



Cura/Prendersi cura

L'origine del sostantivo "cura" è il latino *cūra*, *curae* che nei secoli ha subito cambiamenti di significato in relazione ai mutamenti della società, dei rapporti civili, sociali e religiosi ma anche dello spazio costruito, in particolare per la tipologia edilizia dell'ospedale [Vocabolario etimologico lingua italiana N.D.]. *Cūra* corrisponde a premura, preoccupazione, amore (o persona/cosa amata), amministrazione, occupazione, ornamento, studio, custodia, coltivazione/allevamento, guarigione, curiosità, interesse [Dizionario latino Olivetti, N.D.].

Curare qualcuno o prendersi cura di qualcuno in latino sono praticamente la stessa cosa, essendo, oltretutto, *cūrāre* un verbo intransitivo al contrario dal verbo transitivo odierno. Il corrispettivo greco *therapeia* ha il significato univoco di servizio. Il primo esempio in letteratura è nell'Iliade: essendo il suo *therapon*, Patroclo si mette all'ascolto delle necessità, bisogni e desideri di Achille [Curi, 2017].

Attualmente si sta sviluppando un modo di intendere la cura sempre più legato ai trattamenti rivolti a un paziente-oggetto, invece di rappresentare un atteggiamento di preoccupazione verso l'individuo, ispirato alla solidarietà e all'affetto come in antichità. Questo cambiamento si è verificato specialmente con la professionalizzazione della medicina e con l'emergere di interessi economici legati ai servizi sanitari [Curi 2017]. È bene chiarire che invece la parola cura oggi ha almeno tre significati distinti: terapia medica, precisione o zelo e l'aver cura di qualcuno [Sebastiani, 2021].

La salute è descritta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella sua *Costituzione* [1946] come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemen-

te l'assenza di malattie o infermità. Una definizione tautologica è quella di "valutazione di discostamento dal benessere", una condizione dinamica desiderabile di equilibrio sostenibile con componenti soggettive, oggettive, intersoggettive e culturali: quando avviene un allontanamento, la medicina interviene. Curare vuol dire riportare l'equilibrio al livello precedente la malattia, mentre le azioni di guarire, prendersi cura, trattare, stare male, soffrire di e ammalarsi possono indicare un aumento o abbassamento del livello di equilibrio [Chiesi e Costa, 2022]. Aggiungendo invece al sostantivo "cure" diversi aggettivi si declina l'azione in contesti di vita (materne, protettive, affettive) o professionali (educative, assistenziali, mediche).

Il sostantivo cura ha subito nel tem-

po mutazioni di significato dovute ad aspetti religiosi, sociali, civili e anche spaziali, legati cioè all'evoluzione dei luoghi dove vengono forniti e messi a sistema servizi medici di vario tipo.

Il precetto antico "Amerai il tuo prossimo come te stesso" (Levitico 19:16-18), che ritroviamo poi come "Ama il tuo prossimo come te stesso" (Matteo 22:37-39), era riferito solo ai connazionali nella tradizione ebraica ma nei secoli l'obbligo si è esteso anche ai meno prossimi. Il concetto di prendersi cura viene influenzato da quello religioso della *caritas*: l'assistenza ai membri più deboli della comunità (poveri e malati), una novità dottrinale che favorisce la diffusione del Cristianesimo. Nell'Impero Romano d'Oriente, verso il VI secolo, si sviluppa l'istituzione dell'ospedale: una struttura almeno parzialmente specializzata in assistenza diagnostica e terapeutica [Eco, 2014]. Gli ospedali bizantini [1] sono preceduti da istituzioni caritatevoli ma l'assistenza a una classe di pazienti riuniti e riconosciuti come bisognosi rappresenta una novità significativa che contribuisce alla professionalizzazione del medico.

Tra *cura* latina e *caritas* cristiana, il significato di cura per Dante è quello di preoccupazione, pensiero e sentimento insieme, cosa che attira l'attenzione, interesse, sollecitudine, impegno e desiderio. Il senso specifico di "cura per guarire" è usato da Dante solo in rapporto a una piaga

come peccato [Enciclopedia dantesca Treccani, N.D.].

