

Umanizzazione degli spazi di cura: progettazione di ambienti inclusivi per pazienti odontoiatrici con disabilità

Francesca Marone, Francesca Buccini

Università degli Studi di Napoli Federico II

Abstract: L'approccio alla progettazione degli ambienti sociosanitari non va più inteso solo in funzione della cura delle malattie, ma deve essere in grado di collegare le istanze di umanizzazione, attraverso il design dei luoghi di cura, con il miglioramento delle condizioni dei pazienti e della soddisfazione del personale. Diversi studi evidenziano quanto gli spazi possano avere effetti positivi sia sui pazienti, in termini di partecipazione, di contesti favorevoli ai processi di guarigione, d'impatto vantaggioso per quanto riguarda gli esiti clinici della malattia e di condizioni di sicurezza, sia sul personale, in termini di benessere organizzativo, aumento delle performance e riduzione dei conflitti. Il seguente contributo intende riportare una pratica formativa realizzata durante il corso di pedagogia e didattica speciale con gli studenti del corso di laurea magistrale in odontoiatria e protesi dentaria che si sono cimentati nell'ideazione di ambienti innovativi e inclusivi, incrementando competenze professionali.

Parole chiave: umanizzazione, progettazione, cura, odontoiatria.

Abstract: The approach to the design of social and health care environments should no longer be understood solely as a function of the treatment of disease but must be able to link instances of humanisation through the design of health care places with the improvement of patient conditions and staff satisfaction. Several studies show how spaces can have positive effects both on patients, in terms of participation, favourable contexts for healing processes, positive impact on clinical outcomes of illness and safety conditions, and on staff, in terms of organisational well-being, increased performance and reduced conflicts. The following paper reports on a training exercise carried out during the specialisation course in pedagogy and didactics with students of the Masters in Dentistry and Dental Prosthetics, who tried their hand at designing innovative and inclusive environments in order to improve their professional skills.

Keywords: humanisation, design, care, dentistry.

Introduzione

L'accostamento dei concetti di educazione e cura ha una tradizione antica in cui il termine "educare" significava allevare, prendersi carico dei piccoli della specie, accompagnare il cammino di formazione dei giovani (Fadda, 1997). Nel corso dell'esperienza umana vi è un sottile confine che segna il passaggio dal "ricevere cura", cioè, essere oggetto delle pratiche di accudimento (ciò che ciascuno sperimenta alla nascita in quanto necessario allo sviluppo della vita stessa) all' "avere cura", vale a dire divenire soggetto attivo di un processo che si declina nell'avere cura di sé, degli altri e del mondo per dare significato all'esistenza (Mortari, 2009). Più precisamente, la nozione di cura, a partire dal mondo classico, ha espresso sia l'attenzione al mondo esterno (la cura degli altri, degli ospiti, dei malati, degli dei), sia la preoccupazione di se stessi, "la cura di sé", che connota un modello di evoluzione antropica basato sull'auto-ascolto: in questa accezione essa è intrinsecamente legata al concetto del "conosci te stesso" di matrice socratica, quale trattamento dell'anima, della virtù e della saggezza per andare al fondo della verità dell'essere (Mortari, 2006). Nella riflessione pedagogica contemporanea la categoria della "cura di sé" quale pratica auto-riflessiva è ritornata in auge, riferendosi più che a modelli a casi reali, a una soggettività aperta, autocentrata, complicata eppure consapevole, la quale viene rimessa al centro dell'attività educativa con i suoi problemi e desideri; punto di convergenza, di vitalità e di criticità problematica. Uno degli scopi della pedagogia nei contesti sanitari è quello di umanizzare la medicina, migliorando la qualità della relazione fra tutti gli attori che agiscono nel campo della salute. Affinché ciò si realizzi è importante fornire ai pazienti gli strumenti per divenire partecipi e corresponsabili del loro benessere, senza appiattare la cura su un'astrazione meramente statistica. Determinante, in tal senso, è il percorso di formazione rivolto agli operatori sanitari. Un itinerario espressione della ridefinizione dei ruoli legati alla cura e alla salute messi in discussione nel quadro attuale di crisi delle professioni, i cui obiettivi principali devono contemplare non solo il conseguimento delle competenze disciplinari specifiche, ma anche l'acquisizione delle capacità riflessive, oltre che lo sviluppo di attitudini relazionali e di abilità e strumentazioni maggiori per leggere, stimolare e far crescere i legami di gruppo. Ciò allo scopo di aprire il processo diagnostico e terapeutico a pratiche di ascolto, di interpretazione e comprensione del paziente, considerato come persona, non focalizzando l'attenzione esclusivamente sulla sua malattia. Gli operatori si qualificano tramite l'acquisizione di conoscenze di base e il confronto con la cultura professionale; ma pure, soprattutto, mediante procedure attive incentrate su un coinvolgimento diretto nella pratica lavorativa, in cui giocano un ruolo centrale le loro storie di vita (de Mennato, 2006). A tal fine il processo di apprendimento va articolato in esperienze concrete, osservazione riflessiva, concettualizzazione astratta e sperimentazione attiva. Inoltre, affinché si sviluppi la motivazione l'attività didattica deve tener conto dei vissuti pregressi, interessare direttamente i discenti e consentirne la partecipazione. Pertanto, tra le attività di supporto all'insegnamento negli ambienti di apprendimento clinico, vi sono i case study, le simulazioni, le discussioni di gruppo, il role playing, l'utilizzo degli audiovisivi e delle metodologie narrative. Un approccio che grazie a spazi di interattività permette di sviluppare la capacità di osservazione, previsione, decisione e valutazione critica, implementando l'esercizio metacognitivo, meta emozionale e il confronto costruttivo con le opinioni altrui. Tali strategie, mediante la riproduzione in aula o in laboratorio, ovvero in una situazione protetta, di problemi e accadimenti tratti dai reali scenari della cura, consentono di inserire varie criticità in merito alle circostanze problematiche, richiedenti una disamina dei fattori più rilevanti così come l'intuizione della ratio degli eventi e dei comportamenti agiti dai diversi attori o l'assunzione di decisioni più idonee e coerenti con l'occasione presentata. Ciò implica, altresì, un'analisi dei vissuti, delle dinamiche interindividuali, dell'esercizio di specifici ruoli e, più in generale, dei processi di comunicazione esperiti nel contesto rappresentato, il tutto agevolato dalla condivisione interpersonale in situazioni di apprendimento in cui sperimentare un clima sociale positivo, collaborativo e finalizzato alla costruzione di conoscenze comuni. In tale direzione, va facilitato il ragionamento durante l'azione (in action) o dopo aver svolto l'azione (on action): il che, tra l'altro, aiuta a capire la differenza tra la teoria e il caso concreto; a osservare per riflettere e viceversa, aumentando le capacità ermeneutiche e diagnostiche; a leggere i contesti e le organizzazioni nella loro complessità, incluse le contraddizioni, enfatizzando l'aspetto costruttivo della conoscenza, la sua matrice cooperativa, e non quello meramente riproduttivo basato su sequenze

