

A casa lontani da casa



PROGETTO  
A CASA LONTANI DA CASA

---

*Individuazione delle caratteristiche spazio/funzionali peculiari di diverse tipologie di  
"Casa Accoglienza" per malati e familiari*



## INDICE

0.1	Premessa	pag. 3
0.2	Obiettivi e Contenuti	5
1.0	Turismo Sanitario e Mobilità Sanitaria	8
2.0	Le Case Accoglienza	22
2.1	Esempi di Case Accoglienza	28
2.2	Strutture Analoghe	32
3.0	Le Caratteristiche delle Case Accoglienza	54
3.1	Le Azioni degli Utenti	55
3.2	La dimensione spazio/funzionale	64
3.3	Interior Design: Qualità e Soluzioni	72
3.4	Luci, colori, materiali	72
3.5	Impianti e domotica	75
3.6	Accessibilità e fruibilità	77
3.7	Caratteristiche dell'ospite/utente	89
	Bibliografia	95

---

---

## GLI AUTORI

### **Francesco Scullica**

Architetto, dottore di ricerca in architettura degli interni è docente e ricercatore in disegno industriale presso il Politecnico di Milano. Svolge attività didattica - anche in ambito internazionale - di ricerca e di consulenza progettuale sui settori dell'ospitalità e dell'accoglienza su cui è autore di diverse pubblicazioni. Dal 2008 si è occupato del rapporto turismo/mobilità sanitaria e nuove forme di ospitalità. Dirige e coordina inoltre master e corsi di formazione post-universitaria.

### **Giovanni Del Zanna**

Architetto, libero professionista titolare di "studio\_gdz" si occupa di Progettazione Accessibile con attenzione all'Utenza Ampliata. Svolge attività di Progettazione per interventi specifici in ambito sociale, anche con applicazioni di Domotica e di Consulenza/Ricerca con il gruppo di "Progettisti per l'Accessibilità". Autore di pubblicazioni sull'argomento, collabora con diverse Università in ambito didattico e in qualità di correlatore. E' docente, per le tematiche di Accessibilità, al corso di Terapia Occupazionale della Facoltà di Medicina dell'Università Statale di Milano.

### **Roberta Co**

Nata a Milano il 10 aprile 1986. Ha studiato Interior Design presso il Politecnico di Milano e ha ottenuto un master nello stesso corso specialistico. Ha maturato esperienza nel campo dell'architettura e del design: dal 2007 ha collaborato con vari studi di design che si occupano di architettura, interior design, product design e grafica. Attualmente collabora con CTRLZAK Art & Design Studio, Milano. La sua tesi di laurea Magistrale "COM, Cascina Ospitale Milano" ha di recente ottenuto una menzione d'onore al "Lucky Strike Talentd Design Award".

---

---

# PREMESSA

---

---

In relazione al bisogno di residenzialità espresso dal fenomeno del Turismo Sanitario e/o della Mobilità Sanitaria ci domandiamo se è possibile individuare specifiche caratteristiche tipologiche riguardo alle strutture edilizie che offrono a pazienti (e parenti) un alloggio per un periodo temporaneo.

Le ricerche sul tema infatti mettono in evidenza l'esistenza di un fenomeno molto consistente che però non trova una risposta codificata in termini progettuali, né tanto meno in strutture ben definite.

Questo non significa che non siano presenti - a Milano come in Lombardia, ma anche in altre città italiane - strutture che cercano di dare una risposta ad un bisogno evidente, nato soprattutto nelle aree poste attorno alle strutture ospedaliere di eccellenza che attirano persone che risiedono a distanza. Tuttavia tali strutture nascono per lo più in modo spontaneo, sulla spinta organizzativa di realtà del volontariato sociale, adattando alla funzione di "Case Accoglienza" unità immobiliari a destinazione residenziale (o anche di altro tipo).

Se da un lato la tipologia, le caratteristiche spazio/funzionali delle "Case Accoglienza" possono sembrare abbastanza semplici e dai tratti comuni - riferibili a quelle delle residenze o delle strutture residenziali - dall'altro, in

---

---

parallelo alle ricerche delle scienze sociali sul tema della "mobilità sanitaria", si è sentito il bisogno di indagare con maggiore attenzione anche la dimensione "tecnica", ovvero quello delle discipline progettuali, per capire meglio come sono conformate le strutture esistenti e, allo stesso tempo, poter dare indicazioni di massima per la realizzazione di nuovi progetti.