Nella *Divina Commedia* troviamo Orazio, il quale sosteneva che la cura è compagna permanente dell'uomo: egli non smetterà mai di amare e prendersi cura di qualcuno e non smetterà di preoccuparsi per la persona che ama. Orazio anticipa la Cura (in tedesco *Sorge*) del filosofo Heidegger [1927]. *Sorge* è l'atteggiamento fondamentale alla base di tutti gli altri ed è tipico dell'essere umano, il quale si trova da sempre in qualche situazione emotiva. La fragilità, oggetto della cura, e la cura stessa sono condizioni fondamentali dell'esistenza poiché siamo ontologicamente legati agli altri umani. Se non ci fosse coinvolgimento e preoccupazione per gli altri, resterebbe l'indifferenza, l'opposto della cura. Si prende atto dell'intrinseco aspetto relazionale umano del curare, senza il quale questa non solo perderebbe di significato ma ne verrebbe messa in discussione l'esistenza. L'assenza di cura, espressa come indifferenza, abbandono, malessere o malattia, evoca una dicotomia nel significato della parola: da una parte, vi è la consapevolezza o il ricordo di una sofferenza e, dall'altra, la gioia o la speranza per la guarigione o l'affetto.

In inglese, *to care* (intransitivo) vuol dire "mi riguarda", "mi interessa", "mi sta a cuore" e nella forma transitiva indica il prendersi cura di qualcuno. *To cure* (transitivo) esprime l'accezio-

ne terapeutica: l'enfasi è sui disturbi, sui processi di trattamento e sugli esiti clinici. *To care* ha una prospettiva esistenziale con approccio bio-psi-co-sociale, centrata sulla promozione del benessere e la qualità della vita [Curi, 2017].

In Italia, il diritto alla salute (assenza di malattia o ritorno a uno stato precedente l'ammalarsi) è assicurato dall'articolo 32 della *Costituzione Italiana*. La Legge 833/1978 istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che opera nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza e equità attraverso un complesso di funzioni, strutture, servizi e attività destinati alla promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutti. Le prestazioni di cura comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica, erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare. Il Servizio Sanitario è anche impegnato nella formazione di una coscienza sanitaria nei cittadini, nella ricerca scientifica e nella collaborazione con associazioni di volontariato.

Il D.P.C.M. 19 maggio 1995 ha elencato l'umanizzazione come parte delle componenti della qualità del Servizio Sanitario Nazionale. Nel 2006, nel *New Deal della Salute - Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini* del Ministro della Salute, l'umanizzazione è stata definita come la capaci-

tà di rendere i luoghi di cura e le pratiche medico-assistenziali aperti, sicuri e indolori, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali condivisi e partecipati dal cittadino [Del Nord e Peretti, 2012]. Inoltre, l'umanizzazione è stata riconosciuta come un tema importante da inserire nell'Educazione continua in Medicina (ECM).

Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 definisce i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), cioè le prestazioni che il Servizio Sanitario è tenuto a fornire tra cui la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Per l'assistenza specifica a particolari categorie le azioni principali sono: trattamenti di riabilitazione, socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali, interventi di socializzazione e collaborazione con la rete sociale formale e informale. Gli ultimi punti evidenziano l'attenzione alla necessità di ogni persona in cura di coltivare la propria autonomia e integrazione nella società.

La Legge 112/2016, detta del "Dopo di noi", ha introdotto per la prima volta specifiche tutele per le persone con gravi disabilità quando viene meno il sostegno familiare, in contesti il più possibile simili alla casa familiare o avviando processi di deistituzionalizzazione.

L'azione di cura/prendersi cura si declina in altri provvedimenti normativi come:

- tutela della sicurezza [D.M. 19 marzo 2015, D.lgs. 81/2008, D.M. 18 settembre 2002];
- progettazione di edifici medico-sanitari [D.L. 396/1993, D.M. 5 agosto 1977, D.C.G. 20 luglio 1939, D.lgs. 502/1992, Legge 421/1992];
- accessibilità e inclusività [artt. 77-82 del D.P.R. 380/2001, Legge 13/1989, art. 24 della Legge 104/1992, P.R. 503/1996].

L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida [Del Nord e Peretti, 2012], basato su una ricerca [2] richiesta dal Ministero della Salute, ribadisce che la progettazione degli ambienti socio-sanitari non va più intesa solo in funzione della cura delle malattie, ma deve collegare le istanze di umanizzazione con le conoscenze maturate nell'ambito della ricerca interdisciplinare (medicina, psicologia ambientale, ergonomia, prossemica, sociologia, igiene ospedaliera) per il miglioramento delle condizioni dei pazienti e del personale attraverso il progetto degli ambienti di cura. *L'ospedale difficile* [Chiesi e Surrenti, 2015], una ricerca multidisciplinare sulla relazione tra spazio costruito e diritto alla salute in chiave sociologica, offre un'analisi del carattere di eccezionalità dell'esperienza ospedaliera contemporanea e le percezioni da parte dei numerosi soggetti coinvolti. Questi concetti sono promossi anche dall'Associazione Italiana Psicologia Ambientale e Architettonica, la quale

