

**Universitatea de Arhitectură și Urbanism Ion Mincu
București**



CREEAREA UNOR CENTRE MEDICALE ÎN ORAȘELE MEDII DIN IRAK

**TEZA DE DOCTORAT
Rezumat**

**Doctorand arhitect
Mijed Abbas Abd**

**îndrumător
Profesor doctor arhitect
Ioan Lucăcel**

2009

Cuprins

ARGUMENT / 03

CAPITOLUL 1 / 04

Scurtă trecere în revista a obiceiurilor, tradițiilor și modalităților de abordare a actului medical de-a lungul timpului / 04

CAPITOLUL 2 / 09

Conformarea spațială a construcțiilor spitalicești. Evoluții / 09

CAPITOLUL 3 / 12

Recuperare medicală, cerințe funcționale, tipologia spațiilor construite / 12

CAPITOLUL 4

Sanatoriu și preventoriu, în Europa, America de nord / 20

CAPITOLUL 5 / 21

Centre de recuperare. Soluții arhitecturale / 21

CAPITOLUL 6 / 25

Centrul de recuperare în Irak / 25

CONCLUZII FINALE / 32

BIBLIOGRAFIE / 34

Argument

Evenimentele istorice la care a fost supus Irakul în ultimele decade, au declanșat adânci transformări sociale, unele ce se constituie ca factori de progres al societății dar și puternice frământări sociale și religioase, soldate nu de puține ori cu vărsare de sânge.

Războiul cu Statele Unite, segregarea populației și învrăjirea ce marchează societatea irakiană la ora actuală, se cuantifică într-un mare număr de victime, pierderi de vieți omenești sau răniți grav, a căror vindecare lasă sechele greu de compensat.

Printre multiplele nevoi ce le înregistrează societatea din Irak, problema persoanelor rămase cu infirmități grave în urma rănilor căpătate, ridică mari dificultăți de abordare. Costurile sociale sunt greu de suportat, de o țară aflată în permanent război.

Numărul răniților și al invalizilor de război s-a adăugat celui cu handicap congenital, provenit din accidente sau din boli, care există în fiecare societate. Din păcate în condiții de război aceste persoane nu se bucură nici de îngrijire corespunzătoare și nu sunt create pentru ele programe de reintegrare în societate. Dacă într-o societate normală aceștia au o șansă spre normalitate, în Irak acesta este mult diminuată. De altfel întreg sistemul de asistență medicală este în prezent distrus.

Pentru că problema este greu de monitorizat, numărul persoanelor cu handicap depășind un milion, considerăm oportun un studiu asupra modali-tăților de recuperare ale acestor persoane, astfel încât reintegrarea lor socială să fie posibilă și să redevină membri activi ai comunităților din care fac parte.

După tratamentul medical sau deseori chirurgical, mulți dintre răniții războiului au nevoie de recuperare medicală. Dezvoltarea unei rețele de centre de recuperare medicală la nivel național este obligatorie. Aceasta este necesară nu numai pentru invalizii de război ci și pentru cei cu deficiențe congenitale, pentru accidentați sau pentru cei suferinzi de diverse boli, psihice, ale aparatului locomotor..., pentru surdomuți sau pentru orbi. Metodele de tratament și recuperare sunt diverse, începând cu cele medicale, protezare sau conformare a spațiilor în vederea creeri facilităților de utilizare. Din păcate, procesul de recuperare este, de cele mai multe ori, unul îndelungat și anevoios, unde un rol important îl joacă tocmai reintegrarea persoanelor cu handicap în viața socială. Pentru a facilita această reintegrare sunt necesare programe sociale de sprijin, încurajarea familiilor de a fi alături de persoana în suferință, asistență calificată din partea psihologilor, încurajarea firmelor de a angaja persoane cu handicap, de a-i ajuta să ducă o viață normală.

Sunt deasemeni oportune programele de recalificare profesională, adaptate la noile posibilități ale persoanei cu handicap.

Toate studiile internaționale privitoare la situația specială a persoanei cu handicap, fac referire la necesitatea reintegrării sociale, reintegrare ce începe tocmai în acest centru de recuperare. Tratamentul în centrul de recuperare conduce la recuperarea fizică și psihică dar care poate juca un rol important în recuperarea socială.

Modul cum arhitectul, ținând cont de toate reglementările și normele ce codifică aceste spații, reușește să creeze spațiul necesar acestor activități și să creeze premisele unei bune recuperări este hotărâtor. Acțiune sa trebuie să răspundă exigențelor funcționale și totodată să genereze spații plăcute, atractive, accesibile și lesne de utilizat, care să prezinte perspectiva optimistă asupra zilei de mâine.

În dorința de a identifica soluții valabile pentru rezolvarea acestei pro-bleme sociale acute a societății irakiene a fost realizată această lucrare.

CAPITOLUL 1

Scurtă trecere în revista a obiceiurilor, tradițiilor și modalităților de abordare a actului medical de-a lungul timpului¹

Boala a preexistat apariției omului pe Pământ iar acțiunea de vindecare a existat înainte de apariția omului. Există o filogeneză a activității vindecătoare. Se remarcă o deosebire esențială între acțiunile vindecătoare din lumea biologică și cele din medicina umană: cele din prima categorie sunt instinctive, fiziologice în timp ce acțiunile medicinei umane se bazează pe conștiință, gândire și strategie.

1.1. Medicina arhaica

Medicina a apărut odată cu societatea umană din necesitatea păstrării forței de muncă, necesitatea îngrijirii nou-născutului și a gravidei, necesitatea combaterii durerii.

Durata medie de viață a omului primitiv era de 20-21 ani la începutul neoliticului, fapt demonstrat de o statistică pe 187 de schelete descoperite, dintre care 50% prezentau semne de mortalitate infantilă, semn al fragilității omului primitiv. Unele procese de vindecare oferă date despre practicile vindecătoare primitive, fracturile și alte leziuni traumatice sunt bine tratate, demonstrând aplicarea corectă a tratamentului conservator.

1.2. Medicina în Mesopotamia antică (Asiro-Babilonia)

Prima civilizație urbană cunoscută este cea sumeriană, în sudul Mesopotamiei (agricultura, irigații, tehnologii de construcție, prima scriere-cuneiformă). Fenomenele sociale, ca și evoluția bolilor, sunt puse pe seama astralelor iar prognosticul bolilor se făcea prin divinație.

1.3. Medicina în Egiptul faraonic

Informațiile pe care le avem asupra acestei perioade constau în :

- Scrierile literare ale antichității și aici avem în vedere papirusurile medicale egiptene (opt papirusuri referitoare la medicină, dintre care patru sunt mai importante. Acestea cuprind descrierea a nouă sute de medicamente și patruzeci și opt de operații chirurgicale) dintre care pot fi amintite *Papirusul Edwin Smith* (1600 î.Hr. și descoperit în 1930), *papirusul de la Kahun* (descoperit în 1898), *Papirusul Brugsch* sau papirusul de la Berlin (descoperit în 1909), *Papirusul Ebers*, *Papirusul Flinders-Petri* (Kahun) care a fost datat 2200-2100 î.e.n. sau *Papirusul de la Londra* , precum și *Odiseea* lui Homer.

1.4. Medicina în India Antică

Contemporana cu egiptenii și sumerienii (aprox. 3000 îen), civilizația protoindiană a fost o civilizație urbană, localizată în valea Indului. Orașele erau construite prin planificare urbană, cu case cu unu sau două nivele, baie proprie, sistem de canalizare, străzi perpendiculare pavate, ornamentate cu statui. În valea Indului și Gangelui exista o populație de origine indo-europeană-arienii (stapân, nobil, în sanscrită) ce au ajuns relativ târziu (1500 î.e.n.).

Etapa vedica este perioada ce a fost cuprinsă între anii 1500 și 800 î.e.n. și este caracterizată prin cultura bazată pe religia indiană primitivă. Eate o perioadă cu traduceri orale, literatură cu

¹ Informațiile și datele de specialitate cuprinse în acest capitol au fost selectate din următoarele lucrări: VĂTĂMANU, N.; BRĂTESCU, G. - *O istorie a medicinei*, Editura Albatros, București, 1975; BOLOGA, V.L. și colab., *Istoria medicinei universale* , Editura Medicală, București, 1970; COTRAU M.: *Medicamentul de-a lungul vremii*. Editura Apollonia Iași, 1995.

mituri, observații despre natură, toate fixate în patru scrieri: Rig Veda, Atava Veda, Ayur Veda, Sama Veda.

1.5. Medicina chineză

Încă în urma cu 5000 ani, în vaile fluviilor Huang He și Yang Tze, a apărut o civilizație urbană, cu o scriere ideografică, de aproximativ 3200 caractere (astazi, aprox.150). Chinezii atribuie toate descoperirile efectuate de-a lungul timpului, unor împărați legendari (Fu Xi, Huang Ti, Che Hong)

Acupunctura a apărut după observații întâmplătoare. La început a fost practică cu ace din piatră (neolitic), apoi din metale ("misterioasele ace galbene"). Energia vitală este distribuită pe 14 meridiane (12 principale și 2 secundare), cu 365 puncte de acupunctură.

1.6. Medicina greco-romană

a. Medicina în Grecia Antică

La vechii greci, la început, zeul artei medicale era Apollo. Mai târziu zeul medicilor a devenit Esculap. Se știe că în Sparta copiii handicapați erau expuși și lăsați să moară, lucru aprobat de Aristotel, pentru motive de utilitate publică (Politica VII). Platon extindea această practică la bătrânii grav bolnavi (Republica 460) iar Epicur rezumă astfel curentul general de gândire al grecilor antici: "*Noi suntem stăpâni durerilor; stăpâni în a le suporta, dacă ele sunt suportabile, iar în caz contrar; stăpâni în a părăsi viața cu suflet liniștit, așa cum părăsim teatrul dacă nu ne place*".

b. Medicina romană

O dată cu ascensiunea Imperiul Roman centrul de greutate se mută la Roma. Este o perioadă dominată de medicii greci (primii medici greci au fost primiți cu ostilitate) ce a început prin a fi religioasă (temple în cinstea lui Esculap, chiar și în Dacia, la Apulum). Galen este, alături de Hipocrate, cel mai mare medic din antichitate. El a învățat la Alexandria, un timp a fost medic de gladiatori, devine apoi medicul împăratului și este autorul primei anatomii complete a corpului uman.

Copii născuți cu malformații erau abandonați iar pentru răniții grav în război a existat până târziu "formula lovitura de grație", prin care cel fără de șansă era cruțat de chin. Pe lângă fiecare legiune funcționa însă o categorie de „sanitari militari”.

Romani cunoșteau și efectele terapeutice ale apei pentru care dezvoltă un adevărat cult.. Băile Herculane, sunt un argument în susținerea acestei afirmații. Ele au fost numite *Termae Herculis* sau Ad Aqua Herculi Sacras și au fost întemeiate de împăratul Traian sau de Antonius Pius (după alte surse) fiind atestată documentar încă din anul 153 într-o inscripție gravată pe un altar de calcar alb ridicat în semn de recunoștință de către cinci participanți din Dacia, la alegerea consulului Severianus. Construcțiile din perioada romană au dispărut în timpul invaziilor popoarelor migratoare, dar, ulterior au fost descoperite numeroase vestigii: apeducte, băi, statui, monede ...

1.7. Medicina în Evul Mediu

a. Medicina bizantină este medicina practică în Imperiul Roman de Răsărit, cu capitala la Bizanț (apoi Constantinopol). Despre medicina bizantină s-a scris puțin, dar este cunoscut faptul că au dezvoltat o noua organizare medicală. În acest sens Oribazius (secolul al IV-lea î.e.n.) este autorul unei enciclopedii al cărei conținut, extrem de vast, ierarhizează toată literatura medicală greco-romana de până atunci consemnând și sursa fragmentelor, deși în acele timpuri nu se obișnuia acest lucru. A doua lucrare a sa se intitulează „Synopsis” și este un tratat medical cu scop didactic, structurat în 3 volume, o sinteză a medicinei antice, completată cu cazuri clinice și sinteze proprii, o carte de educație pentru sănătate destinată călătorilor etc. În anul 325, la Niceea, la primul Sinod Ecumenic, biserica creștină s-a decis să preia grija îngrijirilor medicale umane. S-au închis templele dedicate zeilor vindecători, deschizându-se instituții de caritate creștină, pe specialități și tipuri de boli². Primul spital este consemnat în 370, în timpul lui Vasile cel Mare care fondează astfel de instituții de binefacere (un nosocomion și o leprozerie) denumite "basili-

² Asistența medicală acordată de călugării mănăstirilor nu era o știință propriu-zisă, așa cum va fi mult mai târziu, ci oferea îngrijire trupească, dar pune accentul mai ales pe alinarea suferințelor bazată pe o adâncă credință și pe evlavie. Pentru alinarea suferințelor se citeau acatiste, moliftele Sfântului Vasile cel Mare, "privegherea și maslul cel făcător de minuni", se bea agheazmă sfânt

ade”. Din Asia Mica, aceste instituții s-au răspândit în toata lumea creștină. De aici apare pe lângă mănăstirile din Țările Române, bolnița, denumire dată construcțiilor care adăposteau un spital sau chiliilor în care erau îngrijiți bolnavii.³ Ulterior, acest sens s-a pierdut, termenul fiind preluat de biserica de mici dimensiuni care era de regulă ridicată în vecinătatea acestor construcții.

b. Medicina în califatele arabe medievale

Se disting trei perioade în evoluția culturii și civilizației arabe medievale:

b.1. etapa de asimilare (mijlocul secolului al VII-lea - sfârșitul secolului al IX-lea), este o perioadă a traducerilor, când sunt traduse principalele opere din cultura greco-romană și orientală. În etapa de asimilare, mai ales la Bagdad, dar și la Damasc (inițial), apoi la Cairo; se realizează o veritabilă școală de traduceri în limba arabă a lui Hipocrate, Oribazius, Galen, Dioscoride.

b.2. perioada de înflorire (secolul X-XI)

Din perioada de înflorire, amintim personalitatea lui Razes (Al Razi), din sec. IX-X, autor de cărți medicale, cea mai de seamă fiind enciclopedia „Contines” („Continentul”).

b.3. perioada de declin se înregistrează după anul 1100.

c. Medicina în Europa medievală

În această epocă, știința a cunoscut o fază de stagnare, interpretarea scolastică a textelor luând locul observației. Înaintarea arabilor, în bazinul mediteranean a avut un efect pozitiv. Un moment important l-a reprezentat înființarea la începutul secolului al XI-lea, de către călugării benedictini din Monte Cassino a primei instituții de învățământ medical la Salerno în Italia (Școala de la Salerno). În secolul al XII-lea, tot în Italia, medicina se dezvoltă în special în centrele universitare din Bologna și Padova.

Primele spații specializate pentru îngrijirea bolnavilor și practicarea actului medical, apar în mănăstiri. Odată cu creștinarea popoarelor germanice, aceștia abordează actul medical din perspectiva milei creștine. Călugării erau inițiați în practica medicinei populare.

Are loc o decădere a chirurgiei, nu mai erau permise manevre sângerânde, deoarece medicii erau și preoți. Existau două categorii de chirurghi: chirurghi de robă lungă (propriu-ziși), care învățau doar anatomie și tehnici chirurgicale și chirurghi de robă scurtă (chirurghi bărbieri), care transmiteau deprinderile din tată în fiu pentru statul Venețian și Salerno (adeverata facultate de medicină).

d. Medicina în Renaștere

Renașterea (sec. XV-XVI) a readus în prim-plan valorile antichității. Pe plan laic se dezvoltă doctrina umanistă, care considera ca Dumnezeu l-a creat pe om liber și omul trebuie să aibă demnitate („Despre demnitatea omului” - Pico della Mirandola). Are loc reforma religioasă și se fac marile descoperiri geografice ceea ce determină mari progrese în: anatomie, fiziologie; patologie, terapeutică și chirurgie.

Primele orașe cu facultate de medicină au fost Montpellier (1220), apoi Padova. Se exprimă primele critici asupra concepției lui Galenus și ale școlii arabe, considerate până atunci intangibile, și se redescoperă învățătura lui Hipocrate. Preocupările se îndreaptă în special în direcția anatomiei și în 1543 apare opera monumentală a lui Andreas Vesalius *De Humani Corporis Fabrica* (Cu privire la construcția corpului omenesc), moment crucial în istoria medicinei. Tot din această perioadă trebuie menționate lucrările lui Girolamo Fracastoro (1478 - 1553), în Italia, cu privire la bolile contagioase (descrie sifilisul sub forma unui poem intitulat *Syphilis sive Morbus Gallicus*), și ale lui Philippus Aureolus Paracelsus (1493 - 1541), medic și alchimist în Elveția, asupra substanțelor cu acțiune vindecătoare.

