipazione e solidarietà.

Gli elementi divisorii dovevano essere in legno, così come il piano-scrittoio sotto la finestra davanti al letto. Né i divisorii né il piano-scrittoio sono stati realizzati: con ciò mancando di dare risposta a quel bisogno di intimità e di riservatezza che doveva essere un tratto fondamentale del modo di vivere lo spazio delle degenze nell'Ospedale di Sarzana. È stato così volutamente trascurato un altro aspetto di quella più ampia concezione dell'ospedale come risposta al bisogno di salute e non solo di medicamento sanitario.

Che cosa si può fare.

Si può riprendere il progetto originario per realizzare, secondo quel disegno, una o due sale di degenza, verificandone le conseguenze in termini di miglioramento del conforto per l'ammalato. Se la nuova sistemazione dovesse mostrarsi decisamente positiva, si potrà estendere la soluzione alle altre sale di degenza dell'ospedale.

È importante che, in questo arredo, venga fatto uso del legno per dare all'ospedale il senso della intimità della casa. E anche per non dimenticare che la cura dei più semplici elementi funzionali degli spazi di vita è un fattore di quella ricerca della salute, che si è detto dover essere preoccupazione costante dell'ospedale.

La nascita: gli spazi dell'inizio della vita

Che cosa non si è fatto.

L'ospedale, una volta completato dopo ampia revisione, non ha tenuto conto di bisogni profondi che il progetto iniziale aveva ben presenti. Il progetto è stato cambiato; ci si è preoccupati soltanto di alcuni aspetti: ad esempio che l'ostetricia fosse vicina il più possibile alla sala operatoria.

È prevalsa, dunque, sulla fisiologia l'interesse per gli aspetti patologici e, quindi, per l'efficienza quantitativa. Il nido appare come il luogo, al di là del vetro, dell'esposizione dei "prodotti".

Michelucci ha sempre curato il raggiungimento di un equilibrio tra spazi dedicati alla riservatezza e spazi dedicati alla socialità.

Al contrario, l'attuale organizzazione prevede la sala parto in fondo al reparto: questo comporta che tutte le gestanti vengano, di giorno e di notte, spaventate e disturbate dalle urla della donna in travaglio, la quale, d'altra parte, non può esprimere il proprio dolore in un ambiente sereno e riservato.

Uguualmente, si assiste ad una violazione della privacy quando, per andare in sala operatoria, la donna passa in barella davanti alla sala d'attesa, ove sostano visitatori ed altre persone con ben altro ordine di problemi.

Michelucci ha profondamente rispettato questo sentire. Ad esempio: ha previsto le stanze per le puerpere con lo spazio per il letto della madre, con a fianco la culla del bambino; quindi uno spazio attrezzato nella stanza, ogni due madri, ove l'ostetrica avrebbe potuto insegnare le prime regole del trattamento amoroso del lavare il bambino e del cambiarlo. Ha previsto il ballatoio, fruibile per

l'allattamento, con vista semicircolare sull'anfiteatro delle ultime propaggini dei monti sarzanesi: una percezione forte per la madre della sua bella terra di appartenenza, quale salda, prima prevenzione contro le depressioni *post-partum*.

Erano stati pensati spazi diversi: per la presenza di una donna della famiglia vicino alla partoriente, per la presenza o meno del padre, a seconda delle culture. Aveva dunque previsto spazi che favorissero la nascita, non solo quale fondamentale momento individuate, ma anche come momento di gioia corale della comunità che si rinnova: così com'era, un tempo, quando si nasceva a casa.

Lo spazio che Michelucci aveva proposto offriva la possibilità di nascere utilizzando modalità meno medicalizzate e più naturali, individuando, nella variabilità delle soluzioni, una rete di possibilità a seconda della scelta della madre, nel rispetto della sua cultura e, certamente, nel rispetto delle condizioni di salute della madre e del figlio.

Che cosa si può fare.

Sarebbe pertanto necessario innanzitutto che gli operatori, coadiuvati da mediatori culturali, acquisissero conoscenze di base sulle risposte che vengono date a problemi così delicati da parte di altre culture. Sarebbe, poi, utile che, durante le tappe di questo delicato percorso, il dialogo tra la madre e l'operatrice sanitaria fosse facilitato dalla presenza di tale figura professionale; senza dimenticare che fa parte della diversità culturale anche l'uso diverso dello spazio, della luce, dell'ombra e del buio.