definisce l'umanizzazione ospedaliera come il processo che considera fattori biologici, psicologici e sociali nella definizione della salute. Una progettazione centrata sull'utente considera la persona nella sua totalità e la colloca in un ambiente fisico e relazionale adeguato alle sue esigenze di cura. L'attenzione si rivolge anche a tutte le persone coinvolte nel processo di cura, compresi gli accompagnatori e il personale medico. Soprattutto all'estero, negli ultimi trent'anni si è affermato anche l'approccio *family-centered* che riconosce nella famiglia (biologica, legale o affettiva) un fondamentale supporto per il benessere del paziente e un partner del personale sanitario nel prestare le cure [Del Nord e Peretti, 2012]. In ambito internazionale, il primo riferimento è l'OMS che, attraverso le *International Health Regulations* [2005], si assicura di prevenire, proteggere, controllare e rispondere alla diffusione internazionale delle malattie. Nella *Costituzione OMS* sono specificati gli obiettivi da perseguire: felicità, relazioni armoniose e sicurezza, oltre al godimento del più alto livello di salute raggiungibile come diritto fondamentale di ogni essere umano, essenziale per la pace. Nel Regno Unito l'*Health and Care Act* del 2022 [3] indica come le autorità locali debbano promuovere il benessere durante lo svolgimento delle funzioni di cura e aiutare le persone a raggiungere i risultati che contano nella

loro vita. Il testo pone l'accento sulla parola *wellbeing* - benessere - dandone una definizione non stringente, riconoscendo la necessità di tenere conto dei seguenti aspetti (senza gerarchia) per il raggiungimento di una buona qualità di vita: dignità personale, salute fisica e mentale, protezione, controllo sulla propria vita quotidiana, idoneità della sistemazione abitativa, contributo individuale alla società, partecipazione a lavoro, istruzione, tempo libero e benessere sociale, emotivo, economico, domestico, familiare e personale. Qui è implicito il passaggio dal fornire servizi particolari come dovere delle autorità al concetto di soddisfare le esigenze (*meeting the needs*) in modi diversi e con nuovi modelli, superando l'assistenza ambulatoriale e domiciliare e sottolineando come la qualità della cura sia strettamente legata alla sua gestione e non solo alla qualità dei suoi spazi. Da questa definizione di benessere si può arrivare a un discorso più ampio sulla Qualità di Vita (QdV), riflettendo quindi non solo sugli spazi della cura, ma anche sulla cura degli spazi. Il gruppo di lavoro sulla QdV dell'OMS la definisce come la percezione dell'individuo della propria posizione nella vita nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi [World Health Organization, 1995]. Il meta-modello proposto da Schalock,

Verdugo e Alonso [2002] rappresenta la prospettiva di QdV con otto domini: benessere fisico, materiale e emozionale, autodeterminazione, sviluppo personale, relazioni interpersonali, inclusione sociale e diritti. Questo argomento è legato alla crescente consapevolezza che la progettazione in architettura deve tendere a essere multidisciplinare e multiscalare. Esiste infatti un contrasto tra l'azione monoscalare del progettista, per via della necessità di specializzazione, e quella multiscalare dell'abitante o paziente che fa esperienza dello spazio attraverso i vari aspetti che compongono la sua vita [Chiesi e Costa, 2022]. La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato come l'ambiente costruito influenzi il benessere, la salute e i *clinical outcomes* (successo terapeutico) [Hartig *et al.*, 2003]: l'architettura è promotrice di patogenesi o salutogenesi attraverso scelte formali, tecnologiche e spaziali.

Grazie allo sviluppo di standard e parametri, sono chiari molti degli elementi che possono causare patogenesi: impianti, illuminazione, acustica, valori termoigrometrici, ventilazione, affollamento, materiali. La fiducia nello sviluppo tecnologico e l'approccio prestazione appiattiscono però il dibattito sulla scelta degli elementi sopraelencati se non in termini di vincoli prefissati. Questi dovrebbero essere considerati anche come stressori ambientali legati al benessere e alla loro

variabilità nel tempo [Chiesi e Costa, 2022] per sviluppare soluzioni progettuali promotrici di salutogenesi.