istruttive predeterminate (Augelli et al. 2010). La complessità e la multidimensionalità della contemporaneità hanno fatto emergere nella pedagogia, disciplina teorica e pratica, il bisogno di approcciarsi ad altri contesti quali quelli medici, sanitari e riabilitativi con una metodologia più centrata sulle finalità proprie delle scienze della salute. C'è, infatti, una sorta di *file rouge* che lega i due saperi: l'oggetto e lo scopo del loro interesse scientifico, ossia l'uomo e la sua cura (educare, curare), la relazione con l'altro e il saper ascoltare (Cambi, 2008). Un ambito interdisciplinare maturato dall'incontro delle scienze dell'educazione con le scienze della salute (pedagogia medica, pedagogia sanitaria, educazione terapeutica, ecc.) nel quale assume un ruolo essenziale la formazione del personale medico e sanitario. La sola formazione scientifica e tecnica, infatti, seppur fondamentale, non è più sufficiente per la totale e profonda comprensione dell' "uomo". Fin dalle sue origini, la medicina è stata riconosciuta come una "scienza-arte" che, nella sua complessità, ha creato ponti di negoziazione e mediazione utili alla costruzione di nuove alleanze. Tra queste quella con la Pedagogia Speciale è senz'altro complessa ma estremamente generativa, sostenuta dal bisogno di attivare processi di complementarità tra i rispettivi linguaggi disciplinari, non sempre in linea tra loro. La pedagogia speciale, sapere in continuo divenire, ha come scopo principale quello di realizzare la dignità dell'uomo; "è disciplina di frontiera (Gaspari, 2012), capace d'interconnettere produttivamente e sinergicamente processi di negoziazione e mediazione tra sentieri, confini (Canevaro, 2006) e linguaggi scientifici differenti; è chiamata ad accogliere, interpretare e a riconoscere la condizione di disabilità come *quaestio* di natura interdisciplinare (Crispiani, 2016; Zurru, 2017) per favorire autentici percorsi inclusivi ed emancipativi di ogni persona" (Gaspari, 2020 pag. 12) Questo ha portato, nel corso del tempo, ad ampliare l'offerta formativa dei professionisti della cura inserendo nei loro percorsi formativi le *medical humanities* (Zannini, 2008; Bert, 2007; Marone, 2016; 2020).