Dinnanzi alla paura della vita da parte dell'uomo bianco, nei reparti di ostetricia, i vagiti di una lingua universale sono emessi sempre più da piccoli africani, da piccoli asiatici, da piccoli latinoamericani.

Il problema della nascita chiama in causa valori profondi del rapporto tra madre e figlio, nette circostanze di tempo e di spazio, perciò di cultura, in cui tale rapporto si realizza.

Nella nascita, con il bimbo c'è la madre, con il suo dolore fisico e il piacere tenero: simili, ma diversi da cultura a cultura: ed intorno al bimbo e con la madre c'è il padre e la famiglia, con le loro abitudini, le loro regole, i loro sentimenti e le loro tradizioni.

Occorre riflettere che di fronte all'operatore sanitario c'è una persona, non un individuo senza storia, né personale, né sociale, senza radici; non una sembianza d'uomo 'pigiamizzato': ma una persona tutt'intera, con la sua dignità.

Occorre dunque ritrovare in questo delicato aspetto della vita dell'ospedale e di tutta la comunità quella intelligenza e sensibilità di rapporti che il progetto originale conteneva.

L'obiezione ricorrente dei costi, in questo caso, non ci sembra pertinente: soluzioni decenti ai problemi non sono soluzioni che costano di più; ma sono soluzioni che si possono adottare soltanto se la Direzione generale e la Direzione sanitaria hanno una cultura dell'organizzazione con al centro i bisogni del cittadino e, nel caso della nascita, se sono animate da un profondo sentimento di *laetitia*. "*Laetitia* (a differenza di *gaudium*, che esprime la gioia intima, soggettiva) è la gioia che si manifesta esteriormente, in una collettività; esprime un concetto anche legato alla fertilità, alla rigogliosità" (dizionario: F. Calonghi).

La morte: gli spazi della riservatezza estrema

Che cosa non è stato fatto.

Questo momento di passaggio è già arduo di per sé. È ancora più duro, se avviene in un ambiente estraneo.

In ospedale è un dovere sacrosanto, che corrisponde ad un diritto primario della persona, quello di garantire almeno un ambiente riservato, che permetta di morire accompagnati sulla soglia dai propri cari; che permetta di esprimere la tenerezza che inonda l'ultimo reciproco saluto; il caldo dolore che sgorga da una memoria che brucia.

Michelucci aveva previsto nella stanza di degenza un pannello divisorio mobile che permettesse, tra l'altro, l'espressione pudica del dolore.

Sta poi al quoziente medio di civiltà di un'organizzazione sanitaria quello di creare, di volta in volta, le condizioni che favoriscano l'esercizio concreto di tale diritto. Ci risulta che ciò non sempre avvenga.

Per quanto riguarda poi il rapporto tra la persona morta ed i suoi cari, ciò che appare, subito dopo l'evento, ai visitatori accorrenti è una "batteria" di salme, collocate, tutte insieme, in attesa; senza alcuna previsione di spazi di riservatezza.

Quello che, infatti, connota l'obitorio, con i suoi spazi stretti, nei quali il dolore è trattato, con indifferenza, come una pratica burocratica, è la rapida riduzione del morto ad oggetto, una cosa da trasportare: non è più una persona: come se non lo fosse mai stata.

In un obitorio così ridotto a "scatola per le cose da buttare", non c'è alcun rispetto per il lutto.

Che cosa si può fare.

Al contrario, Michelucci, quando progettò gli spazi dedicati all'evento luttuoso, aveva ben presenti le parole di Alfonso Maria Di Nola, quando diceva che "Il lutto costituisce quell'insieme di modalità attraverso le quali l'uomo, posto di fronte ai grandi eventi che appartengono al suo ciclo biologico e, quindi, all'ineluttabilità della sua estinzione, simboleggia il ritorno alla vita".

Per il laico, per il nucleo familiare, per la comunità esso rappresenta il ritorno alla vita, il momento che riporta il gruppo alla normalità dell'esistenza. Per il cristiano, al contrario, si tratta anche del passaggio alla "vita eterna".