³ MIROIU Petre, *Despre tipicul bolnițelor mănăstirești*, în “Semnificația medico-istorică a bolnițelor mănăstirești”, Editura Mitropolia Olteniei, Craiova, 1970.

e. Medicina Iluminismului

Secolul al XVIII –lea a intrat în istorie sub numele de secolul luminilor. Ideologia și instituțiile feudale au fost supuse unei critici sistematice, rațiunea a fost ridicată la rangul de instanță supremă, filozofii și gânditorii politici au preconizat reforme menite să instaureze rânduieli juste și umane. Atmosfera spirituală a epocii s-a răsfrânt și în domeniul medicinei, mai cu seamă după 1750, când putem vorbi de medicina iluminismului.

1.8 Secolul XIX

Introducerea narcozei cu eter în America de către William Thomas Morton în 1846, a anesteziei locale cu cocaină în 1884 de austriacul Christian Koller și rachianesteziei în 1898 de către August Bier în Germania, contribuie la dezvoltarea furtunoasă a chirurgiei.

În secolul al XIX–lea, în domeniul chirurgiei, este descoperită anestezia prin inhalație și se cristalizează elemente ale principiilor aseptiei și antisepsiei. Este secolul marcat de progresele ale medicinei, pe fondul revoluției industriale.

1.9 Secolul XX. Evoluții contemporane

Caracteristică este combaterea efectivă a bolilor infecțioase prin vaccinări în masă, introducerea antibioticelor, prin măsuri sanitare și îmbunătățirea condițiilor de viață.

Tratamentul medicamentos specific cu substanțe chimice al bolilor infecțioase a început în Germania cu lucrările lui Paul Erlich (1854 - 1915). În 1932 Gerhard Domagk (1895 - 1964) descoperă sulfamidele iar în 1928 în Anglia Alexandre Fleming (1881 - 1955) constată acțiunea bacteriostatică a ciupercii *Penicillium*, din care biochimistul Howard Florey (1898 - 1968) extrage Penicilina în formă pură, inițiindu-se astfel era antibioticelor.

Progrese importante au fost făcute în domeniul geneticii, descoperindu-se modul de transmitere a caracterelor, structura cromozomilor și rolul genelor precum și structura chimică a acidului dezoxiribonucleic (ADN), suportul fizic al informației genetice. După ce se cunoșteau deja anticorpii serici ca factori esențiali în mecanismele de apărare ale organismului, în a doua jumătate a secolului al XX-lea se pune în evidență rolul diverselor limfocite în imunitatea celulară și producerea de anticorpi.

Concluzii

Am întreprins această succintă incursiune în istoria evoluției științei medicale, pentru a identifica anumite caracteristici, ce vor fundamenta studiul științific al subiectului ales. Astfel putem concluziona că:

Știința medicală a însoțit evoluția societății omenești de-a lungul timpului. Tipul de organizare socială și politică a avut o mare influență asupra dezvoltării acesteia, iar bunăstarea materială a înlesnit cercetarea și s-a reflectat asupra modului și metodelor de îngrijire a sănătății oamenilor. Cu toate acestea, evoluția științei medicale este asociată cel puțin o perioadă foarte lungă de timp, din considerente diverse, cu religia.

Problemele de recuperare medicală, s-au pus în mod real, abia după revoluția industrială, adică secolul XIX și XX, odată cu dezvoltarea științei medicale pe baze științifice, moderne. Este perioada în care știința medicală își schimbă caracterul, trecând de la cel empiric la cel științific, iese de sub administrarea și controlul bisericii devine știință și practică independentă. Totodată se conturează și se dezvoltă ramurile medicale, specialitățile, cu un caracter independent.

În acest context, pe fondul unor evenimente cu caracter social, economic, (dezvoltarea industrială atrage și concentrează forța de muncă dar introduce și riscul accidentului de muncă, războaiele

își schimbă caracterul local, afectând un număr impresionant de persoane, se generalizează, iar primul război mondial lasă în urmă nenumărați soldați cu handicapuri grave, amputări, handicapuri fizice și psihice, care încep să greveze asupra societății) se impune dezvoltarea unui mecanism de recuperare medicală și integrare socială a persoanelor, fie aflate într-o coalescență dificilă după o lungă perioadă de spitalizare, fie rămase cu deficiențe în urma intervențiilor medicale, a unor accidente sau a rănilor suferite pe câmpul de luptă. Recuperarea medicală este considerată ca o activitate cu caracter preponderent medical, dar nu trebuie ignorate componentele sociale, antropomorfe, politice sau economice fără de care aceasta nu poate produce rezultatele scontate.

Sistemele de asigurări sociale, medicale, ce încep să funcționeze precum și implicare statului în gestionarea acestui tip de situații, iau locul, încet, încet, hegemoniei bisericești sau bunăvoinței inițiativelor particulare, fără a le ignora însă importanța.

CAPITOLUL 2

Conformarea spațială a construcțiilor spitalicești. Evoluții.

În funcție de soluționarea spațial volumetrică, determinată în mare măsură de modul de interrelaționare a compartimentelor, sectoarelor, secțiilor, construcțiile spitalicești au fost conformate, de-a lungul timpului, după diferite scheme funcționale, generând tipuri, intrate de multă vreme în uzanțele comune. Evoluția acestora, modul în care au fost asamblate spațiile, sunt consecințe directe ale practicii actului medical, ale nevoilor constatate de izolare, de independență sau comunicare, de relație directă între diverse tipuri de spații. În timp, anumite spații s-au dezvoltat, altele au fost eliminate din construcția propriu-zisă. Ponderea fiecăruia în contextul general a înregistrat fluctuații importante ceea ce a dus și la concretizarea anumitor tipuri specifice unei anumite epoci.

2.1. Tipuri de spitale

În cele ce urmează vom analiza câteva dintre cele mai cunoscute spitale europene încercând să identificăm acele caracteristici cu ajutorul cărora să definim tipurile principale de conformare a spațiilor spitalicești:

2.1.1. Spitalul tip hală al epocii medievale

*Franța, Beaune, Hotel Dieu*⁴

Primul sfert al secolului al XV-lea a fost marcat în Bourgogne de foamete, epidemii și extinderea bandelor de tâlhari. În 1441, papa Eugène IV îl autorizează pe Nicolas Rolin, cancelarul ducelui de Bourgogne, să înființeze un spital pentru săraci și bolnavi cu capelă. Acesta alege Beaune pentru amplasarea instituției caritabile. La 4 august 1443, Nicolas Rolin fondează l'Hôtel-Dieu pe care îl prezintă ca pe o tranzacție fericită "échanger contre les biens célestes, les biens temporels qui lui ont été accordés". El plasează spitalul sub hramul Sfântului Anton și fixează numărul paturilor din sala cea mare la 30 repartizați de o parte și de alta, aproape de capelă. Primul bolnav a fost primit la 1 ianuarie 1452.

Hôtel-Dieu a fost conceput pe un plan rectangular în formă de U, închis ulterior în cursul secolului al XV-lea. Alături pe stradă este o construcție tip hală, care adăpostește salonul bolnavilor cu capelă iar la cealaltă extremitate, separat de salon printr-un vestibul, refectorul și dormitorul personalului. Construcția în formă de L deschisă spre curte regroupează serviciile de intențență la parter și camerele pentru bolnavii plători pe două nivele, o infirmerie pentru infirmiere și un salon pentru incurabili. Toate aceste săli sunt deservite prin galerii. În secolul al XVII-lea, curtea a fost închisă pentru a putea amplasa un nou salon ce avea să se extindă până în stradă în prima jumătate a secolului al XIX-lea. Din 1976, devine monument istoric.

Spitalul bisericesc este în general format dintr-o sală mare, uneori deservită de spații anexe, așezată perpendicular pe construcția bisericească și are adesea un altar inclus pentru a putea deservi și pacienții greu transportabili.

"Iar atunci am ploare o întreagă problematică: aceea a unei arhitecturi ce nu mai este făcută doar pentru a fi văzută (fastul palatelor) sau pentru supravegherea spațiului exterior (geometria forțărețelor), ci pentru a face cu puțință un control interior, articulat și detaliat - pentru a-i face vizibili pe cei care se află înăuntru; mai general vorbind, aceea a unei arhitecturi care constituie un operator pentru transformarea indivizilor: care să acționeze asupra celor pe care-i adăpostește, să fie un mijloc de țineră sub control a comportamentului lor; să prelungească până la

⁴ <http://www.culture.gouv.fr/documentation/merimee/accueil.html>

ei efectele puterii, să-i poată face obiect de cunoaștere, să-i modifice. Pietrele îi pot face pe oameni docili și ușor de descifrat. Vechii scheme simple a izolării și împrejmuirii — a zidului gros, a porții solide ce fac imposibile intrarea și ieșirea - începe să i se substituie calculul deschiderilor, al plinurilor și golurilor, al trecerilor și transparențelor. În felul acesta, spitalul-edificiu se organizează încetul cu încetul ca instrument de acțiune medicală: el trebuie să permită o bună ținere sub observație a bolnavilor, deci o mai bună apreciere a îngrijirilor necesare; forma clădirilor, prin atenta separare a bolnavilor, trebuie să împiedice contaminările; ventilația și aerul făcut să circule în jurul fiecărui pat sunt menite, în sfârșit, să nu permită ca aburii dăunători să stagneze în preajma pacientului, descompunându-i umorile și agravându-i boala prin efectele lui nemijlocite. Spitalul - așa cum se urmărește să se amenajeze el în a doua jumătate a secolului, și pentru care s-au făcut atâtea proiecte după cel de-al doilea incendiu de la Hotel-Dieu - nu mai este pur și simplu acoperișul sub care își găseau adăpostul mizeria și moartea apropiată; devine, prin chiar materialitatea lui, un operator terapeutic. ”⁵

2.1.2. Spitalul tip casă: Este amplasat în mod preferențial în zonele urbane centrale, utilizând spațiul unei insule urbane și același tip de organizare a spațiului în jurul unei curți centrale, cu rol de circulație dar și de asigurare a luminii și ventilației naturale.

2.1.3. Spitalul tip caroiaj : Spațiile sunt organizate în jurul unei capele centrale, condițiile de funcționare fiind dificile din punct de vedere al igienei

2.1.4. Spitalul tip Palat : Deschis finanțării private și filantropilor, spitalul palat este prin definiție un “ social palat “, tributar stilurilor arhitecturale cu referințe la tradiții și trecut, înconjurat de grădini și construcții anexe, este amplasat de regulă în zonele periferice

Spitalul palat inspirat de modelele italiene, adoptă noi forme: crucea și curtea. Fiecare corp de clădiri constituie unul dintre brațele crucii și delimitează un spațiu central :o curte pătrată sau rectangulară.

2.1.5. Spitalul igienist. Este organizat pe o tramă rectangulară, cu pavilioane legate printr-o rețea de galerii, având ca obiectiv asigurarea ventilației naturale și separarea secțiilor în funcție de patologie, este rezultatul mișcării igieniste și este de obicei organizat simetric față de capela centrală (vezi Spitalul Lariboisiere)

În spitalele igieniste construcțiile sunt independente dar sunt legate prin galerii. O mare atenție este acordată problemelor de ventilare.

“Regula amplasărilor funcționale va codifica, încetul cu încetul, ...un spațiu pe care, de obicei, arhitectura îl lasă disponibil și la îndemâna unor utilizări dintre cele mai diverse. Sunt definite locuri determinate care să răspundă nu numai necesității de a supraveghea, de a întrerupe comunicațiile periculoase, ci și aceleia de a crea un spațiu util....Procesul este limpede observabil în spitale, și mai ales în spitalele militare și maritime. În Franța, se pare că Rochefort IX a servit drept experiment și model.... Spitalul maritim trebuie, așadar, să ofere îngrijiri, dar tocmai de aceea el trebuie să fie un filtru, un dispozitiv care identifică și cartografiază; el trebuie să asigure un control asupra acestei imense mobilități și agitații, descompunând confuzia ilegalității și a răului. Supravegherea medicală a bolilor și a contaminărilor merge mână în mână cu o serie întregă de alte controale ”⁶

2.1.6. Spitalul Pavilionar. Derivă direct din spitalul tip grătar, rețeaua de galerii fiind înlocuită de traseele pietonale ce leagă pavilioanele amplasate în incinte amenajate ca parcuri. Descoperirea modalităților de transmitere a microbilor în anii 1860, a revoluționat concepțiile spitalicești. Lucrările lui Louis Pasteur demonstrează necesitatea de a combate contagiunea prin izolarea bolnavilor și sterilizarea instrumentarului medical. Fiecare boală și fiecare bolnav trebuie izolat. Acest principiu al izolării

⁵ FOUCAULT, Michel, *Surveiller et Punir: Naissance de le Prison* (Gallimard, 1975)

⁶ FOUCAULT, Michel, *Surveiller et Punir: Naissance de le Prison* (Gallimard, 1975)

definește o nouă eră a construcțiilor spitalicești. A par marile spitale ale Parisului.

2.1.7. Spitalul tip bloc Este concentrat într-o singură construcție, ce rezultă din suprapunerea pavilionelor și serviciilor, organizate în jurul unui nod central de circulație care reduce distanțele, permite o facilă orientare cardinală precum și o bună ventilare. Unul dintre cele mai cunoscute spitale de acest fel este *Royal Naval Hospital*, din Chatham, Anglia.

2.1.8. Spitalul tip monobloc pe tavă Este o variantă a spitalului bloc bazată pe o nouă separare funcțională. Spațiile de diagnostic și tratament sunt amplasate la bază, la nivelele inferioare permițând accesul și al persoanelor tratate ambulator. Problemele legate de accesibilitate, echipamente... au fost rezolvate mulțumită progresului tehnic.

2.1.9. Spitalul tip Unități multiple Este organizat în mai multe unități ce grupează camere mici, de la unu la șase paturi, legate printr-o stradă interioară, conectată la diverse centre medicale. Creează impresia de volum dens, compact, deschis spre oraș. Corespunde dorinței de umanizare a spitalului prin integrarea în sit și deschiderea spre oraș.

2.2. Cerințe și fluxuri funcționale. Date generale, Tipuri de spații

Construcțiile spitalicești sunt lucrări de utilitate publică și privind asigurarea sănătății populației, sunt unități componente ale rețelei naționale și teritoriale de asistență medicală. Organizarea spitalelor (capacitate, profil medical, structura serviciilor componente), indiferent de natura fondurilor de finanțare a investiției sau forma de proprietate, se face în conformitate cu prevederile legale privind organizarea rețelei teritoriale a serviciilor medicale. Centrul de recuperare medicală este o dotare ce se supune aceluiași reguli ca și spitalele, adesea fiind inclus în structura spitalicească, ca secție sau putând funcționa și ca unitate independentă.

În organizarea sistemului de ocrotire a sănătății, spitalul este unitatea de bază, care asigură asistența medicală completă sau de specialitate, preventivă, curativă și de recuperare pentru bolnavii internați și ambulatorii de pe teritoriul arondat. Unitățile spitalicești, care constituie baza rețelei teritoriale sunt clasificate astfel :

Spitale generale ce cuprind cel puțin cele 4 specialități medicale de boli principale: boli interne, chirurgie, pediatrie, obstetrică-ginecologie. În funcție de teritoriul arondat spitalele generale pot fi : comunale, orașenești, municipale, județene.

Spitalele comunale mici pot avea numai 3 specialități medicale (fără chirurgie), cazurile chirurgicale urmând a fi rezolvate în localitate urbană cea mai apropiată.

Spitale de specialitate constituie o altă categorie și asigură asistența medicală într-una din specialitățile medicale principale sau două profiluri medicale înrudite, derivate din acestea. De ex.: spitale de chirurgie cardiovasculară, de traumatologie și chirurgie reparatorie, de neurochirurgie (derivate din specialitatea chirurgie) sau spitale de endocrinologie, de oncologie, de boli infecțioase (derivate din specialitatea boli interne) ș.a.m.d..

Spitalele diversificate pe specialități sau profiluri medicale, apar ca necesare în orașele mari. Pentru unele specialități sau profiluri, se recomandă înființarea de spitale de specialitate și în spitalele mici sau mijlocii. De ex.: spitale de pediatrie sau maternități (datorită vulnerabilității mai mari a pacienților și/sau specificității actului medical), spitale de boli infecțioase (datorită riscului de contaminare), spitale de psihiatrie sau alte boli cronice (datorita duratei mari de spitalizare).

Concluzii

Spațiul spitalicesc s-a constituit ca tip de spațiu specific de-a lungul timpului, inițial la inițiativa ordinelor religioase, sub impulsurile dezvoltării științelor medicale, a codificărilor impuse de organizările militare, din necesitatea asigurării condițiilor de igienă. Conformarea spațiilor și volumetriilor clădirilor spitalicești, determinată de rigoarea actului medical a generat câteva modele a căror cunoaștere este utilă și pentru evoluția centrelor de recuperare.