Le *humanities* proponendo ai futuri professionisti un diverso paradigma interpretativo, storico-narrativo, offrono strumenti di ascolto e di osservazione differenti da quelli della classica *semeiotica clinica* e propongono una visione e una comprensione più in profondità dell'uomo, della sua individuale storia, delle relazioni che contano, dei valori su cui si fonda la propria esistenza, delle esperienze che segnano come la malattia, la sofferenza, la disabilità, la guarigione e la morte e, quindi del senso e dei significati loro attribuiti (Demetrio, 1996; Masini, 2005; Marone, 2012).

Il concetto di *umanizzazione* si fonda sulla epocale transizione dal tradizionale approccio biomedicale alla salute, secondo cui curare la malattia voleva dire trattare l'organo malato, a quello bio-psico-sociale che ne ha introdotto una visione multidimensionale e olistica, spostando il focus dall'organo malato all'individuo nella sua totalità considerato nell'ambiente fisico e relazionale in cui viene curato. In tale prospettiva si afferma definitivamente il principio indiscusso della "centralità del paziente", la necessità di un suo coinvolgimento attivo e di nuove figure professionali come il *case manager* che abbiano una visione completa dei suoi bisogni e siano in grado di guidarlo nel percorso di cura (Faa et al., 2008; Berto, 2008; Park, 2009; Del Nord e Peretti, 2012).

Lo studio odontoiatrico inclusive e umanizzato

Nel corso di laurea magistrale in odontoiatria e protesi dentaria dell'Università di Napoli Federico II l'insegnamento di didattica e pedagogia speciale ha come finalità proprio quella di formare i futuri odontoiatri nell'ambito dell'odontoiatria speciale, ossia quella branca dell'odontostomatologia che si occupa della prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie del cavo orale in pazienti che a causa della loro condizione di salute e di collaborazione rendono il trattamento odontoiatrico particolarmente critico. Tra questi soggetti, di qualsiasi età, interessati da disabilità intellettiva, pazienti affetti da patologie croniche invalidanti o da altre patologie medico internistiche o neurologiche che ne riducono mobilità e collaborazione. L'odontoiatria speciale è una disciplina che per sua stessa natura è aperta al dialogo con altri saperi della medicina nell'ottica che la cura orale è un obiettivo globale di salute. In particolare, l'odontoiatria speciale pediatrica fornisce prestazioni specialistiche ai bambini e adolescenti (0-18 anni) con disabilità, con grave odontofobia o affetti da disturbi e patologie o con condizioni di salute tali da rendere il trattamento odontoiatrico particolarmente critico per la scarsa o nulla collaborazione con l'odontoiatra. La definizione stessa di odontoiatria speciale suggerisce chiaramente la tipologia dei pazienti a cui essa si rivolge che seppur portatori delle normali esigenze di salute, in particolare orale, possiedono caratteristiche di rilievo