Occorre che, per questi spazi che fanno riferimento a un fondamentale momento della vita, si riprenda in considerazione il progetto Michelucci, non tanto per applicarlo alla lettera, quanto per riscoprire il senso della pietà che deve coinvolgere questo evento estremo: che oggi appartiene alla routine dell'ospedale, ma non è tale per la persona che muore né per coloro che affettuosamente le stanno accanto.

La chiesa: gli spazi del 'sacro'

Che cosa non è stato fatto.

Certamente, per individuare uno spazio che rappresenti il 'sacro', qualsiasi spazio, se riempito dal desiderio, dalla pulsione dell'uomo verso questo legame, verso questa particolare relazione, può andare bene.

Ma se si vuole aver rispetto per i riti, attraverso i quali le diverse religioni rappresentano ed incanalano tale relazione, si deve prevedere uno spazio di comunità, che aiuti l'uomo ad ascoltare sé stesso.

Il misero, spoglio, 'scatolino' previsto dalla revisione del progetto, umilia il sentimento del sacro che vive in gran parte degli uomini.

Inoltre, in questo tempo in cui la nostra terra ospita, con grande frequenza, incontri di culture e religioni diverse, lo spazio dedicato al 'sacro' dovrebbe essere uno spazio aperto ed utilizzabile da parte di tutte le religioni.

Michelucci ha progettato numerose chiese, mai come luoghi di chiusura e di possesso di un 'tesoro', ma come spazi aperti d'incontro, di ricerca e di dialogo.

Aveva concepito la 'cappella' come un luogo di intimità e di concentrazione: uno spazio in cui ciascuno avrebbe potuto trovare un momento di isolamento e di silenzio. Era quindi uno spazio per vivere un valore universale, che avrebbe dovuto, nel suo significato più profondo, prescindere da una determinata finalità confessionale, per diventare luogo di pace e di conforto. Ciò, evidentemente, senza prescindere dalla possibilità di rispondere alle esigenze del culto e della fede praticate.

Il progetto di Michelucci cercava una continuità tra questo spazio e i percorsi dell'ospedale, eliminando ogni senso di separazione e di esclusione: concependolo in una armonica successione con gli altri spazi, come differenti momenti di vita. ciascuno orientato nel senso del conforto e della salute.

A questa esigenza si è data risposta che contraddice gravemente questi principi, mortifica questi valori: realizzando uno spazio del tutto inadeguato e senza alcun legame con l'idea e il progetto originari. Ciò concorre al degrado complessivo degli spazi dell'ospedale.

Che cosa si può fare.

È importante riprendere quell'insieme di bisogni del profondo a cui la concezione originaria dell'ospedale cercava di dare risposta. E' sulla base di tale riflessione riscoprire il progetto iniziale: per verificare, con la partecipazione di tutte le componenti interessate alla vita dell'ospedale, i valori espressi ed eventuali nuove esigenze che il tempo presente ha fatto emergere. Occorre fare di questo spazio un luogo di sosta per una umanità sofferente, che cerca conforto e fiducia, evitando di farne uno spazio esclusivo per una parte soltanto dei degenti e dei cittadini.

Nel caso della chiesa, come anche dell'obitorio, non è ammissibile l'obiezione dei costi: quello che è necessario ritrovare, per affrontare degnamente questi problemi, è il sentimento della *pietas*.

Purtroppo si assiste al paradosso grottesco di un ospedale, accusato di spreco di volumi, nel quale non si riescono a prevedere spazi idonei per funzioni essenziali quali quelle descritte.

Qualche osservazione finale

Certamente, se da parte della Direzione (o meglio delle Direzioni che, con diverso colore politico, o senza colore, si sono succedute nel tempo), non c'è questa doverosa consapevolezza culturale sulla funzione dello 'spazio' in Michelucci, come "percorso per gli incontri" e sul valore di tale spazio "quale funzione della salute dei cittadini", tutto viene facilmente appiattito sulla dimensione della 'ragion burocratica'. Per cui, non comprendendo il senso dello spazio, si è avvertito un forte fastidio di fronte alle sollecitazioni del progettista: ci si è affrettati a concepire gli spazi di relazione e di incontro come sprechi, come 'vuoti' da riempire. Viene in mente l'atteggiamento di quei visitatori coloniali che hanno riferito che il deserto del Sahara è costituito da terre "vuote". mentre è oramai consapevolezza comune che sia un prezioso spazio di vita.