CAPITOLUL 3

Recuperare medicală, cerințe funcționale, tipologia spațiilor construite.

3.1. Obiective Definiții în domeniu, în accepția OMS⁷

Organizația Mondială a Sănătății a realizat două definiții ale termenilor de bază, în ultimul sfert de secol. În anul 1980 a fost definit grupul terminologic deficiență - incapacitate - handicap care a guvernat timp de două decenii problematica domeniului. Definiția a fost controversată și tot mai amplu criticată, în principal pentru faptul că era influențată predominant de modelul medical, care nu reflectă în suficientă măsură drepturile omului.

Sensul acestor termeni era în 1980:

Deficiența (engl. "impairment", franc. "deficience") = absența, pierderea sau alterarea unei structuri ori funcții (leziune anatomică, tulburare fiziologică sau psihologică). Deficiența poate fi rezultatul unei maladii, a unui accident etc dar și a unor condiții negative din mediul de creștere și de dezvoltare a unei persoane, cu deosebire carențe psiho-afective.

Regulile Standard (1993) nu mai consideră acest termen ca fiind unul de bază, analizându-l înglobat în cel de "dizabilitate" (incapacitate).

Dizabilitatea (incapacitatea) (engl. "disability", franc. "incapacite") însumează un număr de limitări funcționale, ce pot fi întâlnite la orice populație, a oricărei țări din lume. Aceasta depinde, dar nu în mod obligatoriu și univoc de deficiență. Dizabilitățile pot fi cauzate de deficiențe (fizice, senzoriale sau intelectuale), de condiții de sănătate (boli mintale/neuropsihice) sau de mediu. Dizabilitățile (ca și deficiențele) pot fi vizibile sau invizibile, permanente ori temporare, progresive ori regresive.

Utilizarea termenului „incapacitate” a fost evitată, pe bună dreptate, în literatura românească de specialitate, deși în textele de limbă engleză și în documentele internaționale echivalentul „dizability” este de departe cel mai frecvent folosit în ultimii 20 de ani, în asociere cu cuvântul persoană. La noi s-a preferat fie folosirea termenului deficiență, incapacitate, fie a celui de handicap (intrat și în Constituția României sau în alte legi, în forma „persoane handicapate”) ori, ulterior, persoane cu handicap, formule considerate a fi mai puțin stigmatizante. Relativ recent a apărut tendința de a se utiliza în literatura românească de specialitate termenul „dizabilitate”, care pare să redea mai exact conținutul termenului echivalent din terminologia utilizată pe plan internațional.

Obiectivul general al CIF: oferirea unui limbaj standardizat și unitar, precum și a unui cadru general de descriere a stării de sănătate și a celorlalte stări adiacente stării de sănătate.

CIF nu este doar o clasificare a „consecințelor unei boli” (în comparație cu versiunea din 1980), ci este o clasificare a „componentelor sănătății”. „Componentele sănătății” identifică elementele constitutive ale sănătății, în timp ce „consecințele” se concentrează pe impactul sau pe rezultatul ulterior al bolilor sau al altor stări de sănătate. Astfel, CIF se situează pe o poziție neutră în ceea ce privește etiologia, așa încât cercetătorii, folosind metodele științifice adecvate, pot deduce implicațiile cauzale.

CIF se bazează pe integrarea a două modele opuse – cel medical și cel social. Pentru a reda esența integrării diverselor perspective ale funcționării, este utilizat un model „psihosocial” o sinteză asupra tuturor perspectivelor sănătății: din punct de vedere biologic, individual și social.

3.2. Aplicații ale CIF 2001

CIF 2001 poate fi utilizat cu succes ca instrument statistic, pentru colectarea și înregistrarea de date (de exemplu în studiile și în sondajele demografice sau în managementul sistemelor informaționale); ca instrument de cercetare, pentru a evalua și măsura rezultate, calitatea vieții sau factorii de mediu; ca instrument de investigație clinică sau în evaluarea cerințelor/nevoilor, adecvarea

⁷ Organizația Mondială a Sănătății

tratamentelor la anumite cerințe, evaluarea profesională, reabilitare și evaluare a rezultatelor; ca instrument de politică socială ,pentru planificarea securității sociale, sistemelor de compensație, în conceperea și implementarea politicilor; ca instrument de educație, în conceperea curriculum-ului, în sensibilizarea opiniei publice și în adoptarea unor acțiuni; în alte sectoare, ca de exemplu în asigurări, securitate socială, securitatea muncii, economie, politică socială și elaborarea legislației generale și în modificările de mediu.

3.3. Implicații generale

Conceptul de dizabilitate apare în mod evident ca rezultată a interacțiunii mai multor factori, atât cei care țin în principal de individ (condiții de sănătate, legate de structuri și funcții ale organismului), a celor care țin de activitate și participare, cât și cei contextuali (mediul și factorii personali).

Datorită complexității relației de interacțiune, din care poate rezulta dizabilitatea, impactul diverselor medii asupra aceluiași individ, cu o stare de sănătate dată, poate fi diferit.

3.4. Etapele procesului de recuperare medicală

Pornind de la această viziune de ansamblu putem identifica etapele de recuperare medicală și integrare astfel: trimiterea și luarea în evidență a pacientului; investigare, screening(presupune anamneză și investigații preliminare); observarea și evaluarea diagnostică propriu-zisă; elaborarea planului de intervenție (abordare) și de dezvoltare a țelurilor terapiei împreună cu pacientul; intervenția propriu-zisă care constă în implementarea metodelor și a modalităților necesare pentru obținerea scopului terapeutic; ultima etapă este etapa de reevaluare, observare, înregistrare a stării de sănătate și a rezultatelor obținute. De asemenea poate fi considerată și o etapă de management al serviciilor inclusiv a serviciilor administrative.

3.5. Domeniile de interes în terapia ocupațională

Recuperarea persoanelor cu handicap se prelungește prin monitorizarea acestora în perioada post recuperare medicală, preluarea în evidența serviciilor sociale, integrarea în programe de reintegrare prin terapie ocupațională.

a. activități uzuale: presupune reînvățarea activităților cotidiene, utilizarea spațiilor curente, adaptarea la mediu dar și adaptarea spațiilor la cerințele speciale ale acestora. Conformarea spațiului în funcție de nevoile personale trebuie făcută cu mare atenție (în acest sens au fost elaborate și sunt funcționale normative speciale sau generale, la nivelul fiecărei țări, a căror respectare permite utilizarea spațiilor și de către persoane cu nevoi speciale). Adaptarea la mediul cotidian, crearea condițiilor optime de utilizare, permite mobilitatea necesară conștientizării sentimentului de independență fizică.

b. munca și activitățile productive. Prin reeducarea pentru muncă, persoana aflată în recuperare își recapătă independența economică și financiară, sentimentul de povară pentru familie dispare. Identificarea acelu tip de activitate ce este cel mai potrivit în funcție de abilitățile sale sau dacă mai este posibilă practicarea vechilor îndeletniciri, este vitală, putându-se constitui ca sursă de satisfacție personală și contrapondere la frustrările inerente.

c. distracția și recreerea sunt activitățile ce confirmă reușita recuperării, integrarea socială. Participarea la activitățile de grup, dincolo de obligativitatea unor anumite acțiuni necesare, sunt semnul faptului că momentele de dificultate au fost depășite, starea de normalitate a fost recâștigată.

Toate aceste etape, sunt etape de socializare, în care contactul cu grupul sau colectivitatea sunt vitale, pregătirea fiind necesară din ambele direcții. Conformarea spațiilor și a obiectelor astfel încât utilizarea să fie facilă pentru toți cei implicați, creează cadrul dezvoltării acestor relații.

3.6. Fizioterapie și recuperare medicală

Procedurile de fizioterapie și recuperare medicală, mai ample sau mai puțin dezvoltate, sunt nelipsite în structura spitalelor moderne, fie ca tratament asociat, fie ca tratament principal în cazul spitalelor de specialitate. Amploarea și structura serviciului sunt în funcție de capacitatea spitalului, de profilul acestuia și după caz de asocierea dispensarului policlinic.

Serviciul de fizioterapie și recuperare medicală poate cuprinde în structura sa compartimente diverse ca : electrofizioterapie, cultura fizica medicală (kinoterapie), hidrotermoterapie, masoterapie, pneumoterapie, psihoterapie sau terapie ocupațională

A. Electrofoterapie

Compartimentul de electrofoterapie este structurat pe unități, după tipurile de proceduri utilizate. Astfel sunt proceduri cu terapie cu curenți de joasă frecvență sau ultrasunete (curent galvanic, curenți diadinamici, curenți cu impulsuri, curenți exponențiali, electrostimulatoare, sonodynatori etc); cu terapie cu curenți de frecvență medie (mediaflux, curenți interferențiali) ; terapie cu curenți de înaltă frecvență (diatermice, ultrascurte, radar, microunde, etc); terapie cu câmpuri electromagnetice (magnetodiaflux, diapuls) sau foterapie (ultraviolete, Solux, băi de lumină generale sau parțiale).

Pentru aplicarea procedurilor de electroterapie sunt utilizate boxe de un pat, cuplate mai multe în cadrul unui cabinet, unde va fi prevăzut și un spațiu de lucru pentru personalul medical. Procedurile cu curenți de înaltă tensiune se izolează în încăperi distincte de celelalte proceduri; de asemeni procedurile bazate pe câmpuri electromagnetice au aparatele instalate în camere individualizate protejate corespunzător. încăperea pentru ultraviolete este închisă și controlată în ce privește ozonarea aerului. Compartimentul va mai cuprinde camera de odihnă pentru personal, boxe de dezbrăcare pentru pacienți, grupuri sanitare.

B. Hidroterapie

Compartimentul de hidroterapie este structurat în unități pentru: hidrotermoterapie (băi medicinale generale, băi parțiale, dușuri terapeutice); Hidroelectroterapie (băi galvanice); Hidrokinetoterapie (bazine mari, bazine treflă, bazine de elongații etc). Unitățile de hidrokinetoterapie se amplasează împreună într-o sală mare, încălzită și ventilată corespunzător, prevăzută la intrare cu filtre vestiar, closete și dușuri pentru pacienți și o cameră cu un grup sanitar pentru instructori. Bazinele mari sunt prevăzute cu scări și rampe comode pentru acces, balustrade de protecție la exterior, balustrade de susținere la interior. Celelalte unități de hidroterapie se amplasează în spații boxate și înseriate, accesibile pe o parte pentru pacienți (prin intermediul boxelor de dezbrăcare) și deservite pe cealaltă parte de personalul specializat. În cadrul compartimentului mai sunt incluse: cameră de lucru și odihnă pentru personal, depozit pentru lenjerie umedă dotat cu aparate de uscare, depozit pentru lenjerie curată, boxă curățenie.

C. Masoterapie

Compartimentul de masoterapie se subîmparte în unitate pentru proceduri uscate și unitate pentru proceduri umede (duș-masaj, masaj subaqual). Unitatea pentru proceduri umede se poate cupla cu celelalte unități de hidroterapie, unitatea pentru masaj uscat amplasându-se de regulă între compartimentul de hidroterapie și cel de cultură fizică medicală. Masajul uscat se execută în boxe individuale înseriate, pe lângă care se prevede o cameră de odihnă pentru maseuri dotată cu grup sanitar și duș.

D. Pneumoterapie

Compartimentul de pneumoterapie poate avea în componență o unitate de aerosoli, o unitate de inhalatii, camera pneumatică, o unitate de gimnastică respiratorie la aparate. Unitatea de aerosoli se organizează fie într-o încăpere boxată pentru proceduri individuale, fie într-o sală comună pentru mai mulți pacienți dacă se fac tratamente cu ultrasonoacrosoli. Unitatea de inhalatii este asemănătoare celei pentru aerosoli. Camera pneumatică (baro-camera) se dimensionează pentru un grup de 18-20 pacienți, așezați pe scaune. În cadrul compartimentului se mai prevăd stații de lucru și de odihnă pentru personalul medical, grupuri sanitare, boxe pentru lenjerie curată și murdară, eventuale anexe tehnice pentru echipamente.

E. Kinetoterapie

Pentru compartimentul de kinetoterapie (cultură fizică medicală) sunt necesare următoarele spații: sală de gimnastică în grup (dimensionată pentru 10-12 persoane), sală de gimnastică analitică (pentru 23 persoane), sală de elongații, sală de terapie pe aparate și spații anexe (camere instructori, depozit materiale, vestiare pentru pacienți separate pe sexe, grupuri sanitare).

F. Psihoterapie și ergoterapie

Psihoterapia și ergoterapia (terapia operațională) se adresează în special pacienților ce efectuează tratamente dificile și sau de lungă durată, fiind compartiment prezent la spitale de boli cronice, centrele pentru handicapați sau la spitale generale mari și foarte mari care au secții de acest

fel. Unitatea de psihoterapie are în componență cabinete pentru tratament individual, sală pentru psihoterapie de grup și anexele respective pentru personal și pacienți: unitatea de terapie ocupațională cuprinde un număr de săli-atelier specializate pentru diferite activități (lucru manual, desen, pictură, tâmplărie), camere pentru personal, depozite de materiale, grupuri sanitare.

3.7. Cerințe de conformare a spațiilor

Factorii care determină alcătuirea compartimentelor și sectoarelor funcționale și interrelaționarea lor reciprocă structurează organizarea spațial-funcțională a centrelor medicale în ansamblu, ca și cea a fiecăruia dintre compartimentele componente. Printre acestea importante sunt categoriile de utilizatori, specificul activităților, condiționările tehnologice impuse de aparatura medicală și echipamentele utilizate.

3.8. Cerințe de igienă și aseptie

Criteriile de igienă și aseptie trebuie respectate fiind determinante în alegerea soluțiilor funcționale și tehnologice determinând gabaritele circulațiilor și încăperilor. Aceasta apropie conformarea centrului de recuperare de cea a spitalelor, sub acest aspect supunându-se acelorași reglementări ca și spațiile spitalicești.

Dintre activitățile care se desfășoară într-un centru de recuperare trebuie stabilite și ierarhizate cele care impun: izolarea spațiilor sau separarea circuitelor (fie din considerente de igienă și aseptie, fie din considerente de protecție față de riscuri tehnologice sau pericol de poluare), instituirea de relații de vecinătate obligate a spațiilor (compartimentelor) pentru optimizarea fluxurilor și a proceselor medicale.

Lumina, căldura, ventilația

În condițiile în care centrul de recuperare are în componere și spații destinate spitalizării, camere pentru pacienți, acestea trebuie să îndeplinească condiții de asigurare a cerințelor de iluminat și ventilat natural. Drept pentru care saloanele trebuie orientate cardinal și dimensiunea ferestrelor trebuie corelată astfel încât să asigure lumină naturală pe întreaga durată a zilei. De aceea este recomandată orientarea sud, sud est, sud vest, dar în același timp este necesară asigurarea măsurilor de umbrire pentru soarele excesiv, terase acoperite, balcoane, brisoleil-uri, obloane, jaluzele. Toate acestea conduc la anumite soluții de plastică a fațadelor, caracteristice.

Fațadele pe care se află ferestrele laboratoarelor, sau ale altor încăperi dotate cu aparatură medicală sensibilă la însorire directă, se vor orienta spre nord-vest, nord și nord-est.

Un alt aspect ce conduce la soluții spațiale specifice este asigurarea ventilației naturale, de maximă importanță în zonele cu climă caldă sau în timpul verii.

3.9. Fluxuri de circulație

Fluxurile de circulație interioară vor trebui să răspundă următoarelor cerințe: circulația bolnavului (spitalizat sau ambulator) de la primul contact și până la părăsirea acestuia, parcurgând toate compartimentele medicale, de diagnostic și tratament, trebuie să se desfășoare în flux continuu, pe trasee clare, accesibile în condiții de egală siguranță atât pentru deplasările pedestre, cât și pentru deplasări cu căruciorul rulant, targa sau patul. Traseele pe care este necesară deplasarea în viteză, vor fi scurte și directe, circulația personalului medical între punctele de lucru pe care le are de parcurs în timpul îndeplinirii serviciului, trebuie să se poată desfășura în timp cât mai redus, pe distanțe cu atât mai scurte cu cât este mai mare frecvența deplasărilor.

3.10. Accesele

În funcție de categoriile de utilizatori, accesele din exterior pot fi comune (accesul principal, accesul pentru sectorul ambulator), restricționate pentru unele categorii de utilizatori (accesul de serviciu, sau accesul forțelor de intervenție), sau specializate numai pentru o anumită grupă de personal sau de materiale (accesele de aprovizionare la farmacie, la bucătărie, la laboratorul de medicină nucleară). Conformarea circulațiilor va asigura amplasarea acceselor, în funcție de natura lor, în relația funcțională optimă atât cu zonele deservite din clădire, cât și cu zonele corespunzătoare din incintă. Toate accesele în vor fi soluționate în așa fel încât să poată fi controlate.