clinico e comportamentale che li rendono in qualche misura differenti rispetto agli altri pazienti odontoiatrici. Nella pratica odontoiatrica speciale ciò che condiziona gli interventi clinico- terapeutici non è tanto legato alla condizione di disabilità di per sé, ma a differenti fattori di vulnerabilità che possono alterare il livello di collaborazione (partecipazione) del paziente con l'odontoiatra e il team clinico. In particolare, la capacità di comunicare efficacemente con il paziente è alla base della sua adherence alla terapia, essenziale al fine di ottenere comportamenti in grado di condurre al raggiungimento degli obiettivi prefissati e, di conseguenza al successo dell'intervento terapeutico (Majani, 2001; Zhou et al, 2010). Si tratta di costruire un vero e proprio progetto per l'adesione al trattamento che richiede al paziente di essere partner attivo, insieme all'odontoiatra e agli altri operatori sanitari, della propria cura. La questione si complica con pazienti con bisogni educativi speciali, con diagnosi neuropsichiatrica o con odontofobia i quali possono manifestare problematiche legate alla presenza di deficit di cognitivi e/o emozionali, difficoltà relazionali e sociali come accettare critiche, prendere decisioni (problem solving), assertività, dare e/o accettare richieste e istruzioni, che rendono difficoltoso la capacità di collaborazione alle cure. L'odontoiatra e il suo staff possono dare un contributo importante al benessere e al valore personale di un paziente disabile, a partire da obiettivi ben precisi: motivare il paziente e colui che se ne occupa; sviluppare delle pratiche per la cura personale della cavità orale, volte al mantenimento dei tessuti orali sani; contribuire alla salute generale del paziente, poiché la salute orale ne è parte integrante. In odontoiatria speciale il tema della non aderenza risulta più complesso soprattutto per i fattori intrinseci al paziente quale ad esempio la bassa età, livello di maturazione e livello culturale, presenza/assenza di un adeguato supporto educativo, tratti di personalità, stato psichico, comportamenti problema ecc. Il successo terapeutico dipende dunque da importanti fattori quali il grado e la qualità della collaborazione, la capacità e la qualità della comunicazione-relazione dello specialista con il paziente e i caregivers e la motivazione del paziente, soprattutto quando il trattamento è prolungato nel tempo. Oltre agli aspetti comunicativo relazionali vi sono altri elementi che favoriscono l'aderenza del paziente alla terapia odontoiatrica. Tra questi le caratteristiche dell'ambiente di lavoro, che può costituire un ostacolo o un facilitatore, incrementando o decrementando comportamenti adesivi alla terapia. È noto, infatti, come le caratteristiche psico-sociali degli spazi possano avere effetti tanto sui pazienti, in termini di miglioramento degli esiti clinici della malattia, sull'efficacia e qualità della cura, quanto sul personale, in termini di miglioramento delle performance. Il design delle caratteristiche spaziali-funzionali e psico-sensoriali dell'ambiente costituisce, quindi, una variabile di provata rilevanza nell'influenzare le condizioni di benessere dei suoi utilizzatori e i clinical outcomes (il successo clinico e terapeutico) dei pazienti (Neni, 2007; 2011). Diversi studi condotti in letteratura negli ultimi decenni (Shumaker, 1989; Ulrich, 1984; 2020) evidenziano, infatti, un crescente interesse per la relazione tra le caratteristiche dello spazio fisico e il processo di guarigione dei pazienti (Evidence-Based Design, EBD). Sulla scorta dei principi dell'Universal Design (Mace, 1985) in materia di accessibilità e fruizione degli spazi, si considera come prioritaria l'esigenza di benessere psico-socio-fisico degli utenti, riconoscendo proprio nell'umanizzazione degli spazi di cura, un fattore centrale di innovazione, sia dal punto di vista medico-clinico che assistenzialistico (Mincoelli, 2008; Accolla, 2009). Esiste un'ampia letteratura scientifica che, prendendo in considerazione risultati clinicamente misurabili sui pazienti, familiari e staff, evidenzia come alcune tipologie o caratteristiche dell'ambiente possano migliorare le condizioni di salute dei pazienti e in particolare: ridurre i livelli di stress psicofisiologico, migliorare la capacità di focalizzare l'attenzione e suscitare stati affettivi positivi (Hartig et al., 2003; Kort et al., 2006); mantenere i rapporti con le persone vicine e costruirne di nuovi, fondamentale risorsa per affrontare l'esperienza della patologia. Inoltre, anche spazi con caratteristiche che stimolino positivamente la percezione o che offrano la possibilità di fruizione diretta di luoghi esterni, di opere d'arte, musica e fragranze riducono i livelli di stress psicofisiologico, migliorando le condizioni psicosensoriali (Hartig et al., 2003; Kort et al., 2006).

Pertanto, attraverso la qualità progettuale degli spazi, è possibile creare ambienti più sicuri e meno stressanti, in grado di promuovere la guarigione dei pazienti ed essere luoghi di lavoro più gradevoli per il personale, poiché «Medical care cannot be separated from the buildings in which it is delivered. The quality of space in such buildings affects the outcome of medical care, and architectural design is thus an important part of the healing process» (Horsburgh, 1995, p. 736).

L'Universal Design guida il processo di progettazione, plasmando gli ambienti in modo che siano accoglienti e inclusivi contribuendo così a minimizzare le barriere e promuovere l'accessibilità con soluzioni di qualità per tutti. Non si tratta, dunque, solo di un adeguamento normativo, ma di una proposta progettuale capace di sostenere la fruizione con soluzioni utili a soddisfare bisogni di tutti e di ciascuno, tenendo conto delle proprie peculiarità e potenzialità. In questa prospettiva la ricerca di seguito presentata ha coinvolto le studentesse e gli studenti iscritti al primo anno del corso di laurea magistrale in odontoiatria e protesi dentaria presso l'Università di Napoli Federico II che si sono cimentati, a conclusione dell'insegnamento di didattica e pedagogia speciale, nell'ideazione di ambienti odontoiatrici innovativi e inclusivi al fine di rendere l'esperienza dei pazienti, specie con bisogni speciali, più confortevole, accogliente e meno stressante.

La ricerca

La necessità di soddisfare non solo esigenze di ordine pratico-funzionale ma soprattutto psicoemotive dei pazienti rappresenta, oggi, un requisito essenziale nella progettazione degli ambienti destinati alla cura e all'assistenza.

L'approccio multidisciplinare alla progettazione di questi ambienti non può più limitarsi infatti alla semplice cura delle malattie, ma deve necessariamente integrare le nuove istanze di umanizzazione con le diverse informazioni e conoscenze maturate nell'ambito della ricerca scientifica (medicina, psicologia ambientale, ergonomia, prossemica, sociologia, igiene ospedaliera) finalizzata a migliorare le condizioni sia dei pazienti che del personale proprio attraverso il design degli spazi di cura.