Comunque, questa operazione di sterilizzazione ed annichilimento ha prodotto a catena conseguenze sempre più negative: la prima delle quali è stata la volontà di rigetto da parte del personale nei confronti dei lunghi, faticosi, percorsi quotidiani nei corridoi: spazi infatti vissuti come inutili vuoti.

Michelucci, nel dialogo con gli Amministratori del tempo della prima progettazione, aveva previsto – si ama ricordarlo nuovamente – l'utilizzo della tecnologia avanzata (posta pneumatica, ascensori, elevatori, rete informatica, ecc.) per gli spostamenti dei materiali, delle persone e per lo scambio delle informazioni. Ciò si è realizzato in misura del tutto inadeguata rispetto alle previsioni.

Aveva inoltre previsto, sulla base di note esperienze europee, un'organizzazione "per piccole équipes", che responsabilizzasse maggiormente, attraverso un costante miglioramento della reciproca conoscenza e del rapporto di fiducia, il personale sanitario nei confronti del singolo paziente.

Un ospedale nuovo ha bisogno di essere compreso gradualmente; per cui sarebbe stato essenziale, prima di aprirlo organizzare incontri tra il personale e la Fondazione Michelucci.

Poi, anche in seguito, sarebbe stato oltremodo utile monitorare i diversi aspetti della progettazione realizzata, in particolare quelli che, essendo più innovativi, sarebbero apparsi di più difficile comprensione.

Un ospedale nuovo vive, così come una casa nuova vive, se è garantito il dialogo costante tra coloro che lo abitano: i cittadini malati e gli operatori sanitari. E quindi avrebbe dovuto essere previsto un percorso comune, continuo, per operare gradualmente le necessarie mediazioni ed i doverosi aggiustamenti, al fine di creareintonie sempre più fini tra spazi dedicati ed organizzazione del lavoro del personale ospedaliero.

Ma chi avrebbe potuto avere interesse ad alimentare questo processo democratico, e quindi a farsene garante e promotore, se non i legittimi rappresentanti della comunità? Attualmente il loro ruolo è molto secondario e appannato: si auspica che l'Assemblea dei Comuni possa avere oggi un ruolo più incisivo. La buro-tecnocrazia al potere, prevista dal modello giuridico attuale, porta nel sangue soltanto l'enzima della sua frettolosa autoriproduzione, nel tempo breve di un presente eterno, senza rispetto per la memoria della comunità, senza responsabilità verso il futuro dei figli che verranno. Per cui la Direzione, non appena aperto fisicamente l'ospedale, ha lasciato fare; cioè ha permesso che si occupasse – 'militarmente' – ogni spazio possibile, in modo che si ricostituisse rapidamente – dopo aver giocato un tragico "Monopoli" – il precedente equilibrio dei poteri all'interno dell'ospedale.

La progressiva privatizzazione dell'ospedale, con l'assegnazione di funzioni e servizi a ditte esterne o la concessione a enti 'esterni' di spazi giudicati eccedenti, stanno distruggendo l'ospedale come unità organica e come servizio alla comunità. L'edificio ospedaliero diventa il contenitore di funzioni distinte e separate, elementi di un aggregato che non si incontrano se non per necessità tecniche e funzionali, e di bilancio. L'ospedale come luogo in cui la salute diventa la ricerca e il valore indiviso e condiviso di una comunità è obiettivo che più non esiste: riassorbito nel paradigma dell'efficienza d'impresa.

Ma tutto questo, quanto ha a che vedere con i diritti dei cittadini malati e con l'impianto progettuale di uno dei più grandi architetti del Novecento?

Maria Cicinato, Silvano D'Alto, Paola Gari, Pino Lena

(«La Nuova Città», n° 6 2002)

La prima firmataria dell'articolo, Maria Cicinato e Silvano D'Alto sono scomparsi. L'impegno degli altri firmatari continua nella direzione da loro indicata.