3.11. Dimensionări, gabarite

Tipul de configurație spațial-volumetrică va fi totdeauna condiționat și de faptul că aceste

unități pot fi spații în expansiune, pentru care se poate pune problema măririi capacității, a extinderii unora din serviciile tehnico-medicale existente sau completării cu compartimente pentru noi proceduri. De aceea este bine să se stabilească zonele funcționale pentru care sunt posibile extinderi ale suprafețelor construite și să se opteze pentru soluția arhitecturală care va permite contactarea coerentă a extinderilor la ansamblul de circuite funcționale.

3.12. Cerințe psiho-sociale

Problemele persoanei aflate în proces de recuperare medicală sunt în mod evident de natură fizică dar implicațiile de natură psihosocială sunt majore. Din acest motiv, procesul de recuperare medicală trebuie atent monitorizat și urmărit de personal calificat. Reluarea capacităților fizice după o lungă perioadă de boală, este condiționată și de recuperarea psihosocială de readaptarea la mediu și la comportamentul normal și independent fizic. Aceasta se face gradat, încrederea în forțele proprii nu se recapătă doar pentru că așa se presupune a fi. Ea trebuie testată. Sunt și cazuri când persoana aflată în proces de recuperare, rămâne cu sechele, cu infirmități. În această situație trebuie parcursă o perioadă de adaptare la noua corporalitate, de reinvățare a gesturilor firești după noii parametri fizici.

Spații de socializare

În ambele situații, cu spitalizare sau cu tratament ambulatoriu, centrul de recuperare este bine să fie dotat și cu spații cu valențe sociale, în care se pot desfășura activități de grup, în care se pot stabili contactele. Începând cu spațiile de așteptare, bibliotecile, săli de conferință, cantina restaurant, și terminând cu unele proceduri ce pot fi de grup. Mai mult unele dintre procedurile ce fac parte din tratament pot fi practicate și de persoane sănătoase, din exterior, ca tratament de întreținere. Atunci când centrul de recuperare se bucură de un amplasament generos, de un parc amenajat, persoanele din exterior pot beneficia de acesta împreună cu pacienții, pot fi amenajate locuri de joacă pentru copii sau evenimente la care pot participa și locuitorii din împrejurimi. Amenajarea unor terenuri de sport utilizate în comun poate fi de bun augur în procesul de recuperare.

Spații pentru funcțiuni complementare

Dacă ne întoarcem la exemplul termelor române și urmărim cum au fost conformate acestea vom vedea că totdeauna această mixitate de funcțiuni a fost apreciată și vom putea include fără să greșim, spații comerciale sau spații de alimentație publică.

În condițiile în care centrul de recuperare capătă o importanță încărcătură socială, rolul său medical scade ca pondere a activității dar crește în valoare în ceea ce privește recuperarea socială a persoanelor. Centru de recuperare nu mai este o entitate închisă ci devine un pol de interes social pe plan local, spațiu de agrement, de loisir, de socializare, cu impact cultural.

Amplasarea sa în zone cu potențial turistic sau balneo-climateric, așa cum s-a întâmplat la sfârșitul secolului al-XIX-lea, s-a constituit ca motor de dezvoltare a stațiunilor balneo-climaterice, stațiuni ce au cunoscut o frumoasă înflorire, devenind localități foarte la modă printre potențtii vremii.

b.1. Spații de cult

Fie din cauza unei legături inițiale cu spațiile de îngrijire a sănătății, fie din nevoia firească a omului aflat în nevoie, de sprijin moral, dar cu siguranță și din rațiuni practice, este de recomandat includerea unui spațiu de cult în conformarea spațială a centrului de recuperare medicală. Capela, în afară de serviciul religios, poate asigura și un spațiu adecvat pentru ceremonii funerare, mai ales atunci când în cadrul acestor centre este asigurată și spitalizarea. Din acest motiv este bine ca aceasta să fie amplasată lateral fluxurilor importante de activitate.

b.2. Spații pentru conferințe, cursuri, evenimente Bibliotecă, mediatecă

Pentru nevoile de studiu și documentare medicală dar și pentru liberul acces al pacienților, în cadrul centrelor de recuperare medicală se pot include spații pentru bibliotecă cu sală de lectură, videotecă, o sală pentru întruniri și conferințe, studio de fotofilm pentru înregistrarea, sisteme de vizionare prin televiziune cu circuit închis.

3.13. Spații de servicii și administrative

Blocul alimentar

Anexele pentru personalul blocului alimentar vor cuprinde: vestiare cu grup sanitar și duș, separate pe sexe, amplasate lângă accesul personalului, și o sală de mese, amplasată în relație cu oficiul de distribuție. Colectarea deșeurilor menajere din blocul alimentar se va face în recipiente închise care se vor transporta la platforma de deșeuri din incintă. Se recomandă ca fie în apropierea bucătăriei, fie la platforma deșeurilor, să se amenajeze un spațiu frigorific pentru păstrarea temporară a deșeurilor alimentare în condiții igienice. Blocul alimentar se poate amplasa în așa fel încât legăturile acestuia cu secțiile de spitalizare sau cu cantina personalului să nu traverseze alte zone gospodărești pentru care cerințele de igienă sunt mai puțin severe. Blocul alimentar se poate amplasa atât în clădirea principală (la parter sau demisol), cu luarea măsurilor corespunzătoare privind protecția față de degajările de abur și mirosuri, fie într-o clădire separată, în care caz legătura cu spitalul se va asigura printr-un coridor închis.

Spălătoria

De regulă, spălătoria se organizează ca un serviciu unic pentru următoarele activități: primire, dezinfectie, spălare, călcare, reparare, depozitare rufe. Pentru evitarea transmiterii infecțiilor, la organizarea spălătoriei se va proceda separarea obligatorie a circuitelor de rufe murdare și rufe curate, separarea șarjelor de rufe pe categorii de proveniență, diferențierea liniilor de utilaje pentru rufe copiilor față de cele pentru rufele adulților, pe întregul flux tehnologic.

Organizarea spațiilor se face în flux continuu, după cum urmează:

- a. cameră pentru primirea și trierea rufelor murdare (în care rufe murdare, ambalate în saci, sunt aduse de personalul secțiilor și predate spălătoriei);
- b. spațiu pentru dezinfectia rufelor, amenajat cu căzi de baie pentru înmuiere în dezinfectant, în număr suficient pentru a putea separa rufe provenind de la diversele secții; dezinfectia se poate face și direct în utilajul mecanizat de spălare, dacă acesta are un program special de dezinfectie corespunzător cerințelor de igienă pentru spitale;
- c. spălătoria propriuzisă, în care se amplasează utilajele mecanizate pentru spălare și stoarcere prin centrifugare;
- d. spații pentru uscătorie și călcătorie (sală comună sau compartimentată pentru cele două operații, separată însă de sala spălătoriei pentru a asigura menținerea condițiilor de igienă); uscarea și călcarea rufelor se va face mecanizat;
- e. încăpere pentru repararea rufelor, amplasată între călcătorie și depozitul de rufe curate;
- f. depozit de rufe curate, în care se face și sortarea, respectiv ambalarea rufelor pentru secțiile și serviciile de destinație;
- g. camera de eliberare rufe curate, în care are acces personalul din secțiile medicale;
- h. anexe pentru personalul propriu; vestiar cu grup sanitar și duș, cameră de odihnă, biroul responsabilului, cu controlul vizual asigurat spre camerele de primire și eliberare rufe. Circuitul interior al spălătoriei nu va fi traversat de alte circuite.

Anexe comune pentru personal

Pentru personalul medical mediu și auxiliar, în apropierea zonei de acces a acestuia, se organizează vestiare, separate pe sexe, prevăzute cu dușuri și grupuri sanitare. Vestiarele se pot amplasa centralizat, pe corpuri de clădire sau pavilioane. Dimensionarea vestiarelor se face în raport de capacitatea, de cifra personalului și de modul de organizare a activității. Vestiarele pentru personalul tehnic și de întreținere, ca și cele pentru personalul din serviciile gospodărești, se recomandă a se amplasa în zona în care acesta își desfășoară activitatea.

Spațiile administrative, birourile sunt amplasate independent de fluxul principal de activitate, de preferință cu accese separate, ca și spațiile tehnice, de întreținere.

3.14. Cazare

După cum am mai arătat, centrul de recuperare medicală poate beneficia sau nu de spitalizare. Recomandarea este ca persoanele cu probleme de recuperare să fie integrate familiei, chiar beneficiind de programe sociale prin care să le poată fi asigurată îngrijirea în mediul normal de viață.

Aceasta nu înseamnă că nu trebuie să beneficieze de astfel de spații. De cele mai multe ori centrele de recuperare dispun fie chiar și de un număr minim de locuri de cazare. Pentru spațiile de spitalizare este necesar să se țină cont la dimensionarea camerelor astfel încât să se asigure accesibilitatea căruciorului de handicapat, cel puțin pe una din laturile lungi ale patului iar pe cealaltă latură să permită accesul unui îngrijitor. Se recomandă dotarea cu balustrade care să ajute la deplasarea persoanelor cu handicap locomotor sau să servească drept ghidaje pentru cele cu deficiențe de vedere. Grupurile sanitare, pentru fiecare încăpere sau cuplate, unul pentru două încăperi, trebuie să răspundă aceluiași cerințe, fiind dotate cu dușuri și nu cu cadă, iar dimensiunea încăperii să satisfacă aceleași cerințe. În funcție de cerințele funcționale și caracterul centrului camerele pot fi dispuse în lungul unei circulații sau grupat, ciorchine, câte patru, cinci, în jurul unui spațiu central, comun, cu rol de cameră de zi. Pentru supraveghere și îngrijire poate fi utilizată varianta cu infirmierul de etaj, sau a fiecărui grupări de camere. În situațiile în care pacienții au nevoie de însoțitor permanent, de obicei din afară, membru al familiei, această capătă un pat în aceeași încăpere cu pacientul.

3.15. Scheme funcționale

Schemele funcționale pentru fiecare dintre dotările cuprinse în acest fel de program sunt foarte importante pentru stabilirea fluxurilor de circulații și a unei bune funcționări. Acestea sunt extrem de variate în funcție de nivelul de dotare, mărimea centrului și destinația sa. Pentru un studiu teoretic, de arhitectură, prezentarea unor astfel de scheme este mai puțin importantă, mai degrabă prezintă interes studiul unor cazuri concrete, modalitatea de abordare a unor arhitecți cunoscuți. În situația integrării spațiilor rezervate recuperării medicale într-un spital, schemă funcțională se amplifică și este absolut necesară pentru demararea proiectării. Elaborarea schemei funcționale, evident se face pornind de la cerințele cărora trebuie să le răspundă spațiile proiectate, cerințe impuse de condițiile de igienă, de gabarite, de relații între funcțiuni sau de fluxurile de circulație, traseul curat/murdar

3.16. Spații plantate și amenajate

În procesul de recuperare medicală, relația pacientului cu mediul înconjurător este extrem de importantă. În acest sens, atunci când este posibil centrul de recuperare este amplasat în preajma unui parc, a unei păduri, în zone liniștite, ferite de zgomot, în care pacientul să poată petrece timpul în aer liber fără riscuri de incidente. Pe măsura recuperării acestuia el poate fi implicat în activități de îngrijire a parcului. Grădinaritul este recunoscut pentru efectul său calmant și reconfortant psihic. Calitatea aerului, lipsa poluării atmosferice, este foarte importantă în diverse procese de recuperare. Astfel sanatoriile sunt amplasate de regulă în zone muntoase, recomandate pentru afecțiuni pulmonare sau psihice.

3.17. Tipuri de centre de recuperare

Pentru a realiza o clasificare a centrelor de recuperare medicală pot fi utilizate o gamă largă de criterii. Cu ajutorul instrumentului de lucru oferit de o clasificare potrivită, se poate aborda cu ușurință modul general de conformare spațial volumetrică a centrului de recuperare. Aceasta ne poate furniza date semnificative asupra necesarului de funcțiuni. De asemenea nu trebuie uitat faptul că aceste așezăminte s-au dezvoltat sub puternica influență a construcțiilor spitalicești, de unde preiau diferite caracteristici. Criteriile de clasificare pot fi:

a. *După grupa de vârstă a pacienților* sunt centre pentru copii, pentru adulți, pentru bătrâni (dacă putem asimila căminele pentru persoane în vârstă ce dispun și ele de dotări similare) sau chiar generale

b. *După destinație*, sanatorii, preventorii, centre de recuperare medicală, centre balnear-turistice, centre de recuperare pentru afecțiuni de vedere, pentru afecțiuni psihice, centre de dezalcolizare, centre de dezintoxicare, centre pentru faza terminală- cancer, SIDA, de bătrâni...

c. *După amplasament* pot fi urbane, periurbane, stațiuni turistice și balneare, izolate

d. *După relația cu situl* sunt centrele de recuperare pot avea conformații spațial volumetriche pavilionare, monobloc, tentaculare, cu unități multiple, peisajere, sau grupate.

e. *După tipul de finanțare*, caz în care centrele de recuperare pot fi private, realizate și întreținute din fonduri publice, pot fi și rezultatul unor parteneriate public-privat sau privat-privat sau public-public.

Concluzii

Am analizat, pe scurt, cerințele la care trebuie să răspundă conformarea spațiilor de recuperare medicală și am sesizat și evoluțiile colaterale spre spații de loisir, stațiuni de turism și balneoclimaterică, centru de interes urban... , valențe ce au putut fi puse în valoare într-un moment sau altul al dezvoltării lor. Aceasta ne îndreptățește să tragem câteva concluzii ce par deja evidente.

Construcțiile destinate recuperării medicale, ce pot fi cuprinse în structura organizatorică și funcțională a unui spital, au spațiile funcționale puternic codificate iar relațiile dintre acestea sunt riguros controlate.

Aceasta permite arhitectului utilizarea elementelor repetabile, a unor structuri de rezistență ordonate, introducerea prefabricării și utilizarea sistemelor mecanice de execuție, a standardizării, caracteristică și construcțiilor spitalicești.

Atunci când centrul de recuperare se desprinde de spital, devine entitate de sine stătătoare, cu toate că păstrează majoritatea codificărilor spațiale însușite, se transformă, pe măsura însănătoșirii pacienților săi. Spațiile comune devin flexibile, pot adăposti o multitudine de activități, contactul cu natură nu mai este doar unul strict vizual, tot așa cum nici contactul cu comunitatea nu mai este doar unul posibil ci poate deveni unul real. Spațiile comune devin spații publice sau semipublice cu valențele sociale. Centrul de recuperare medicală devine spațiu social. Abia atunci când aceste calități ajung să se manifeste cu toată forța, centrul de recuperare își împlinește menirea. Această împlinire nu se făptuiește de la sine. Este nevoie de asistență socială, de educare a populației, a familiilor persoanelor aflate în dificultate, de asistență de specialitate acordată acestora. Cadrul construit favorizează apariția acestui spațiu social dar nu îl creează, tot așa cum poate asigura condițiile recuperării fizice, dar nu o realizează.

CAPITOLUL 4

Sanatoriul și preventoriul

4.1. Sanatoriu și preventoriul, în Europa, America de nord⁸

Filozoful francez Michel Foucault interesat de codificarea și semnificația spațiului, a abordat spațiul spitalicesc precum și spațiile dezvoltate din acest program în mai multe dintre lucrările sale, iar în *Altfel de spații*, definește heterotopiile dintre care „.....heterotopii pe care le-am putea numi de deviație: cele în care sunt plasați indivizii al căror comportament este deviant în raport cu media sau cu normă impusă. Acestea sunt casele de odihnă, clinicile psihiatrice; sunt, desigur, și închisorile, cărora ar trebui, desigur, să le adăugăm și căminele de pensionari, care se află, întrucâtva, la limita dintre heterotopia de criză și heterotopia de deviație, dat fiind că, la urma urmelor; bătrânețea este o criză dar și o deviație, din moment ce, în societatea noastră în care umplerea cu distracții a timpului liber constituie regula, inactivitatea formează un fel de deviație.”⁹

Sanatoriile sunt unitățile ce asigură asistență medicală complementară în fază de convalescență și recuperare, pacienților care au încheiat ciclul principal de tratament. Preventoriile și sanatoriile se organizează pe profiluri medicale, separat pentru adulți și copii.

Istoria sanatoriului a început în anii 1850 în Europa, iar în 1887 Sir Robert W. Phillip din Edinburgh a organizat dispensarul său pentru tratarea tuberculozei și monitorizarea sănătății membrilor familiilor pacienților săi. Sanatoriul oferea pacienților un mediu curat, mâncare hrăitoare, odihnă și exerciții fizice. Deoarece TBC-ul este în general o boală a săracilor, procurarea de fonduri pentru sanatoriu era principala problema de soluționat. Pacienții erau încurajați în activități sociale și educaționale, unii devenind chiar tehnicieni pentru laboratoare și radiologie. Au fost cuprinse în text și analizate câteva dintre acestea.