Tutto ciò specie nei bambini e nelle persone con odontofobia, con disturbi psicologici o disordini del neurosviluppo, può innescare reazioni da stress o fungere da antecedente per l'emissione di comportamenti problema o reazioni di paura, fuga e aggressività. Lo staff odontoiatrico di fronte a pazienti, soprattutto bambini e adolescenti, con bisogni speciali che presentano reazioni emotivo-comportamentali importanti deve essere preparato a saperle accogliere, comprendere e gestire. In questi casi fornire cure idonee richiede un adattamento delle competenze ordinarie: innanzitutto il tempo dedicato al trattamento deve essere adeguato alle possibilità di sopportazione del paziente e incrementato in maniera lenta ma costante negli incontri e concordato con i genitori che eseguiranno semplici manovre di simulazione a casa, in un ambiente favorevole e conosciuto; in secondo luogo è essenziale conoscere il paziente sia mediante un'osservazione diretta, ma anche attraverso un'attenta intervista ai genitori durante la quale vengono annotate tutte le informazioni utili a ottimizzare e personalizzare la terapia (Milani, 1993). Questa fase conoscitiva, al fine di cogliere comportamenti positivi o negativi, viene svolta nell'ambulatorio odontoiatrico in maniera libera e non costrittiva per il paziente, affinché possa avere la possibilità di interagire con l'ambiente e con l'odontoiatra in modo del tutto naturale. Naturalmente il setting deve essere preparato preventivamente e reso sicuro per il paziente e per l'équipe. È dunque importante, in accordo con quanto contemplato anche nell'ICF "Ambiente naturale e cambiamenti effettuati dall'uomo" che lo spazio odontoiatrico al di là degli aspetti tecnici e igienico sanitari, sia sostenibile per quel che riguarda i materiali, gli arredi, le finiture, la luce, i colori. Un ambiente di base caldo e solare denota, infatti, la volontà di umanizzare il setting odontoiatrico e di porsi in un atteggiamento di accoglienza empatica, di ascolto e di attenzione verso il paziente.

Obiettivi, materiali e metodi

Partendo dal presupposto che l'idea di umanizzare le strutture sanitarie sia già stata ampiamente condivisa dalla comunità scientifica internazionale e nazionale, obiettivo della ricerca è stato quello di far riflettere studentesse e studenti, coinvolgendoli in prima persona, sull'importanza di lavorare in questa prospettiva e di non trascurare, in vista della loro attività professionale futura, la necessità di costruire ambienti inclusivi (ambulatorio odontoiatrico) e di qualità. La finalità primaria è stata dunque offrire alle/ai corsiste/corsisti un'occasione per mettersi alla prova attraverso la pratica, nella progettazione del loro ambiente di lavoro, al fine di poter anche contribuire, attraverso i loro progetti, alla diffusione di conoscenze e di informazioni utili per chi opera nel settore della progettazione di strutture socio-sanitarie e, in particolare, di spazi destinati alla cura dove la condizione di fragilità si scontra con la frequente assenza di condizioni di comfort, accoglienza e benessere che, al contrario

potrebbero concorrere ad accelerare il processo di guarigione. Umanizzare un ambulatorio odontoiatrico può contribuire dunque a:

- ridurre l'ansia e lo stress associati alle visite odontoiatriche;
- aiutare i pazienti a sentirsi più a loro agio durante il trattamento;
- aumentare la fiducia nei confronti del professionista;
- migliorare il livello di adherence alla terapia;
- promuovere la collaborazione, incrementando migliori risultati clinici e una maggiore adesione ai trattamenti prescritti;
- incrementare il benessere del personale concorrendo alla qualità complessiva della cura fornita.

Nella progettazione degli ambienti studentesse e studenti hanno utilizzato, a loro scelta, diversi software: floorplanner, homestyler, room planner, sweet home, home design 3D, magic plan, ecc.