Nelle pagine che seguono viene riportato in sintesi lo studio - a carattere tecnico/progettuale - che si è sviluppato il parallelo alla ricerca "A casa lontani da casa".

Da questa ricerca il nostro studio attinge alla parte di indagine e di Ricerca sul fenomeno della mobilità sanitaria, ma conduce a parte una riflessione sulle tipologie edilizie e sulle dimensioni dell'abitare con le modalità proprie della cultura del progetto. Allo stesso modo le indicazioni e i dati forniti dalla Ricerca sono stati arricchiti con altre ricerche - ad esempio quelle sul Turismo Sanitario - svolte negli ambiti della progettazione. Potremmo dire quindi che questo studio si pone come una sorta di "consulenza professionale tecnica" che, svolta dal punto di vista dei progettisti, va ad integrare la Ricerca "A casa lontani da casa" pur mantenendo una sua autonomia e differenziazione, data soprattutto da fatto di essere stata condotta in un preciso ambito disciplinare.

---

---

# OBIETTIVI E CONTENUTI

---

---

Dal momento che il tema delle "case accoglienza" per la mobilità sanitaria non è stato trattato in letteratura in modo significativo ci sembra utile cercare di trattare, con una certa sistematicità, questo argomento anche sotto il profilo "tecnico-progettuale". A partire dalle conoscenze specifiche della Cultura del Progetto quelle che solitamente vengono considerate le dimensioni "strutturali" - che in termini comuni vogliono indicare gli aspetti concernenti l'edificio delle Case Accoglienza e le relative dotazioni di impianti, arredi e attrezzature - entrano in relazione con le dimensioni tipiche del rapporto dell'uomo con l'ambiente e, in particolare - come nel nostro caso - con l'ambiente costruito.

Alla base di ogni considerazione sta la consapevolezza che quelle che sono le dimensioni tecniche (altrimenti chiamate strutturali) non assumono una rilevanza solo sul piano della concretezza e del l'ambiente materiale su cui innestare le funzioni e le relazioni dell'abitare. Anzi, al di là di una visione riduzionistica che, per ridurre i costi, spesso limita la qualità dello spazio, emerge dalle esperienze più curate come la qualità dello spazio influisce in

---

---

---

---

modo determinante sulle azioni dell'abitare, condizionando in modo significativo le attività svolte dalla persona e le relazioni con altri soggetti. Per questo, soprattutto in strutture come le Case Accoglienza, in cui la dimensione sociale e relazionale è di primaria importanza, è importante che lo spazio fisico dell'abitare si oggetta di attenzione, sviluppando soluzioni curate e di qualità.

Né, d'altra parte, si deve ritenere che uno spazio ben progettato richieda costi decisamente elevati. Se è pur vero che "con niente non si ottiene niente" e che una buona progettazione ha un suo costo (in termini di tempo, energie e risorse economiche), Assistiamo spesso, specie in ambito sociale, a soluzioni di basso profilo che, nell'ottica del maggiore risparmio, dedicano poca attenzione allo studio di soluzioni funzionali, delle scelte di materiali e colori, alla valutazione delle soluzioni impiantistiche. Nell'esperienza, però, si scopre che una soluzione curata, attenta alle esigenze delle persone e alle diverse dimensioni dell'ambiente, porta, con costi marginalmente superiori, a soluzioni di qualità molto migliore. A dimostrazione che la questione non è quella prettamente economica, legata al fatto di spendere più o meno - che sembra essere il problema principale di ogni intervento - ma quella delle scelte: scelte economiche, ma anche scelte progettuali finalizzate alla definizione di soluzioni razionali, funzionali, ma allo stesso tempo di qualità anche sul piano del comfort ambientale, della percezione spaziale e dei significati culturali.

E' certamente difficile - ed esula dagli obiettivi di questo studio - definire le caratteristiche specifiche di una tipologia determinata, quella della Casa Accoglienza, che nella sua realtà attuale non è riconducibile ad un modello particolare, ma che, al contrario, si esprime in esperienze diversificate tra loro.