Concluzii

Sanatoriile pot fi incluse fără rețineri speciale în grupul instituțiilor de recuperare medicală, secțiile medicale de recuperare în funcție de specializarea lor, fiind în mod obligatoriu incluse în componența lor. Caracteristica specială constă în utilizarea calităților speciale ale amplasamentului, climă, ape minerale... fapt care determină și tipul de specializare al sanatoriului. Pentru perioada de tratament, sanatoriul poate oferi condițiile de cazare și tratament, ceea ce nu exclude posibilitatea tratamentului ambulatoriu.

Caracteristicile benefice ale amplasamentelor, în timp, au condus la dezvoltarea stațiunilor balneo-climaterice unde bazele de tratament sunt utilizate în comun.

Capacitatea proprietarilor de a adapta aceste spații construite pentru alte funcțiuni, nu de puține ori este depășită, ca forță financiară, sau drept legal de acțiune. În exemplele prezentate mai sus am parcurs câteva dintre situațiile în care se ajunge la abandon. Pentru astfel de cazuri, soluțiile nu sunt general valabile, drept pentru care, pentru reabilitare, conversie sau reciclare primară, decizia potrivită nu poate fi luată decât în urma unor studii atente atât asupra calităților construcției ce pot constitui atu-uri în promovarea unei anumite direcții cât și prin corelarea cu situația socială și economică a societății la momentul respectiv. Dificultatea mare care apare în schimbarea de destinație a unei astfel de construcții constă tocmai în codificarea extremă a spațiilor, în tipul special de rezolvare funcțională care impune servituți. Aspectele legate de drepturile legale asupra proprietății joacă și ele un rol important în cadrul unei conversii.

⁸ REA, Ed., a short talk delivered at Ninette, Sept. 25, 1982.; Paine, A.L., “Manitoba Perspective on Tuberculosis”, *University of Manitoba Medical Journal*, 52 (1982), pp. 21-37; Long, Esmond Ray, “Tuberculosis”, *Encyclopaedia Britannica*. XXII, 1973, 298-30.

⁹ FOUCAULT Michel, *Altfel de spații, (Dits et écrits*, Gallimard, 1994, vol. IV, pp. 752-763)

CAPITOLUL 5

Centre de recuperare. Soluții arhitecturale.

5.1. Amplasamentul și încadrarea în sit

Nu se poate vorbi despre un amplasament ideal pentru centrul de recuperare medicală. Programele incluse în această titulatură sunt așa cum am văzut extrem de diverse, cu destinații diferite, iar amplasamentele pot fi potrivite sau nu pentru construcția ce urmează a fi edificată.

Amplasamentele urbane

Amplasamentele urbane sunt de obicei mai reduse ca suprafață, aflate într-un mediu dens construit, cu circulație intensă, relația cu orientarea cardinală este mai greu de controlat. Există pericolul de poluare chimică și fonică. Pe de altă parte, prețul terenului poate fi prohibitiv sau obligă la construirea intensivă, cu un număr ridicat de nivele. Accesibilitatea este mai redusă și poate obliga la adoptarea unor soluții de compromis. Aceeași situație poate fi creată în legătură cu echipamentele și instalațiile.

Amplasamentele situate în zonele limitrofe orașului

Amplasamentele situate în zonele limitrofe orașului pot beneficia de toate avantajele amplasamentului urban mai puțin dezavantajele. Terenul afectat centrului poate fi de dimensiuni considerabile. Centrul de recuperare poate beneficia atât de spații de cazare cât și de o supradiționare a serviciilor. Construcțiile pot urma scheme compoziționale libere, adecvate climei și cerințelor terapeutice. Modelul pavilionar poate fi utilizat într-un cadru natural atractiv. Pot fi amenajate spații speciale pentru activități în aer liber, terenuri de sport, practicarea grădinaritului, înființarea de ateliere pentru deprinderea unor noi meserii.

Amplasamentele situate în zonele cu potențial balneo climateric

Amplasamentele situate în zonele cu potențial balneo climateric, la munte, la mare, în zonele cu ape minerale, termale sau cu alte calități terapeutice(nămol).

Aceste amplasamente sunt utilizate încă din cea de-a doua parte a secolului al XIX lea generând dezvoltarea unei puternice rețele de stațiuni balneare pe tot cuprinsul Europei, stațiuni foarte la modă în unele perioade, altele neglijate. De regulă aceste stațiuni au în componență și sanatorii cu baze de tratament, chiar dacă specificul lor nu o impune.

5.2. Exemple construite, conformări arhitecturale

Au fost prezentate pe larg, cu planșele ilustrative, centre de recuperare cu diverse conformări spațiale, având destinații diferite și situate în țări și zone climatice diferite, unele realizate de mari arhitecți, altele făcând parte din rețele organizate de stabilimente destinate recuperării. Analiza acestora a permis extragerea unor concluzii privitoare la tema noastră, la selectarea unor soluții punctuale ce pot influența conformarea spațială a centrului de recuperare .

5.3. Vocabularul arhitectural specific și aportul său.

Am identificat câteva dintre condițiile pe le impune un program arhitectural pentru centrul de recuperare. Totdeauna, obiectul de arhitectură este rezultatul opțiunilor proiectantului din varietatea de soluții posibile. Vom încerca să discernem din exemplele construite prezentate acele elemente care au jucat un rol important în formalizarea spațiului

Volumetria, crează obiectul de arhitectură, imaginea sa exterioară și cuprinde spațiul interior, cel locuit, utilizat trăit. Cel mai adesea aceasta exprimă funcțiunea și transmite privitorului neimplicat mesajul său. Dorința de comunicare, cheful de joacă, locul de muncă, monumentalitatea

sau respectul cuvenit unui reprezentant al puterii (administrative, politice, financiare). În mod evident, construcțiile destinate îngrijirii sănătății, cu spațiile și relațiile dintre acestea puternic codificate, au ajuns în timp, să capete forme și volumetrii ușor de identificat. Caracteristic pentru centrele de recuperare este tocmai faptul că se încearcă tocmai crearea de volume fără referire directă la construcțiile spitalicești.

Arhitectul trebuie să inventeze spații agreabile, cu efecte benefice asupra psihicului pacienților, care să îmbie la mișcare, la viața independentă a individului normal, la participare la acțiunile comunității. Acestea trebuiesc puse în relație cu spațiul exterior. Ori tocmai volumetria exprimă această disponibilitate. Pentru acest program sunt tocmai de aceea preferate amplasamentele generoase, cu un cadru natural bogat, cu vegetație abundentă

Raport plin gol, foarte important în compunerea fațadelor; duce mai departe tocmai această disponibilitate pentru comunicare, cu natura, cu persoanele din jur. Din acest motiv este preferată utilizarea spațiilor vitrate generoase, deschiderile spre exterior. Fațadele cu pereți cortină ce pot răspunde unor astfel de cerințe au două dezavantaje majore: ochiurile mobile, atunci când există, sunt puține la număr, deci comunicarea este doar aparentă, iar cea de-a doua constă în nevoia de a dubla vitrajul cu dispozitive de control al însoririi (brise-solei, jaluzele interioare sau exterioare, obloane, draperii, perdele) sau utilizarea geamurilor tratate special.

Lumina naturală este lumina agreabilă, a cărei prezentă, chiar în lipsa relației vizuale cu exteriorul elimină senzațiile claustrofobe. Orientările cardinale sunt, din acest motiv, de urmărit în timpul proiectării.

Ventilația alături de iluminat este una dintre preocupările de căpătâi ale arhitectului atunci când concepe spațiul. Ideal este identificarea mecanismelor sau a dispozitivului care să asigure schimbul de aer necesar, conform destinației spațiului, fără să apeleze la mijloacele mecanice, consumatoare de energie. De regulă, în funcție de zona climatică, aceste soluții există și pot fi aplicate fără să afecteze funcționalitatea construcției. Desigur, sunt și spații cu cerințe speciale, pentru care rezolvarea pe cale naturală nu este satisfăcătoare. În acest caz, condițiile de funcționare ale aparatului sau cele de aplicare a procedurilor medicale impun anumite modalități de soluționare.

Culoarea alături de lumină, este una dintre cele mai bune modalități de influențare psihică a pacienților. Studiile psihologice au dovedit efectul benefic al culorilor, pe grupe de vârstă, maladie, educație.....Culorile tari, curate sunt potrivite pentru spațiile destinate copiilor, pentru zonele de activitate intensă, pentru persoanele cu afecțiuni psihice sunt recomandate tonurile deschise, diluate, cu efect odihnitor, calmant, în spațiile de odihnă pot fi folosite tonurile reci.....

Materiale utilizate în construirea și amenajarea centrelor de recuperare trebuie să întrunească câteva calități obligatorii, ceea ce se traduce în utilizarea materialelor de calitate. Printre aceste calități se numără: să fie rezistente la uzură, să fie ușor de întreținut și rezistente la substanțele dezinfectante de întreținere specifice.

Utilizarea materialelor realizate din materiale reciclabile aduce aportul său de economicitate investiției. Aceste inițiative pot atrage însă și finanțări ce pot fi accesate prin diverse programe publice. Utilizarea materialelor naturale, de mare efect plastic, este permisă numai în condițiile în care sunt asigurate condițiile de întreținere și igienă. Piatra naturală ca și lemnul, trebuiesc tratate în mod special pentru a deveni rezistente la procesul de dezinfectare. De regulă sunt însă preferate plăcile ceramice .pietrei.

Pentru suprafețele verticale sau piese de mobilier sunt recomandate materiale cu calități fonoabsorbante, eventual mobile (stofe, tapițerii, panouri fonoabsorbante)

Introducerea de spații plantate în interior (plante de interior, sere) pe lângă efectul psihologic au și rol de menținere a unui microclimat agreabil în interior (purificarea aerului, nivelul umidității)

Texturi

Materialele folosite pentru pardoseli trebuie să ofere suprafețe antiderapante, iar în cazurile în care acestea sunt practicate de persoane cu deficiențe de vedere este chiar recomandată utilizarea texturilor diferite. Pe întreg parcursul proiectării nu trebuie scăpat din vedere că aceste spații sunt destinate în primul rând utilizării de către persoane fragile, ajunse la un grad extrem de sensibilitate, care nu trebuie agresate de nimic exterior ci trebuie încurajate spre comunicare, spre acțiune, fără teamă, fără spaima insuccesului sau a nereușitei. Climatul din jur trebuie să fie stabil, echilibrat.

Dispozitive auxiliare

Atunci când am introdus acest paragraf am avut în vedere două aspecte și anume: spațiul interior și exterior al centrului de recuperare și cel de-al doilea spațiul public al orașului.

Măsurile ce se impun pentru conformarea spațiilor publice în așa fel încât să asigure accesibilitatea persoanelor cu handicap sunt reglementate prin lege și finanțate de municipalități. Accesul acestora la sfera de activitate ce i se potrivește este iarăși susținută de politicile statului în promovarea egalității de șanse și de serviciile de asistență socială.

5.4. Conexiuni.

Vom aborda aici, pe scurt, o problemă de căpătâi a acestui tip de program, problemă generată de răspunsul la întrebarea: Cine finanțează centrul de recuperare?.

Recuperarea nu face parte din sistemul de îngrijire a sănătății asigurat de stat sau de asigurările de sănătate private. Persoana cu handicap intră de obicei în îngrijirea instituțiilor de asistență socială și beneficiază de pensie sau facilități materiale care îi pot susține traiul zilnic. Orice guvern adoptă măsurile pe care starea națiunii i le permite, pentru sprijinirea acestora.

Dar construirea și funcționarea centrului de recuperare este cu totul alt tip de problemă.

Pentru finanțarea construirii sunt câteva căi consacrate.

Dacă inițiativa este din partea statului iar finanțare este asigurată prin programe guvernamentale, atunci situația este clară. Această soluție este adesea utilizată fie din cauza problemelor sociale majore ce sunt generate de numărul excesiv de persoane cu handicap înregistrate la nivelul societății la un moment dat, fie din motive de politică socială (un anumit partid ajuns la guvernare își onorează promisiunile electorale....)

Inițiativa guvernamentală este plină de bune intenții, asigură un cadru legal, dar resursele financiare sunt insuficiente. În acest caz se apelează la atragerea de resurse externe. De exemplu, o universitate cu facultate de medicină interesată și atunci centrul devine centru universitar, sau pot fi implicate societăți de binefacere, o firmă cu profit care prin sponsorizare primește importante avantaje fiscale, sau există un investitor privat ce activează în domeniu și dorește un parteneriat public- privat. Indiferent a cui proprietate este terenul, aceasta intră în negociere, cu valoarea lui de piață, ca și în cazul în care el trebuie achiziționat.

Cea de-a treia variantă presupune atragerea de fonduri externe, care fie că sunt private fie că se accesează fonduri ce se derulează prin diverse tipuri de programe, condiționează finanțarea prin coparticipare și solicită garanții guvernamentale.

În alte variante sunt propuse diverse moduri de asociere, care atrag surse multiple și devin societăți cu acțiuni

Sunt situații în care centrul se află sub patronaj religios sau au nu caracter etnic fiind înființat prin osârdia unei comunități etnice

Deschiderea centrului de recuperare spre exterior, atragerea populație în activități educative, culturale, sportive sau în programe de întreținere fizică, dincolo de factorul psihologic, poate prezenta și avantaje financiare, o sursă facilă pentru autofinanțare, pentru flexibilitatea activ-

ităților organizate și a variantelor de tratament propuse, începând cu cele sociale, gratuite și terminând cu programe costisitoare, de lux, pentru plătitori. În cadrul programelor sociale, costurile sunt suportate de asistența socială, de obicei pentru fiecare pacient în parte.

Problemele de management ale unui astfel de program sunt rezolvate de specialiști angajați pentru gestionarea patrimoniului și administrarea sa. În măsura în care baza materială și personalul de specialitate permit, libertatea lor de acțiune este maximă. Iar arhitectul are datoria să le pună la dispoziție tocmai acea bază materială solidă, flexibilă, ce poate determina creșterea și funcționarea în orice condiții, adaptarea la orice fel de solicitări a acestor construcții.

Concluzii

Am pornit de la multiplele condiționări impuse acestor programe de arhitectură, am văzut câteva exemple construite și modul cum au fost soluționate, în diverse cazuri și în diverse zone geografice, acestea. Concluzia evidentă ce trebuie reținută este că centrul de recuperare este, până la urmă, un program arhitectural extrem de versatil. El poate răspunde unor cerințe funcționale diferite, poate avea destinații diferite, poate formaliza spațiul în mod diferit în funcție de condițiile externe și nu numai de fluxuri sau scheme funcționale.

Nu în ultimul rând trebuie reținut faptul că centrul de sănătate este un spațiu al comunității, așa cum și pacienții săi sunt membri ai acesteia, nu este un loc izolat, aruncat în pustie, deci trebuie ca relațiile dintre interior și exterior să nu fie pur formale ci bazate pe înțelegerea profundă și ajutorul reciproc.

CAPITOLUL 6.

Studiu de caz: Centrul de recuperare în Irak

6.1. Irakul și existența sa tumultoasă

Date geografice

Irakul este una din țările aflate la nord de Golful Persic, având o suprafață de 437,072 km². De la Nord la Sud are o lungime de aproape 1.200 km iar de la Vest la Est, în jur de 500 km. Litoralul nu are mai mult de 60 km, dar lungimea granițelor este de 3.719 km, învecinându-se cu Turcia la nord (305 km graniță), la est cu Iranul (1.515 km), la vest cu Siria (603 km) și Iordania (147 km) iar la sud cu Arabia Saudită (895 km) și Kuwait (254 km). Decupajul frontaliere datează din perioada colonizării europene, criteriile după care s-a făcut acesta neavând nimic comun cu specificul populație autohtone, limbă, tradiții, religie... În prezent organizarea politico-administrativă împarte teritoriul țării în optsprezece provincii, diferite ca întindere sau importanță, dintre care una este reprezentată de Bagdad.

Populația

Populația totală este de 28 506 000¹⁰ milioane de locuitori, din care cam 68%¹¹ locuiesc în orașele mari ale țării ca Bagdad (capitala țării cu aproximativ 7 milioane locuitori), Babilon, Mosul... Conform comunicatului dat de Comisia Electorală, la data de 11 noiembrie 2009, populația Irakului se ridică la 32 274528 locuitori.¹² În partea de vest, în zonele deșertice, densitatea populației este foarte mică, aproximativ 4-5 locuitori la kmp, caracterizată fiind în general de zone nelocuite.