Risultati

Le condizioni di benessere psico-emotivo se da un lato sono strettamente legate a caratteristiche individuali, molto dipende anche dall'ambiente in cui il paziente si trova. Il benessere ambientale è inteso, dunque, come l'insieme delle condizioni che garantiscono sia un benessere fisico che sensoriale, tenendo conto e tentando di contrastare quei fattori, detti stressori ambientali, quali rumori, assenza o carenza di luce naturale, presenza di odori sgradevoli, ecc. che influenzano negativamente il comfort psicofisico e sensoriale dei pazienti. L'ambiente costruito, dalla scala dell'edificio a quello del singolo spazio, è in grado di influenzare le condizioni di benessere, e spesso anche di salute, delle persone che lo utilizzano (Evans, 2003) sia in senso negativo, generando condizioni di stress, sia in senso positivo, fornendo occasioni di distrazione, rilassamento, benessere. Lo stress ambientale costituisce una chiave di lettura, scientificamente fondata, per indagare il rapporto che si instaura tra l'ambiente costruito ed i suoi utilizzatori (pazienti, caregiver). Il colore e il decolor, all'interno degli spazi, devono essere adeguatamente utilizzati sia per le finiture (pareti, pavimento, soffitto) che per gli arredi. Nell'attività di progettazione proposta gli studenti sono stati chiamati a dare particolare attenzione agli aspetti di natura percettivo-sensoriale: innanzitutto fondamentale è la scelta dei colori poiché le gradazioni cromatiche, determinate dalle corrispondenze lunghezze d'onda elettromagnetica, hanno effetti sull'attività mentale e emozionale, e sono in grado di proiettare il paziente nell'esplorazione ambientale distraendolo dalla situazione che sta vivendo. Ad esempio, l'indaco attenua la percezione del rumore (figura 1 e 2); l'arancione conferisce all'ambiente senso di respirabilità, positività e serenità (figura 3); il rosso e i colori caldi evocano una sensazione di calore di energia, di vitalità (figura 4); il blu e il verde sono colori che predispongono al riposo (figura 5, 6); il turchese predispone alla socializzazione (figura 7) mentre il giallo favorisce la capacità di concentrazione (figura 8). Il colore è un connotato percettivo di primaria importanza in quanto può supportare il benessere sensoriale di pazienti e familiari, creando ambienti percettivamente confortevoli ed emotivamente positivi, sostenendo i processi cognitivo-fruitivi, aiutando a comprendere la funzione, le modalità di fruizione e la struttura delle diverse aree funzionali (Arneill & Devlin, 2003; Del Nord, 2006).

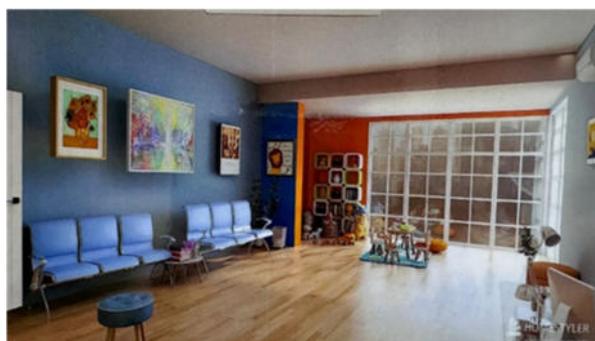


Fig. 1 e 2 Ambiente studiato per le esigenze del paziente pediatrico special-need

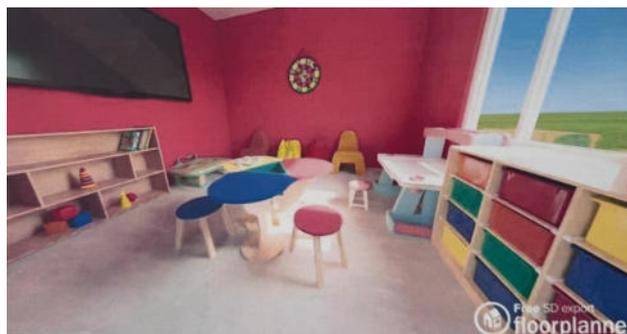


Fig. 3 Ambiente studiato per le esigenze del paziente pediatrico special need



Fig. 4 Ambiente studiato per le esigenze del paziente pediatrico special-need

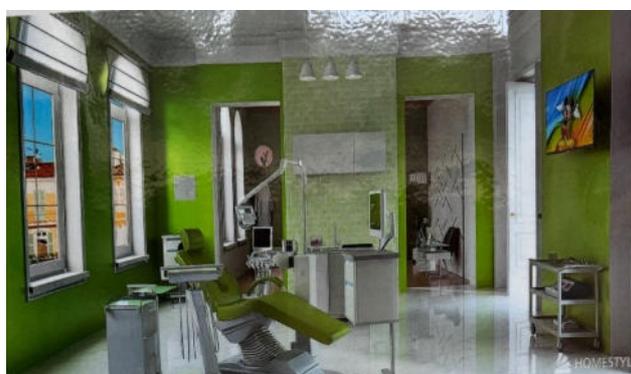


Fig. 5 e 6 Ambiente studiato per le esigenze del paziente pediatrico special-need



Fig. 7 e 8 Ambiente studiato per le esigenze del paziente pediatrico special-need