Nella logica di un approccio meta-progettuale si cercherà invece di individuare i tratti comuni delle case esistenti, mettendo, allo stesso tempo, in evidenza le differenziazioni e le particolarità.

Questo per cercare di delineare - anche sul piano "tecnico" - quelle che abbiamo chiamato caratteristiche "spazio/funzionali" che, in modo peculiare per le case accoglienza, definiscono la tipologia abitativa a partire non solo dall'organizzazione fisica degli spazi, ma anche in relazione alla dimensione funzionale degli stessi, ovvero alle azioni dell'abitare svolte dalle persone e alle relazioni che si instaurano tra i diversi soggetti.

---

---

Obiettivo finale, quindi, non è quello della redazione di un manuale - approccio ormai concettualmente superato - ma quello dell'individuazione, oltre alle caratteristiche, di alcune attenzioni/indicazioni che possono essere utili a chi volesse realizzare una nuova "Casa Accoglienza", sia esso soggetto promotore o progettista chiamato a definire, caso per caso, nella specificità dei luoghi e delle situazioni, le caratteristiche dello spazio da abitare.

---

---



# TURISMO SANITARIO E MOBILITÀ SANITARIA

---

---

La globalizzazione ha avuto un forte impatto sui sistemi sanitari che hanno di conseguenza ricevuto una sempre maggiore attenzione dalla pubblicistica più aggiornata, in particolare in seguito al *General Agreement on Trade in Services* (GATS, Accordo Generale sul Commercio di Servizi), ossia un trattato internazionale, istitutivo dell'Organizzazione Mondiale del Commercio. Questo ha messo studiosi di fronte a sfide nuove rispetto al passato<sup>1</sup>: la globalizzazione, il web, il diminuire del costo dei trasporti hanno aiutato gli scambi internazionali di beni, servizi e individui (pazienti e professionisti)

---

<sup>1</sup> The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. D Yach and D Bettcher 18 maggio 1998.

---

---

---

---

legati anche all'ambito sanitario<sup>2</sup>.

Da un punto di vista generale, esistono quattro modalità secondo cui il commercio internazionale dei servizi sanitari può realizzarsi:

- A. "fornitura di servizi transfrontalieri", in cui è il servizio che passa i confini nazionali, senza che lo facciano né il produttore né l'utente (es: servizi di telemedicina);
- B. "consumo estero", in cui è l'utente a passare i confini regionali o nazionali per ricevere il servizio presso una struttura diversa da quella della sua zona (mobilità sanitaria);
- C. "presenza commerciale", in cui le imprese fanno investimenti diretti all'estero (IDE) nel settore sanitario (es. un'impresa straniera che investe nella costruzione di un ospedale in un paese straniero);
- D. "temporanei spostamenti degli erogatori", in cui i lavoratori specializzati si spostano per offrire il servizio in un altro paese per un periodo di tempo limitato.

Un dato molto importante da aggiungere è che la mobilità internazionale di pazienti provenienti soprattutto dai paesi in via di sviluppo diventa lo stimolo per gli investimenti da parte di finanziatori stranieri nella costruzione di infrastrutture sanitarie nei paesi ospitanti, e viceversa, secondo un meccanismo self-reinforcing.

## **IL TURISMO SANITARIO**

La World Tourism Organisation (UNWTO) dà questa definizione di turismo: "l'attività di coloro che viaggiano e soggiornano in luoghi diversi dal proprio ambiente abituale per un periodo non superiore ad un anno consecutivo per svago, lavoro e motivi diversi dall'esercizio di un'attività remunerativa all'interno dell'ambiente visitato".<sup>3</sup>

La definizione soffre di ambiguità comprensive, ma a questo punto possiamo

---

<sup>2</sup> Globalization and health: a framework for analysis and actionV David Woodward, Nick Drager, Robert Beaglehole, & Debra Lipson. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (9) # World Health Organization 2001

<sup>3</sup> Altre definizioni di turismo vengono date da Burkart e Medlik (1974), Safari (1977) e la rassegna proposta in Hunt e Layne (1991).

---

---

affermare che è il motivo del viaggio e conseguente soggiorno a determinare il riconoscimento di "turismo".