Istorie

Irakul se află pe teritoriul vechii Mesopotamii, locul de naștere a unor culturi timpurii, precum cele ale sumerienilor, asirienilor și babilonienilor. În 331 î.Hr., Alexandru cel Mare a cucerit acest teritoriu. În secolul al II-lea î.Hr., ținutul a făcut parte din Imperiul Persan, până la venirea arabilor musulmani (secolul al VII-lea), care, după moartea profetului Muhammad (632), au cucerit Irakul (656). Bagdadul a devenit capitală a Califatului abbasid în 762 și până în 1258, după care a fost cucerit de turcii selgiucizi. Orașul a rămas un centru al lumii arabe până în 1524 când a fost încorporat în Imperiul Otoman.

În 1915, după lupte crâncene cu trupele turcești și germane în timpul Primului Război Mondial, Irakul a intrat sub tutela Marii Britanii și a fost stabilit aici mandatul Ligii Națiunilor. În anul 1921, Bagdadul a fost proclamat capitala nou-înființatului Regat al Irakului. Irakul devine independent în 1932 iar monarhia este abolită în 1958, când Irakul devine Republica Irak. Partidul Ba'ath (care îmbină ideologia socialismului arab cu naționalismul și pan-arabismul) a preluat controlul țării în 1968, și a impus o stăpânire strictă, mai ales după ascensiunea la putere a lui Saddam Hussein (1979).

În anii '80 (1980-1988), Irakul a fost implicat într-un război lung cu Iranul, care a lăsat peste 1.000.000 de victime, militari și civili, de ambele părți.

¹⁰ Sursa : <http://www.who.int/countries/iraq/en/>; World Health Statistics 2008

¹¹ Sursa: idem.

¹² Sursa :/ Irak - populația - Statistici / 12/11/2009 07:44 ; Bagdad, 11 noiembrie (AKnews) - Qasim al-Aboudi, a declarat la știri din Kurdistan (AKnews), că "numărul de suflete", conform ultimelor statistici primit de la Ministerul Comerțului, pe baza cardului rația este mai mult decât 32,274.528 milioane de cetățeni" (AKnews) P C 11-11-2009

Ocuparea Kuwaitului de către Irak în 1990 și atacurile repetate ale trupelor internaționale, au izolat Irakul la nivel mondial până în primăvara lui 2003, când S.U.A și Marea Britanie au invadat Irakul și au îndepărtat Partidul Ba'ath de la putere, continuând să dețină și acum controlul asupra țării.

6.2. Aspecte ale vieții sociale, probleme actuale, persoana cu handicap, situație existentă *Aspecte sociale și de dezvoltare economică*

Irakul este pe locul trei în lume ca rezerve de petrol și pe locul zece ca rezerve de gaz. Acestea sunt principalele resurse naturale ale țării pe care se bazează întreaga dezvoltare economică. Industria ce a fost dezvoltată în Irak se referă tot la extragerea, prelucrarea și stocarea petrolului. Proprietatea asupra bogătiilor naturale este a statului.

Sunt prezente unități ale industriei ușoare și ateliere de producție ale investitorilor privați iar agricultura ce se practică în zona de câmpie are un caracter de subzistență.

Pentru a recupera distrugerile provocate de zeci de ani de război precum și de sancțiunile economice impuse de comunitatea internațională este nevoie de investiții de miliarde de dolari.

Viața cotidiană, locuirea, nivelul de dotare al locuinței

Cea mai mare parte a populației irakiene locuiește împreună cu familia, ce formează nucleul de bază al societății. Modul în care sunt organizate relațiile dintre membrii acesteia precum și activitățile cotidiene structurează conformarea locuinței, în interiorul acesteia fiind incluse și activități pe care europenii le-au externalizat. Acesta este unul dintre motivele pentru care societatea irakiană păstrează aparența unei culturi închise, a divizării și fărâmițării în grupuri și clanuri, comunitățile sunt slabe iar familiile puternice. Comunitatea capătă forță însă atunci când se întemeiază pe considerente religioase.

Locuințele tradiționale sunt construite pe un singur nivel, adică parter în majoritatea cazurilor cu excepția capitalei Bagdad, unde sunt construite și imobile cu mai multe nivele. Acestea adăpostesc funcțiuni publice, administrative, ale puterii de stat, hoteluri, spitale și universități și în mică măsură, locuințe.

Persoana cu handicap și societatea

După revoluția din iulie 1968 statul irakian a dezvoltat o politică de asistență socială și medicală adresată tuturor categoriilor de populație. În paralel au fost înființate sindicate, asociații și uniuni profesionale, încurajate activitățile cu caracter social și comunitar pentru stimularea participării populației la viața socială. Au fost create locuri de muncă și încurajată inițiativa particulară în vederea dezvoltării și diversificării ramurilor economiei. Creșterea economică a adus și bunăstarea populației. În aceste condiții, atenția acordată categoriilor defavorizate ale populației s-a materializat prin măsuri de sprijinire și încurajare, de protecție împotriva abuzurilor.

c.1. Războiul dintre Irak și Iran

Războiul dintre Irak și Iran, (1981- 1988) a avut consecințe ulterioare cu un puternic impact negativ, fiind considerat un adevărat dezastru umanitar, social, cultural și sanitar, cu consecințe pe termen lung, ale cărui costuri sociale sunt greu de gestionat. În urma oricărui război rămân invalizi, persoane paralizate, afectate de orbire sau boli psihice. Acest război ce a durat opt ani s-a soldat cu răniți, care au necesitat intervenții chirurgicale, tratament și reabilitare, nu în puține cazuri fiind necesară și o reabilitare profesională și psiho-socială ulterioară. Pentru toate acestea a fost necesară o infrastructură puternică pentru tratament, dotarea cu aparatură medicală, creat un mecanism legislativ eficient, construite sau amenajate spații corespunzătoare.

6.3. Politici de protecție socială a persoanelor cu handicap în Irak, legislație

Încă de la începutul războiului, guvernul a organizat asistența necesară pentru protejarea persoanelor handicapate. A fost înființată comisia luptătorilor iar prin legea nr. 130/ 28.09 1981 erau create condițiile de sprijinire a persoanelor invalide. Astfel erau solicitate pentru activități vol-

untare angajații statului atât din birourile cooperatiste cât și cele mixte. Au fost întocmite programe și alocate fonduri prin care voluntarii erau trimiși la cursuri de pregătire, congrese, activități speciale organizate pentru handicapați, atât în țară cât și în străinătate. Au fost înființate comisii medicale, servicii sociale și laboratoare psihologice pentru a oferi asistență și studii speciale persoanelor cu handicap. Au fost înființate cursuri de calificare pentru îngrijirea persoanelor handicape, importată aparatură și utilajele necesare pentru dotarea unor ateliere speciale.

6.4. Studiu comparativ asupra situației persoanelor cu handicap

Irak

Legislația ce asigura persoanei cu handicap o nouă șansă de viață apropiată de normalitate și de reintegrare în viața socială, a fost aplicată cu succes și a avut efecte o anumită perioadă de timp. Ulterior, în contextul permanentelor conflicte externe și interne, tânăra rețea medico-sanitară și de asistență socială a țării, a suferit. *Mercy Corps* estimează la două milioane numărul persoanelor cu handicap din această țară în prezent, majoritatea trăind sub limita sărăciei.

În anul 2005, numărul medicilor ce asigurau asistența medicală a populației era de numai 19010 medici, ceea ce presupune un număr de 7 medici la 10 000 locuitori, iar speranță de viață în anul 2003, era pentru femeile din Irak de 51 de ani iar pentru bărbați de 49 de ani.

În același scop de a identifica o imagine generală cât mai apropiată de situația reală vom prezenta și câteva aspecte comparabile din România. În anul 2008 populația României se ridică la 21 532 000 locuitori¹³. Astfel, numărul medicilor ce activau în 2006 pe teritoriul României, a fost de 41.455 ceea ce reprezintă un număr de 19 medici la 10 000 de locuitori. Acest număr de medici este considerat insuficient, nu în comparație cu serviciile asigurate în alte țări ci considerat pur și simplu în raport cu necesitățile populației și starea generală de sănătate a acesteia.

Numărul persoanelor cu handicap din România, după 1990, a cunoscut o creștere importantă, de la 74.000 persoane în 1992 (de când sunt disponibile primele date) la peste 630.000 persoane la sfârșitul anului 2008, adică o creștere de aproape 9 ori. Dacă în 1992 o mare parte a persoanelor cu handicap înregistrate se aflau în instituții (aproape 30%), ulterior situația s-a schimbat semnificativ (în prezent, sub 3% se află în instituții, adică o scădere de 10 ori față de 1992)

6.5. Programul de Reabilitare în Irak

Înainte războiului din Golf (1991) sistemul sanitar din Irak, a fost organizat și funcționa la același nivel cu echivalentul său din țări în curs de dezvoltare ba chiar mai bine, fiind considerat a fi unul din cele mai bune din Orientul Mijlociu, peste nivelul mediu acceptat. Nivelul de trai în Irak era ridicat iar rețeaua sanitară dotată aparatură și cadre medicale specializate.

Peste un milion de cetățeni irakieni sunt handicapați până în prezent. Dintre aceștia mai bine de 650 000 mii pot să presteze diverse activități în funcție de gradul lor de handicap. Directorul secțiilor de cooperare și producție, domnul Ali Murshed Salum, declară că secțiile de producție protejate, sunt locuri unde persoanele cu handicap își pot desfășura activitatea. Acestea sunt unități de producție neprotejate de stat, au autonomie și se autofinanțează, unde personalul este angajat pe baza unor teste de aptitudini iar activitatea este adaptată capacității de acțiune a acestuia. Personalul este remunerat în funcție de rezultate, pe baze ierarhice, cu salarii pornind de la 450 dolari. În acest fel sunt organizate șapte cooperative din care trei în Bagdad iar trei sunt în județele cele mai afectate, având ca profil croitorie, tâmplărie, pielărie. Datorită războiului activitatea acestora s-a redus până la desființare. În prezent se fac eforturi pentru revigorarea acestui tip de activitate în orașele Dyala și Alnajaf.

¹³ sursa . <http://www.who.int/countries/rou/en/> World Health Statistics 2008

6.6. Studiu de caz: Centrul Medical pentru persoanele cu handicap, în Bagdad/Al-Dora

A fost prezentat pe larg proiectul acestui centru de recuperare de a cărui realizare s-au legat multe speranțe dar care a fost abandonat din cauza războiului.

6.7. Centru de Recuperare pentru Persoane cu Handicap Fizic - Propunere

În contextul celor de mai sus, ținând seama de pregătirea mea profesională și de specializarea pe care o am în domeniul problemelor persoanelor cu nevoi speciale, am considerat de datoria mea să îmi aduc aportul în acest domeniu, în ansamblul efortului internațional de reconstrucție a Irak-ului.

Deoarece acest tip de dotare medicală este foarte slab reprezentată pe întregul cuprins al țării, am ales și propun trei amplasamente pentru realizarea unor *Centre de Recuperare pentru Persoanele cu Handicap Fizic*.

Este vorba de orașele

- BAGDAD - capitala Irak-ului, situată în zona centrală a țării
- MOSUL - cel mai mare oraș din partea de nord a țării
- BASRAH - cel mai mare oraș din partea de sud a țării

Amplasamentul din Bagdad al *Centrului de Recuperare pentru Persoane cu Handicap Fizic* este propus în zona Al-Karrada, pe malul Tigrului, pe o suprafața de aproximativ 27.000 - 30.000 mp, într-o zona care cuprinde construcții rezidențiale, mari zone verzi, străzi și amenajări pentru distracții. Am ales aceasta zona pentru ca oferă o mare suprafața de spații verzi într-o zonă centrală a orașului, beneficiază de artere de circulație principale, cu legături scurte și facile spre Spitalul Central din Bagdad. Prin poziția în cadrul orașului, acest complex va deservi partea de sud a Bagdadului și zona limitrofă, iar datorită faptului că se află în zona centrală a Bagdadului are o zonă de deservire de peste 10.000.000 de persoane.

Centrul din Mosul, ce va fi astfel amplasat în zona de nord a țării, va avea o arie de deservire de peste 7.500.000 de persoane.

Amplasamentul din Basrah al *Centrului de Recuperare pentru Persoane cu Handicap Fizic* este propus în zona Al-Ashar, pe malul fluviului Shat-al-Arab, creat din unirea Tigrului cu Eufratul. Amplasamentul se află într-o zona verde de o frumusețe aparte. Datorita amplasării Centrului în Basrah, în zona de sud a țării, acesta va avea o arie de deservire de peste 5.000.000 de persoane.

Pentru toate aceste propuneri se recomandă asigurarea spitalizării, ținând cont de aria lor foarte mare de deservire, numărul optim de paturi, considerat eficient din punctul de vedere al raportului costuri-eficiență medicală, este între 120 și 160. Programul se pretează la rezolvări plastic arhitecturale diverse, pentru amplasamentele propuse - Bagdad, Mosul și Basrah, fiind necesară o tratare diferențiată a plasticii, pentru a se încadra în specificul arhitecturii locale, cu diferențe de interpretare a motivelor tradiționale între zonele din Nord (la Mosul) și cele din Sud (la Basrah). Acestea pot funcționa ca centre pilot, cu atât mai mult cu cât se bucură și de vecinătatea spitalelor universitare. În paralel, se propune înființarea de centre de reabilitare în fiecare reședință de guvernorat, adică încă 18 centre, cu spitalizare redusă și axate pe tratament ambulator. Acestea, pe lângă activitatea specifică, vor avea și rol de coordonare și dezvoltare a rețelei în teritoriu, de nuanțare a activității în funcție de nevoi, de dezvoltare diferențiată pe sexe, vârste, religie, reintegrare socială...

Ca tip de structurare și utilizare a spațiului construit, așa cum reiese din analizele realizate în această lucrare este de preferat o structură pavilionară sau tentaculară care permite extinderea sau reducerea spațiilor afectate și schimbarea de funcțiuni fără a dezorganiza activitatea de bază.

Dimensionarea și forma terenului

Suprafața de teren necesară este o variabilă în funcție de următoarele considerente:

- a. capacitatea (numărul de paturi);

b. profilul medical

c. rangul ce l va deține spitalul în rețeaua de ocrotire a sănătății, respectiv numărul și natura funcțiilor medicale asociate funcțiunii de bază;

d. perspectivele de dezvoltare (extindere) ale acestuia, previzionate pe termen mediu și lung;

e. rezolvarea spațial funcțională preconizată (cu distribuția funcțiilor preponderent pe orizontală sau pe verticală, în sistem monobloc, pavilionar sau mixt);

f. condițiile geografice și de microclimat proprii terenului de amplasament;

g. poziția amplasamentului în cadrul localității.

- 12,0-15,0 mp/pat fiind considerat un indice acoperitor pentru spitale soluționate preponderent pe orizontală sau în sistem articulatpavilionar; utilizându-l se asigură și o marjă de rezervă pentru extinderi, dezvoltări ulterioare sau pentru asociere de alte funcțiuni.

Utilizarea sau recomandarea unei anumite scheme funcționale o putem considera ca orientativă.

Concluzii

Din analiza întreprinsă mai sus rezultă clar necesitatea reorganizării întregului sistem de ocrotire a sănătății din Irak, deoarece acesta funcționează în condiții dificile, sub parametri de funcționare normală și normată. Lipsa personalului calificat este numai una dintre cauzele dificultăților. În acest context, abordarea problemelor legate de persoana cu handicap se impune cu necesitate. Dacă statisticile OMS consideră că un procent de până la 10% din populația unei țări este afectat de diverse forme de handicap, în condițiile unei țări ce se află de zeci de ani în război, unde atentatele soldate cu răniți grav sunt un fapt cotidian încă, acum, după ani buni de așa zisă pace, putem considera numărul acestora mult mai mare. Din păcate, numărul persoanelor cu handicap din Irak nu poate fi decât estimat, în momentul de față neexistând nici o evidență exactă a acestora.

a. Pentru a defini măsurile ce se impun în contextul actual, este necesară în primul rând o înregistrare a tuturor persoanelor ce sunt afectate handicapuri sau infirmități. Ar fi necesară o definire a tipurilor de handicap și a numărului de persoane ce sunt afectate de un anumit tip, pe grupe de vârstă, sex și arii geografice. După ce datele statistice sunt reactualizate, se poate lua o decizie în privința înființării unei rețele de centre de recuperare, a repartizării sale în teritoriu, a tipurilor de proceduri necesare sau a dimensionării acestora, urmând a fi elaborate planuri complexe ce vor avea în vedere toate aspectele vieții persoanei cu handicap. Această decizie nu va avea însă nici un fel de impact atâta vreme cât nu va fi urmată și de măsurile sociale și de asistență care să permită reintegrarea în viața activă a handicapatului.

b. Un alt aspect ce trebuie avut în vedere, în momentul demarării unei investiții de acest fel se referă la utilitatea spațiului construit, după ce numărul persoanelor ce necesită recuperare va scădea, probabil la 30% din numărul actual. În ce măsură serviciile oferite de aceste centre pot fi utile în continuare și persoanelor sănătoase, sau afectate de boli și nu de infirmități. Evident, în prezent, numărul persoanelor cu handicap este majorat de răniții sau invalizii de război. Dacă aceștia se recuperează și sunt reintegrați social, numărul pacienților va scădea foarte mult, centrele de recuperare rămânând fără utilitate sau funcționând sub capacitate. Nu este o obiecție întâmplătoare deoarece dincolo de efortul de construire, sunt necesare echipamente costisitoare, personal calificat, echipare cu utilități. Problema pusă în acest fel conduce spre mai multe variante de răspuns:

- spațiile pot fi transformate cu ușurință și afectate altor utilizări. În acest caz se impune o proiectare inițială care să permită și alte funcțiuni.