Le tonalità, gli accostamenti, gli arredi scelti e gli elementi decorativi sono stati selezionati anche in relazione all'età dei pazienti e ai loro peculiari bisogni. In uno studio odontoiatrico, ad esempio, la presenza di una stanza a "misura di bambino" colorata, allegra, luminosa e, eventualmente, divisa in angoli tematici nella quale il piccolo paziente possa muoversi in completa autonomia, è un requisito indispensabile, soprattutto in caso di bambini con diverse problematiche; inoltre, deve possibilmente essere presente anche un monitor dove trasmettere immagini o cartoni graditi o musica che possa rilassare (Figura 10, 13 e 15). La scelta di setting rispondenti ai bisogni speciali dei pazienti ha importanti ricadute non solo sul versante prettamente clinico, ma anche su quello pedagogico-educativo. Alcuni bambini, infatti, manifestano un comportamento di ansia e di paura legati alla prestazione odontoiatrica; questi ambienti, in accordo con quanto precedentemente descritto, favoriscono il superamento di emozioni spiacevoli e l'acquisizione di pensieri più funzionali ad affrontare eventi emotivamente sgradevoli legati alla seduta odontoiatrica, aumentando la tolleranza alla frustrazione. L'obiettivo è quello di ridurre al minimo i comportamenti problema manifestati, spesso inficianti la prosecuzione della terapia odontoiatrica e a volte potenzialmente dannosi per il paziente stesso o per gli operatori.



Fig. 9 Personalizzazione del riunito



Fig. 10 Spazio dedicato ai pazienti pediatrici



Fig. 11 Fruibilità ambientale



Fig. 12 Personalizzazione del riunito

Gli ambienti progettati e qui presentati sono stati inoltre pensati con l'intento di offrire la possibilità, anche per persone/pazienti con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari, di entrarvi agevolmente per fruirne spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia (Figura 11). La fruibilità delle strutture socio-sanitarie deve, oggi più che mai, contemplare l'eliminazione delle barriere fisiche e di quelle cognitive, la facilità di orientamento e la capacità di spostarsi in modo autonomo e intuitivo nello spazio attraverso un sistema informativo architettonico-ambientale. Anche le sale contenenti il riunito

sono state personalizzate mediante la scelta di immagini e/o parati rappresentati personaggi di fantasia, cartoni, ecc. e, pertanto, rese più accoglienti (Figura 9, 12 e 14).



Fig. 13 Spazio dedicato ai pazienti pediatrici



Fig. 14 Personalizzazione del riunito



Fig. 15 Spazio dedicato ai pazienti pediatrici

Conclusioni

La gestione della salute orale nel paziente disabile è una vera e propria sfida per il personale odontoiatrico. Numerosi studi di epidemiologia odontoiatrica sulla valutazione dello stato di salute orale confermano che in pazienti interessati da disabilità, e/o disordini del neurosviluppo, le patologie

di pertinenza odontoiatrica si presentano con un'alta prevalenza rispetto al resto della popolazione. Una delle principali cause individuate, unita agli stili comportamentali e alimentari, è il grado di abilità nell'esecuzione di compiti legati all'igiene orale. Per questo motivo il ruolo dei genitori o di chi si prende cura del paziente è fondamentale ai fini del successo terapeutico. Già durante la prima visita, l'odontoiatra deve essere preparato a saper ascoltare e ad entrare in relazione con il paziente. Non si tratta, ovviamente, di sostituirsi a psicologi e/o pedagogisti, ma è utile ribadire che l'intervento odontoiatrico potrà essere l'occasione pedagogica per il paziente/bambino e i suoi genitori di rivedere ed eventualmente cercare di modificare eventuali pensieri irrazionali inerenti al trattamento. Umanizzare un ambulatorio odontoiatrico può contribuire a ridurre l'ansia e lo stress associati alle visite odontoiatriche e aiutare i pazienti a sentirsi più a loro agio durante il trattamento, aumentarne la fiducia, migliorare e promuovere la collaborazione con il professionista, incrementando migliori risultati clinici e a una maggiore adesione ai trattamenti prescritti. L'umanizzazione ha, inoltre, effetti anche sul personale nel suo insieme, promuovendone il benessere, così da concorrere ulteriormente alla qualità complessiva della cura fornita ai pazienti.

A partire dall'approccio sistemico, che legge i servizi della sanità come il complesso degli elementi interdipendenti che contribuiscono alla salute nelle famiglie, ma pure nelle istituzioni educative, nei luoghi lavorativi e negli ambienti comunitari-fisici e psico-sociali, la formazione di base del personale sanitario è improntata all'acquisizione di quelle capacità relazionali che sono a fondamento del lavoro con l'altra/o: solidarietà intellettuale e morale, onestà, empatia, rispetto, responsabilità, consapevolezza dei propri limiti, motivazione all'apprendimento, autenticità, sensibilità, disponibilità, inclusa quella al cambiamento (Guilbert, 1990). La cura pedagogica ha il compito di attivare e riattivare capacità cognitive ed emozionali "offese" e "silenti"; nel senso di esercitare azioni di sostegno, di contenimento e di provvisoria e delicata vicinanza di quelle stesse funzioni. Esse coinvolgono la sfera emozionale, relazionale, sociale, etica, immaginaria: quell'insieme unico che definisce la soggettività umana. Da qui la necessità di cogliere le implicazioni, non solo dal punto di vista organico ma anche sociale, psicologico e culturale nella dinamica salute/malattia, per guardare all'illness, cioè alla componente soggettiva, e non solo al disease, ossia alla componente biomedica. In tal modo, la pedagogia acquista la sua insostituibile fisionomia di pratica, di arte, di poiesis, non meno che di scienza.