Nel contesto sanitario, questa influenza è particolarmente significativa poiché le persone si trovano in uno stato di fragilità emotiva: l'incidenza sulle condizioni psico-fisiche degli utenti, aumentando i livelli di stress, ansia e depressione o, in positivo, fornendo opportunità di distrazione, rilassamento e benessere è evidente. Il progetto dell'ambiente di cura diventa

quindi un elemento chiave per il benessere attraverso le scelte di fattori come forma e volumetria degli spazi, arredi, colori, materiali, viste sull'esterno e illuminazione per creare ambienti accoglienti e familiari, che trasmettano una sensazione di normalità, lontana dalla neutralità affettiva tipica delle strutture ospedaliere. In questo modo, si può contribuire a migliorare il benessere e la salute e a creare un ambiente più confortevole e curativo per tutti.

Note

- [1] La discussione storiografica sull'evoluzione dell'ospedale bizantino e sulla categoria del "povero" è ancora in corso, ma è stato sottolineato che l'istituzione ospedaliera occupava un posto importante nelle città, sia simbolicamente che concretamente [Eco, 2014].
- [2] Ricerca "L'umanizzazione delle strutture sociosanitarie: la nuova dimensione dell'architettura ospedaliera" affidata al Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS, TAED, Università di Firenze e al DINSE, Politecnico di Torino.
- [3] L'*Health and Care Act 2022* ha aggiornato quello del 2014 ma alcune parti sono ancora in fase di aggiornamento.

Bibliografia

- Chiesi, L.; Costa, P. [2022]. "Progetto e salute: spazio abitato e parametri vitali", *Workshop del Dottorato 'Sostenibilità e innovazione per il progetto dell'ambiente costruito e del sistema prodotto'*. Firenze: DIDA, Università degli Studi di Firenze.
- Chiesi, L.; Surrenti, S. [2015]. *L'ospedale difficile. Lo spazio sociale della cura e della salute*. Napoli: Liguori.
- Curi, U. [2017]. *Le parole della cura. Medicina e filosofia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Del Nord, R.; Peretti, G. [2012]. *L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*. Firenze-Roma: Ministero della Salute.
- Eco, U. (a cura di) [2014]. *Storia della civiltà europea. Il Medioevo*. ebook (ePub): Eyclomedia publishers.

- Hartig, T.; Evans, G. W.; Jamner, L. D.; Davis, D. S.; Gärling, T. [2003]. "Tracking restoration in natural and urban field settings", *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), pp. 109-123.
- Heidegger, M. [1927]. *Sein und Zeit*. Halle (DE): Max Niemeyer Verlag Tübingen.
- Korpela, K.; Pasanen, T.; Subiza-Pérez, M. [2021]. "Still not that bad for the grey city: A field study on the restorative effects of built open urban places", *Cities*, 111, art. n. 103081.
- Schalock, R. L.; Verdugo Alonso, M. A. [2002]. *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington (US-DC): American Association on Mental Retardation.
- Sebastiani, M. [2021] "La parola della settimana è cura", Ansa.it Special. Disponibile da www.ansa.it/sito/notizie/speciali/2021/01/09/la-parola-della-settimana_6e011a46-565f-4a9d-8ca3-b06bc0ac165f.html (ultima consultazione 30.09.2023).
- WHO, World Health Organization [1995]. "The World Health Organization Quality of Life assessment". Disponibile da www.who.int/tools/whoqol (ultima consultazione 30.09.2023).



Deafspace

Con il termine anglosassone "*deafspace*" si intende l'insieme di quegli ambienti, interni ed esterni, progettati in modo da essere espressione del modo di percepire lo spazio da parte delle persone sorde e in modo da essere responsivo alla loro modalità di interazione [Bauman, 2010]. Per consuetudine, il termine non si traduce in italiano, dal momento che è direttamente collegato al gruppo di ricerca della Gallaudet University (Washington D.C.), istituzione educativa, politica, sociale ed economica della comunità dei sordi da oltre 150 anni.

Nel 2005, tale gruppo di ricerca, guidato dall'architetto Hansel Bauman, ha dato vita al *Deafspace Project*, con lo scopo di emanare una serie di linee guida (*Deafspace design guidelines*) relative alla progettazione di spazi per persone sorde. Esse, attualmente, comprendono più di 150 elementi architettonici da tenere in considerazione nella progettazione attenta alle disabilità dell'udito. Infatti, le problematiche che le persone sorde affrontano non sono solo quelle pratiche legate alla comunicazione, ma hanno a che fare con la qualità della vita all'interno degli spazi d'architettura anche in relazione alle esigenze di sicurezza e protezione.