- centrul de recuperare va rămâne în continuare cu aceeași funcțiune oferind serviciile sale unei categorii mai largi de utilizatori.

- Cea de-a treia variantă presupune proiectarea de la început astfel încât acesta să deservească utilizatorii din toate zonele sociale și nu numai persoane identificate ca handicapate.

- Referitor la această obiecție, trebuie însă avut în vedere faptul că tratamentele și programele de recuperare sunt de lungă durată iar persoanele incluse în astfel de programe pot avea nevoie de îngrijirile oferite de centrele de recuperare pe întreg parcursul vieții. De cele mai multe ori recuperarea nu este integrală, sau întreruperea programului poate duce la manifestarea sechelelor

c. Am văzut că societatea irakiană se bazează pe structura familială. Relațiile de rudenie sunt foarte puternice. Pentru o persoană cu handicap, important este ca traiul său să se desfășoare cât mai aproape de o normalitate socială. În acest caz este de preferat ca tratamentele și procesul de recuperare să se desfășoare ambulatoriu, deci fără internare, cu îngrijire din partea familiei. Pentru acesta este nevoie de cursuri de calificare pentru persoana ce-i acordă îngrijirea dar și de adaptarea spațiilor locuinței la nevoile speciale ale handicapatului.

d. O altă cerință ce trebuie îndeplinită se referă la conformarea spațiilor urbane, a căilor și mijloacelor de circulație astfel încât să fie asigurată accesibilitatea.

e. Centrul de recuperare ar trebui să urmeze tipologia de construire specifică a zonei. În felul acesta pot fi atinse mai multe obiective:

- este oferit persoanei cu handicap un spațiu cu a cărui conformare este obișnuit, mediul devine familial, prietenos.

- Tot în acest scop sunt de preferat centrele de mici dimensiuni, chiar dacă sunt mai numeroase în zonele populate. Acestea crează posibilitatea formării unei comunități în cadrul centrului dar crește și gradul de accesibilitate pentru pacienții ambulatoriu .

- Locuința tradițională este structurată pe parter. Desfășurarea pe parter a centrului de recuperare oferă avantajul eliminării ascensoarelor, a scârilor și a mijloacelor mecanice de deplasare între nivele diferite și a dificultăților de utilizare a acestora.

- Este asigurată relația directă atât cu accesele pietonale, auto cât și cu spațiile plantate sau amenajările exterioare.

- Execuția este facilă, forța de muncă utilizată la construire nu necesită calificare specială, materialele locale tradiționale sunt accesibile ca preț

f. Conformarea spațiilor și modul în care acestea răspund funcțiilor țin de o riguroasă aplicare a normelor specifice, de modul în care proiectantul poate să răspundă cerințelor de igienă și funcționale. Respectarea normativelor internaționale (cele OMS) creează și posibilitatea accesării unor finanțări internaționale.

g. O altă concluzie ce o putem formula, se referă la tipul de construcție ce se pretează cel mai bine pentru aceste așezăminte și este o consecință a celor arătate mai sus. Cea mai potrivită abordare pentru acestea este până la urmă cea pavilionară care permite nu numai dezvoltarea și extinderea unor secții după necesități ci și construirea altora noi fără a împiedica bună funcționare a celor existente. Același lucru este valabil și la schimbarea destinației unor spații.

h. În ceea ce privește structurarea în funcție de sex sau grupe de vârstă aceasta permite o flexibilitate mult mai mare, poate fi abordată construirea pavilionară atunci când există spațiu suficient sau amplasarea și funcționarea pe terenuri diferite poziționate în oraș.

i. Pentru situațiile, în care există necesitatea internării și a supravegherii permanente a pacientului este de recomandat înființarea unor centre speciale, poate în număr limitat chiar dacă au arii de servire extinse. Vizitarea pacienților este periodică iar deplasarea acestora se produce doar la venire și la plecare. Este adevărat, însă, că aceste centre trebuie servite de drumuri de acces și de mijloace de transport în comun. Pentru acestea ar fi de preferat amplasarea în zone cu o climă blândă, condiții de relief avantajoase. Și avem aici în vedere temperaturile ridicate din timpul verii precum și acțiunea vântului.

j. Ținând cont de aceste caracteristici climatice, tot referitor la conformarea construcțiilor, o variantă ce ar putea oferi avantaje în exploatare este aceea a casei cu patiu. Construcțiile ce au curți interioare se închid spre exterior și se deschid spre interior oferind un spațiu protejat, deschis, ce ajută la realizarea ventilației naturale, asigură protecția față de acțiunea vântului și soarelui, de agitația urbană cotidiană și creează cadrul necesar stabilirii unor relații interumane prietenoase.

k. În Capitolul 5 am prezentat numeroase exemple ce pot fi utilizate ca punct de pornire în proiectarea unui centru de recuperare dintre care două pot fi chiar mai mult decât atât. Este vorba despre Forth Valley Community Care Village, Larbert, UK, 1993-1995, arh. Norman Foster (*vezi figura 5.29-5.32*) și Feldkirch State Hospital, Erich Gutmorgeth (*vezi figura 5.77-5.80*). Primul pornește de la ideea de comunitate și oferă detalii de conformare ce pot fi utilizate și în situația noastră. Cel de-al doilea pornește de la ideea unei străzi pietonale în lungul căreia sunt amplasate spațiile centrului. Suprafața vitrată ce oferă deschiderea spre peisaj în acest caz poate fi cu ușurință înlocuită cu panouri fotovoltaice. Au marele dezavantaj că sunt costisitoare dar pot furniza necesarul de energie electrică pentru întreg centrul poate chiar și pentru vecinătăți, sunt opace, deci pot asigura o stradă pietonală umbrită, ventilată și eficientă energetic. În această situație dificultățile legate de livrarea de energie electrică dispar, pot fi funcționale pompe pentru asigurarea apei curente din puțuri forate, poate fi utilizat și un sistem de ventilare mecanic fără consumuri suplimentare.

l. Cu siguranță elaborarea unui proiect tip pentru Irak ar fi complet inutilă. Situațiile, necesarul de capacități și specializări este diferit de la o zonă la alta, specificul climei, reliefului, al dezvoltării economice și dotării cu echipamente urbane, al obiceiurilor și tradițiilor populației, asemenea. Revenim aici la necesitatea unei statistici, a înregistrării celor cu handicap, identificarea tipurilor de handicap pe zone, grupe de vârstă și sex. În baza acestor date se poate formula o strategie națională, un plan general cu distribuția în teritoriu. Abia apoi pot fi identificate amplasamentele și demarată proiectarea. Pentru fiecare caz ar trebui realizată o proiectare individuală, adaptată la condițiile și nevoile locale.

m. Organizația Mondială a Sănătății a formulat normative stricte cu privire la conformarea spațiilor, a numărului de proceduri, a asigurării personalului și a nivelului de dotare pentru fiecare domeniu. Pentru fluxurile de circulații, scheme funcționale, gabarite există de asemenea reglementări clare.

n. Sunt multiple organizații și foruri internaționale, mondiale sau naționale care sunt implicate în acțiunile de sprijinire a persoanelor cu handicap, care au definit standarde în raport cu această situație, (UN Standard Rules, USAID Disability Policy, InterAction PVO Standards) care oferă un ghid pentru canalizarea eforturilor de sprijinire a persoanelor cu handicap de integrare socială. Contactarea Mobility International USA poate asigura asistență tehnică gratuită.

o. Important este ca politica națională privitor la sprijinul persoanelor cu handicap, integrarea lor socială, bazată pe date reale să fie formulată în aceiași termeni cu ai tendințelor mondiale în domeniu. Aceasta asigură o bază comună pentru stabilirea contactelor și obținerea sprijinului de tehnologie, aparatură, tehnici de recuperare, protezare și nu în ultimul rând accesul la surse de finanțare importante. De asemenea experiența internațională arată că problemele cu care se confruntă la ora actuală Irakul, nu sunt probleme particulare, toate statele s-au confruntat într-un moment sau altul cu probleme similare, soluțiile oferite de experiențele altora putând fi luate în considerație și adaptate la momentul actual fără dificultăți majore.

CONCLUZII FINALE

1. Am parcurs o scurtă trecere în revistă a principalelor evoluții ale științei medicale de-a lungul timpului, fără să ometem diverselor concepții și obiceiuri legate de starea de sănătate, boală, normalitate sau handicap. Am văzut că pe măsură ce cunoașterea umană s-a îmbogățit cu noi și noi informații atitudinea oamenilor s-a modificat simțitor.

2. Dezvoltarea din ultimele două secole determinată de revoluția industrială, a condus la apariția fenomenelor negative în procesul de urbanizare legate de condițiile de locuire, igienă și condițiile de muncă dar a susținut și dezvoltarea medicinei pe baze științifice. Aceasta s-a tradus spațial prin apariția spitalelor, codificarea spațiilor interioare și diversificarea metodelor de îngrijire și tratament medical în cadrul acestora pe măsură ce tehnologia a avansat.

3. Un rol însemnat în dezvoltarea construcțiilor spitalicești l-au avut spitalele navale engleze. Spațiile și relațiile funcționale dintre acestea au fost codificate, normate și supuse unei discipline militare care există și acum în cadrul spitalelor și cu ajutorul căreia funcționează eficient întreg ansamblul. De altfel, acțiunile militare și războaiele, cu necesitățile și urgențele lor au obligat societatea să asigure îngrijirile medicale necesare mai ales după primul război mondial.

4. În timp au fost definite câteva modele de dezvoltare spațială a spitalelor. Centrul de recuperare poate fi inclus ca secție a unui spital sau poate funcționa independent. Modelele utilizate însă pentru construcțiile spitalicești sunt aplicabile cu mici adaptări și centrelor de recuperare medicală.

5. Construcțiile destinate recuperării medicale, ce pot fi cuprinse în structura organizatorică și funcțională a unui spital, au spațiile funcționale puternic codificate iar relațiile dintre acestea sunt riguros controlate. Aceasta permite arhitectului utilizarea elementelor repetabile, a unor structuri de rezistență ordonate, introducerea prefabricării și utilizarea sistemelor mecanice de execuție, a standardizării, caracteristică și construcțiilor spitalicești.

6. Când centrul de recuperare devine entitate de sine stătătoare, cu toate că păstrează majoritatea codificărilor spațiale însușite, se transformă, pe măsura însănătoșirii pacienților săi. Spațiile comune devin flexibile, pot adăposti o multitudine de activități, contactul cu natură nu mai este doar unul strict vizual, tot așa cum nici contactul cu comunitatea nu mai este doar unul posibil ci poate deveni unul real.

7. Spațiile comune devin spații publice sau semipublice cu valențele sociale. Centrul de recuperare medicală devine spațiu social. Abia atunci când aceste calități ajung să se manifeste cu toată forța, centrul de recuperare își împlinește menirea. Această împlinire nu se făptuiește de la sine. Este nevoie de asistență socială, de educare a populației, a familiilor persoanelor aflate în dificultate, de asistență de specialitate acordată acestora. Cadrul construit favorizează apariția acestui spațiu social dar nu îl creează, tot așa cum poate asigura condițiile recuperării fizice, dar nu o realizează.

8. Spațiile centrelor de recuperare medicală trebuie să răspundă unor cerințe funcționale, de gabarite de igienă și siguranță a oamenilor ale căror minime sunt cuprinse în normativele și reglementările din întreaga lume. Totodată, întrucât componenta medicală este asociată celei sociale și educaționale, acestea pot avea evoluții spre spații de loisir, stațiuni de turism și balneoclimaterice, centre de interes urban... , valențe ce au putut fi puse în valoare într-un moment sau altul al dezvoltării lor.

9. Din exemplele de centre de recuperare prezentate, construite în întreaga lume putem identifica abordări de arhitectură ce sunt aplicabile și în cazul Irakului.

10. Aici, cu toate că mecanismul legislativ necesar există, situația persoanelor cu handicap este dificilă ca urmare a perioadelor îndelungate de război și a lipsei de eficiență a administrației publice și a organismelor statului. În prezent nu există o evidență a persoanelor cu handicap și nici a cauzelor acestuia.

11. După ce datele statistice vor fi reactualizate, se poate lua o decizie în privința reînființării rețelei de centre de recuperare, a repartizării sale în teritoriu, a tipurilor de proceduri necesare sau a dimensionării acestora, urmând a fi elaborate planuri complexe ce vor avea în vedere toate aspectele vieții persoanei cu handicap. Această decizie nu va avea însă nici un fel de impact atâta vreme cât nu va fi urmată și de măsurile sociale și de asistență care să permită reintegrarea în viața activă a handicapatului.

12. Dezvoltarea și funcționarea rețelei de centre de recuperare este evident de maximă necesitate dar acestea trebuiesc însoțite în mod expres de strategii de protecție socială și de incluziune a persoanelor cu handicap:

- Asigurarea reconstrucției în conformitate cu principiile universale de proiectare astfel încât să fie asigurată accesibilitatea pentru toți

- Asigurarea incluziunii sociale prin atragerea persoanelor cu handicap în acțiunile de grup ale comunității.

- Asigurarea șanselor egale la accesarea locurilor de muncă a femeilor cu handicap.

- Distribuția echilibrată în teritoriu a acestor unități

- Asigurarea gratuită a tratamentelor medicamentoase, a protezelor și echipamentelor.

- Un aspect foarte important ce nu trebuie neglijat constă în adaptarea spațiilor construite astfel încât să fie asigurată accesibilitatea persoanelor cu handicap, dotarea cu obiecte și instalații adaptate la situațiile speciale ce pot fi utilizate de persoana aflată în dificultate. În acest sens arhitectul are un rol important atât în dimensionarea spațiilor cât și în dotarea cu aceste facilități (și aici ne referim în mod special la conformarea grupurilor sanitare, dotarea cu obiecte sanitare special conformate indiferent de tradiția locului, circulații, finisaje)

- Asigurarea accesibilității și a transportului în interiorul orașului.

13. Asigurarea eficienței programelor de reabilitare se realizează prin :

- reglementarea legală a statutului persoanei cu handicap

- nuanțarea programelor de sprijin pentru grupele de handicap

- transferul de tehnică, tehnologie specifică

14. Un alt aspect ce trebuie luat în considerație în construirea centrelor de recuperare este utilizarea sistemelor de economie de energie, de realizare a construcțiilor cu consum 0 de energie.

15. Utilizarea sistemelor constructive *eco*, reducerea consumurilor și utilizarea surselor alternative de energie, în afara faptului că asigură independența energetică de funcționare a centrului asigură simultan și accesul la alte surse de finanțare.

16. De asemenea este de interes relația centrului de recuperare cu viața socială și integrarea persoanei cu handicap în colectivitate preponderent în raport cu rețeaua de asistență sanitară.

17. Politica națională privitor la sprijinul persoanelor cu handicap, integrarea lor socială, bazată pe date reale trebuie să fie formulată în aceiași termeni cu ai tendințelor mondiale în domeniu. Aceasta asigură o bază comună pentru stabilirea contactelor și obținerea sprijinului de tehnologie, aparatură, tehnici de recuperare, protezare și nu în ultimul rând accesul la surse de finanțare importante. De asemenea experiența internațională arată că problemele cu care se confruntă la ora actuală Irakul, nu sunt probleme particulare, toate statele s-au confruntat într-un moment sau altul cu probleme similare, soluțiile oferite de experiențele altora putând fi luate în considerație și adaptate la momentul actual fără dificultăți majore. Pe plan mondial se fac eforturi notabile pentru sprijinirea statelor în astfel de politici.