Bibliografia

- Accolla, A. (2009). *Design for All*. Franco Angeli.
- Arneill, A.B. & Devlin, A.S., (2003). Health care Environments and Patient outcomes: a Review of the literature. *Environment and Behavior*. Vol. 35 (5), 665-694.
- Bert, G. (2007). *Medicina Narrativa*. Il pensiero scientifico Editore.
- Berto, R. (2003). Nuove prospettive nella preferenza ambientale: l'aspetto ristorativo dei luoghi. In M.R Baroni. & S. Falchero, *Psicologia ambientale e dintorni*. CLEUP.
- Canevaro A. (2006). *Le logiche del confine e del sentiero. Una pedagogia dell'inclusione (per tutti, disabili inclusi)*. Erickson.
- Crispiani P. (2016). *Storia della Pedagogia Speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*. ETS.
- Del Nord, R. (2006). *Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico*. Motta.
- Del Nord, R., Peretti, G. (2012). *L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*, Ministero della Salute. TESIS.
- Elf, M., Anåker, A., Marcheschi, E., Sigurjónsson, Á., & Ulrich, R. S. (2020). The built environment and its impact on health outcomes and experiences of patients, significant others and staff. A protocol for a systematic review. *Nursing Open*, 7(3), 895-899.
- Evans, G.W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 80 (4), 536-541.
- Faa, G., Rutelli, P. & De Carlo, A., (2008). *Umanizzazione e professione sanitaria. Comunicazione, organizzazione e territorio*. Franco Angeli.
- Gaspari, P. (2012). *Pedagogia speciale. Questioni epistemologiche*. Anicia.

- Gaspari, P. (2020). Medicina e Pedagogia speciale La ricerca di un dialogo paritario. *L'integrazione Scolastica e Sociale*, 19 (4), 9-23.
- Guilbert, J.J. (1990). *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni del sud.
- Horsburgh, C.R. (1995). Healing by design. *New England Journal of Medicine*, 333(11), 735-740.
- Majani, G. (2001). *Compliance, adesione, aderenza*. Mc Graw Hill.
- Marone, F. (2016). Narrare con le immagini. Culture Visuali e Medical Humanities. In F. Marone (a cura di) *La medicina narrativa e le buone pratiche nei contesti della cura. Metodologie, Strumenti, Linguaggi*, Pensa MultiMedia, 89-100.
- Marone, F. (2014). *Relazioni che curano. Percorsi pedagogici per le professioni sanitarie*. PensaMultimedia.
- Milani, P. (1993). *Progetto genitori*. Erikson.
- Mincoielli, G. (2008). *Design Accessibile. Esperienze progettuali e didattiche sul tema del Design for All*. Maggioli
- Nenci, A.M., Caddeo, P., Fornara, F., & Bonacasa, V., (2011). Umanizzazione ospedaliera e percezione di sicurezza sul lavoro. In Gundlach, H., Lafuente Niño, E., Sinatra, M., Sokal, M.M., Tanucci, G. (a cura di) *Psicotecnica: ieri! oggi? domani?* Aracne Editrice, 249-264.
- Nenci, A.M., Romano, C., Santoro, P.E., Fornara, F., Caddeo, P., Bonacasa, V., (2007). Percezione del Benessere e della Sicurezza in Ambito Ospedaliero Correlata alla Qualità dell'ambiente di Lavoro. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e Ergonomia*, 29 (3), 755-7.
- Park, S.H. & Mattson, R.H. (2009). Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery. *Journal of alternative and complementary medicine*, 15 (9), 975-80.
- Shumaker, S.A. & Pequegnat, W. (1989). Hospital design, health providers and the delivery of effective health care. In Zube, E.H., Moore, G.T., (Eds.), *Advances in environment, behavior and design*, vol.2, (pp. 161-199). Plenum Press.
- Ulrich, R. S., (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224 (4647), 420-421.
- Ulrich, R. S., Lunden, O. & Eltinge, J. L. (1993). *Effects of exposure to nature and abstract pictures on patients recovering from heart surgery*. Paper presented at the thirty-third meeting of the Society for Psychophysiological Research, Rottach-Egern.
- Ulrich, R. (2000). The Effects of viewing art on medical outcomes. *A powerful force for good—Culture, Health and the Arts—An anthology*.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa: nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Cortina.
- Zurru, A.L. (2017). Disabilità e soggettività. Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF. *Ricerche Di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 12 (2), 23-40.