BIBLIOGRAFIE

1. ABEL-SMITH, Brian, *The hospitals, 1800-1948 ; a study in social administration in England and Wales*, London : Heinemann, 1964. XIII-514 p.: ill.
2. ABRAM, Joseph, *L'Architecture moderne en France, Du chaos a la croissance, 1940- 1966*, Picard, Paris, 1999
3. ACKERKNECHT, Erwin-Heinz, *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris : Payot, 1996. 286 p. (1ère édition 1967 : *Medicine at the Paris hospital (1794-1848) .L'architecture des hôpitaux*, In : *Monuments historiques*, N°114 (1981, avril-mai)
4. ADAMS, Annmarie, *Medicine by Design: The Architect and the Modern Hospital, 1893–1943*, University of Minnesota press, Minneapolis, London , 2008
5. ALI Joan , *Centrul Medical Pentru Handicapați în Baghdad*.1991.
6. BAUDRILLARD, Jean; NOUVEL Jean – *Obiectele singulare*, Paideia, 2004
7. BATTAILLE, George, *Architecture ,Oeuvres Completes*, Gallimard, 1971-88, I: 171-72. *Writings on Laughter; Sacrifice, Nietzsche, Un-knowing*, in *October* 36, 1986
8. BATUTA, Thari Abdul Amir, *Am fost bolnav*, Editura DE 2006, p.3-7, p.9-12
9. BATUTA, Thari Abdul Amir, *Îngrijirea persoanelor cu nevoi speciale*, Bahgdad 2006.
10. BENEVOLO, Leonardo, *Histoire de l'architecture moderne*, Dunon ,Paris, 1998
12. BOLOGA,V.L.și colab., *Istoria medicinei universale*,Editura Medicală, București, 1970
13. BOUDON Philippe, *Sur l'espace architectural*, Dunon, Paris, 1971
14. BOTEZ , Mihai , CELAC Mariana, *Sistemele spațiului amenajat* ,1980
15. BUBIEN, Yann, EVEN, Rachel, GLORION, Bernard, GALAVERNA Olivier , *Hôpital et Europe, Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital, studiu*, 2004
16. BUSSOLIN, Giovanni, *Delle istituzioni di sanità marittima nel bacino del Mediterraneo*. Studio comparativo, Trieste, 1881. 407 p.
17. CABAL, Michel, *Hôpitaux corps et âmes*, Paris : Rempart-Desclée de Brouwer, 2001, 165 p. : ill. (Patrimoine vivant)
18. CARRE, Jacques, *Pauvreté et assistance - Pauvreté et santé : la question des hôpitaux*, In : *Pauvreté et assistance en Grande-Bretagne 1688-1834*. Sous la direction de Paul Denizot et Cécile Révauger.- Université de Provence, service des publications, 1999. pp. 121-144 et 145-160
19. CHERMAYEFF Serge, ALEXANDER Christopher, *Intimite et vie communautaire*, Dunon , Paris, 1972
20. CHOAY Francoise, *L'urbanisme, utopies et realites* ,Edition du Seuil,1980
21. CHOAY, Francoise, *Alegoria patrimoniului*, Ed. Simetria, București,1998
22. CLAVAREAU, Nicolas-Marie, *Mémoires sur les hôpitaux civils de Paris*, Paris : Prault, 1805. XX-239 p.: ill.
23. CLEMENT, Jean-Marie, 1900-2000. *La mutation de l'hôpital*, Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2001. 217 p. : ill.
24. CRAPLET,Michel-Aimé, *Les débuts de l'asile d'aliénés : plans modèles et passage à l'acte*, In : *Perspectives psychiatriques*, 1984, II, Nr. 96, pp. 111-128
25. DUMESNIL, Octave, *Rapport général à M. le ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874 par les inspecteurs généraux du service*, Paris : Imprimerie nationale, 1878. IV-564 p.-11 pl.
26. ELIADE Mircea, *Imagini si simboluri*, Editura Humanitas, Bucuresti,1994
27. FORTY, Adrian, *The modern hospital in England and France : the social and medical uses of architecture*, In : King, Anthony., *Buildings and Society. Essays on the development of the built environment*, London : Routledge, Kegan and Paul, 1980, pp. 61-93
28. FOUCAULT, Michel, BARRET-KRIEGEL, Blandine, THALAMY, Anne, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne.-* [s.l.] : [s.n.], 1976, Paris : Imprimerie de l'Institut de l'environnement, 241 p.: ill.
29. FOUCAULT, Michel, *Surveiller et Punir: Naissance de le Prison*, Gallimard, 1975.
30. FREITAG, Michel, *Architecture et societe*, Edition Saint Martin, Quebec, 1992

31. GERANDO, Joseph-Marie, baron de, *De la bienfaisance publique*, Bruxelles : Société belge de librairie, 1839. 2 vol. (editia a 2a) ou (Paris : J. Raynouard, 1839. 4 vol.)
32. GIBBERD, Frederick, *Composition Urbaine*, Dunon, Paris, 1972
33. GOLDIN, Grace, THOMPSON, John-D., *The hospital: a social and architectural history*, New-Haven : Yale University Press, 1975. XXVII-349 p.: ill.
34. GRAMA, Nicolae, *Influența noilor tehnologii în evoluția construcțiilor spitalicești*, Editura Universitară Ion Mincu, București, 2003
35. HABERMAS, J. (1998), *Sfera publică și transformarea ei structurală*, București, Editura Univers, p. 155-156.
36. HANEVELD, G.T., *Oude medische gebouwen van Nederland*, Amsterdam, 1976
37. HERDMAN, Roy, *Planning the community hospitals*, McGraw-Hill, Book Company, New York
38. HULMY, Ibrahim & IRFAN Laila, *Physical Education and Handicapi*, dar alfikier 1998
39. HUSSON, Armand, *Etude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de la construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'ameublement, de l'hygiène et du service des salles de malades*, Paris : Paul Dupont, 1862. 607 p.-18 pl.: plans
40. HUSSON, Armand, *Etude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de la construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'ameublement, de l'hygiène et du service des salles de malades*, Paris : Paul Dupont, 1862. 607 p.-18 pl.: plans
41. IMBERT Jean, *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse : Privat, 1982. 559 p.: ill.
42. IMBERT Jean, *L'évolution de l'architecture hospitalière : piété, salubrité, bien-être*, In : *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, N°48 (1984, 1er semestre), pp. 25-38
43. IMBERT, Jean, *Les hôpitaux en France*, Paris : P.U.F., 1994. coll. Que sais-je ?, 6e éd.
44. JAN MALKIN/ *Medical and Dental Space Planning - A comprehensive Guide to Design, Equipment and Clinical Procedures*. editura .john wiley & sons.ing/new york/2002p413-416
45. JOEGER, Murielle, *Les enquêtes hospitalières au XVIIIe siècle*, In : *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, 1975, n°31
46. JOEGER, Murielle, *La structure hospitalière de la France à la fin de l'Ancien Régime*, In : *Annales, Economies, Société, Civilisations*, 32e année, N°5 (1977, septembre-octobre), pp. 1025-1051
47. KNOFF, Siegmund-Adolph, *Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phthisie pulmonaire*, Paris : Georges Carré et C. Naud, 1900. XV-495 p. : ill.
48. LEISTIKOV, Dankwart, *Dix siècles d'architecture hospitalière en Europe*, Ingelheim-am-Rhein : Boehringer Sohn, 1967. 123 p.-249 pl.
49. LENIAUD, Jean-Michel, *Un champ d'application du rationalisme architectural : les asiles d'aliénés dans la première moitié du XIXe siècle*, In : *L'Information psychiatrique*, vol. 56, N°6 (1980, juillet), pp. 747-761
50. LIICEANU, Gabriel, *Despre limita*, Editura Humanitas, București, 1994
51. MAILLARD, Christian, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris : Bordas, 1986. 200 p.
52. MAKLUETH, Fahad Hamad al, *Îngrijirea și reabilitarea handicapatilor*, Editura Dar Almuslim, 1999
53. MANSRAWY, Mohamad al, *Reabilitarea handicapatilor și îngrijirea lor*, Editura Dar Almuslim, 1998
54. MALKIN Jain, *Medical and Dental Space Planning*, ediție 2002, John Wiley and Sons, New York, pg.408-411, pg.418-422.
55. MARKUS, Thomas A. *Buildings and Power: Freedom and Control in the Origin of Modern Building Types*. London: Routledge, 1993.
56. MILLER, Quintus, *Le sanatorium, architecture d'un isolement sublime*, Lausanne : Ecole polytechnique fédérale, département d'architecture, 1992. 79 p. : ill.
57. MORRISON, Kathryn, *The work house. A study of Poor-law buildings in England*, Exeter : Royal Commission on the historical monuments of England, 1999
58. MOSTAEDI, Arian, *New Health Facilities*, Instituto Monsa de Ediciones, s.a., Barcelona, 2001
59. MUNFORD, Lewis, *La cite a travers l'histoire*, Paris, 1961

60. NAJDY, Samira Alwazir Abdu, *Metodele de îndrumare și de reabilitare a persoanelor cu nevoi speciale*, Editura de Anjelo Eijjept, 2006
61. PAILLART, Isabelle, *Spațiul public și comunicarea*, Editura Polirom, Iași, 2002
62. PANZAC, Daniel, *Quarantaines et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient, XVIIe-XXe siècle*, Aix-en-Provence : Edisud, 1986. 219 p. : ill.
63. PROST, Robert, *Conception architecturale-une investigation methologique*, Harmattan, Paris, 1972
64. RICHARDSON, Harriet, *English hospitals, 1660-1948. A survey of their architecture and design*, Exeter : Royal Commission on the historical monuments of England, 1998. X-222 p.: ill.
65. RICHE, Sylvie, *Des hôpitaux à Paris ; état des fonds des archives de l'A.P.-H.P., 12e – 20e siècles.* - Paris : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 2000
66. ROCHAIX, Maurice, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours, contribution à l'étude des problèmes hospitaliers contemporains.* - Paris : Berger-Levrault, 1996. 497 p.: ill.
67. SHAMAT, Youssif Shalaby al, *Reabilitarea profesională a handicapatilor*; Daralfikreditie, 2002.
68. STEVENSON, Christine, *Medicine and magnificence: British hospital and asylum architecture, 1660-1815*, New-Haven : Yale University Press, 2000. 312 p.: ill.
69. TAYLOR, Jeremy-Reginald-Buckley, *Hospital and asylum architecture in England, 1840-1914 : building for health care*, New York ; London : Mansell, 1991. XIV-274 p.
70. TAYLOR, Jeremy-Reginald-Buckley, *The architect and the pavilion hospital. Dialogue and design creativity in England, 1850-1914*, London : Leicester University press, 1997. XIV-240 p.
71. UTHMAN, Salim, Yasser, *Reabilitarea socio-profesională a handicapatilor*, Universitatea Alkudsanul, 2000
72. VĂTĂMANU, N., BRĂTESCU, G., *O istorie a medicinei*, Editura Albatros, București, 1975.
73. VIRILIO Paul, *Unknown Quantity*. New York: Thames & Hudson, 2003.
74. VERDERBER, Stephen, FINE David J. , *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*. New Haven, Conn., Yale University Press, 2000.
75. VERDERBER, Stephen, REFUERZO, Ben J, *Inovations in Hospice Architecture*, Taylor & Francis, Oxon, 2006
76. WEINER, Deborah. *Architecture and Social Reform in Late-Victorian London*, Manchester: Manchester University Press, 1994.
77. WHEELER, Faia , TODD, E., *Hospital modernization and expansion*, 1971

REVISTE, ZIARE, ARTICOLE

1. The Lanst, www.alnoor.se
2. www.tnke.net constructii spitalicești din 15/11/2007
3. ALSHAKHLY, Suhaa , *Peste un milion de handicapati în Irak*, articol publicat în ziarul Almada din date de 11/12/2006
4. ALUAN, Jaffar, *Cele mai multe persoane care folosesc proteze în Irak*, articol publicat în ziarul Almada, din date 06/2009
5. AROUSSEAN, Paul, *L''hospital demain, L''hospital d''adultes*, vol. 1, 1969
6. BOBROW, Michael L.&THOMAS. Julia, *The Evolving Health care system*, Architectural Record , September 1975, p.122-124
7. DOUGLASS, H.Robert, *Health care the faster Growing industry*, Progressiv Architectural, July 1972 p.51-53 p.90-92
8. FALICK, James, *Humanizing Health care Facilities, Analisis and examples interiors*, November 1972, p102-108
9. MCLAUGHLIN, Herbert P., *Post-Occpancy Evauation of hospital*, AIA Jurnal, January 1975, P30-34
10. MIHAILESCU, Mihai, *Construcții Spitalicești*, 1971
11. ROSENFELD, Isadore, *Hospital Architecture Integrated components*, Van Nostrand Reinhold Company Newyork 1971
12. ROSENFELD, Isadore, *Hospital Architecture and Beyond*, Van Nostrand Reinhold company Newyork 1969

13. The American Association Of Hospital Consultants, *Functional Planning general hospital*, 1969
14. UBAID, Asmaa, *14% -17% din copii în Irak sunt handicapați psihic sau psihomotor*, articol publicat în ziarul Al Mada din date 20.05.2006;
15. UKABY, Muhanad al, *Aspecte ale duratei de viață în instituțiile destinate handicapatilor din Irak*, articol publicat în ziarul Altaakhy, din date de 17/05/2009;
16. Ziarul Al –Marsad Al Iraki, *Situația Centrelor de Reabilitare din Irak*, din data de 21.11.2008

LEGISLAȚIE ȘI NORMATIVE DIN ROMÂNIA

1. Ministerul Lucrărilor Publice și Amenajării Teritoriului, Ordin Nr. 4/N din 22.01.1997 *Normativ privind proiectarea și verificarea construcțiilor spitalicești și a instalațiilor aferente acestora*
2. *Strategia națională pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handi-cap în perioada 2006 - 2013*, „Sanse egale pentru persoanele cu handicap - către o societate fără discriminări” HG nr. 175/2005 septembrie 2005
3. Guvernul României, *Ordonanța de urgență nr. 102 publicată în M.O. nr. 310 din data 30/06/99, privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap*
4. Ministerul Muncii, Solidarității Sociale Și Familiei, Autoritatea Națională Pentru Persoanele Cu Handicap, *Ordin Nr. 363 din 23 noiembrie 2005 pentru aprobarea Planului național privind formarea personalului din sistemul de protecție a persoanelor cu handicap pentru perioada 2006 - 2008 și a Programei-cadru de instruire specifică a personalului implicat în protecția și îngrijirea persoanei adulte cu handi-cap*, Publicat în: Monitorul Oficial NR. 1103 din 7 decembrie 2005

LEGISLAȚIE ȘI NORMATIVE DIN USA

1. ADAAG, *Americans with Disabilities Act Accessibility Guidelines for Buildings and Facilities*, U.S. Architectural and Transportation Barriers Compliance Board, 1331 F Street, N.W. Suite 1000, Washington, D.C. 20004-1111, <http://www.access-board.gov/ada-aba/final.pdf>
2. ICSSC RP6 / NISTIR 6762, *Standards of Seismic Safety for Existing Federally Owned and Leased Buildings*, January 2002, <http://fire.nist.gov/bfrlpubs/build01/PDF/b01056.pdf>
3. ITG 01-01, *Elevator Design*, 01 March 2001, http://www.wbdg.org/ccb/NAVFAC/INTCRIT/fy01_01.pdf
4. MIL-STD-3007F, *Standard Practice for Unified Facilities Criteria and Unified Facilities Guide Specifications*, 15 February 2006, <http://www.wbdg.org/pdfs/milstd3007.pdf> UFAS, Uniform Federal Accessibility Standards, U.S. Architectural and Transportation Barriers Compliance Board, 1331 F Street, N.W. Suite 1000, Washington, D.C. 20004-1111, <http://www.access-board.gov/ufas/ufas-html/ufas.htm>
5. UFC 3-310-01, *Structural Load Data*, 25 May 2005, <http://dod.wbdg.org/>
6. UFC 3-310-04, *Design: Seismic Design for Buildings*, 22 June 2007, <http://dod.wbdg.org/>
7. UFC 3-400-01, *Energy Conservation*, 5 July 2002, <http://dod.wbdg.org/>
8. UFC 3-410-01FA, *Heating, Ventilating, and Air Conditioning*, 15 May 2003, <http://dod.wbdg.org/>
9. UFC 3-410-02N, *Heating, Ventilating, Air Conditioning and Dehumidifying Systems*, 8 June 2005, <http://dod.wbdg.org/>
10. UFC 3-420-01, *Plumbing Systems*, 25 October 2004, <http://dod.wbdg.org/>
11. UFC 3-490-06, *Elevators*
12. UFC 3-600-01, *Fire Protection Engineering for Facilities*, 26 September 2006, <http://dod.wbdg.org/>
13. UFC 4-010-01, *DoD Minimum Antiterrorism Standards for Buildings*, 08 October 2003 <http://dod.wbdg.org/>
14. UFC 4-010-02, *DoD Minimum Antiterrorism Standoff Distances for Buildings (FOUO)*, 08 October 2003, <http://dod.wbdg.org/>