Tra le varie motivazioni possibili, ottenere benefici per la salute è ciò che consente di identificare il segmento di turismo che può chiamarsi "turismo sanitario". Viaggiare per motivazioni legate alla salute, non è un fenomeno recente: i soggiorni termali sono conosciuti fin da tempi antichi, anche se si deve dare atto che soltanto dall'inizio del XIX secolo, con l'avvento di sempre maggiori possibilità di trasporto (sviluppo dei collegamenti su rotaia) e alla crescita della classe borghese, il fenomeno ha acquisito una dimensione rilevante.

Secondo Carrera e Bridges (2006) con il termine "health tourism" si definisce quindi: "the organized travel outside one's local environment for the maintenance, enhancement or restoration of an individual's wellbeing in mind and body".

L'espressione "medical tourism" indica invece, in maniera leggermente più specifica, un sottoinsieme del turismo sanitario, caratterizzato da "organized travel outside one's natural healthcare jurisdiction for the enhancement or restoration of the individual's health through medical intervention".

Tuttavia queste definizioni lasciano aperta una ambiguità su quali tipologie di trattamento dovrebbero essere incluse: ad esempio, si può parlare di turismo sanitario sia per interventi urgenti che discrezionali. Inoltre all'interno della categoria turismo sanitario rientrano anche i viaggi legati alla climaterapia o all'utilizzo di risorse naturali dalle proprietà benefiche (acque termali, ecc.). Così come i viaggi legati al wellness, che possono prescindere dall'effettiva presenza in loco di risorse naturali specifiche (3).

L'articolo di Henderson (2004) è il primo e ad oggi l'unico tentativo di sistematizzare l'argomento, proponendo diverse categorie di analisi. L'autrice raccoglie nel segmento "turismo sanitario" diverse sottocategorie:

- Illness (check-up;screening, chirurgia per interventi urgenti; trapianti; servizi di odontoiatria, ecc.);
  - Wellness (Agopuntura; Massaggi; Bagni termali; ecc.);
  - Enhancement (chirurgia plastica e cosmetica);
  - Reproduction (trattamenti per la fertilità, procreazione assistita).
-

---

---

Si considererà dunque come sfera appartenente al turismo propriamente "medico-sanitario" (medical tourism) l'attività di viaggio e permanenza presso un paese estero per ottenere una assistenza medica specifica, a livello professionale. In questo senso soltanto parte del turismo legato all'attività di wellness, il turismo termale e il well-being, in particolare quella che prevede l'assistenza sanitaria di personale medico in strutture specializzate (ad esempio trattamenti termali per la cura di determinate patologie, oppure programmi di riabilitazione motoria o dieta seguita da medici specializzati). Non verranno considerate in questo segmento, invece, le attività para-mediche (fitness; agopuntura; massaggi) o il beneficio che si trae passivamente dalle caratteristiche della località (ad esempio passeggiate che consentono di beneficiare della qualità dell'aria). Nonostante ciò queste attività possono essere considerate parte di quello che in senso lato si può definire **"turismo della salute"**.

Ognuno dei sotto-settori elencati può essere identificato in maniera abbastanza precisa da una sua propria domanda ed offerta, tuttavia si deve riconoscere la crescente tendenza ad avere sovrapposizioni tra i diversi segmenti: ad esempio, molte strutture possono offrire agli stessi clienti/pazienti sia trattamenti di chirurgia plastica che trattamenti di wellness. Inoltre la tendenza è quella di domandare e offrire "pacchetti" che includano nel viaggio anche altre attività accessorie per motivazioni legate alla salute; ad esempio una soggiorno al mare, un safari, un tour guidato nel paese di destinazione.

In ogni caso, ai fini della presente analisi si considererà esclusivamente il turismo medico-sanitario (escludendo interamente, per evitare ambiguità, il settore wellness e termale) ed, in particolare, soltanto i movimenti internazionali di pazienti. Per cercare di fornire alcune stime del fenomeno in esame possiamo fare riferimento ad alcuni dati disponibili per l'Europa.

Secondo l'European Travel Monitor (ETM), i viaggi legati alla cura della salute pesano per circa il 15% sui viaggi turistici complessivi. Ciò equivale a circa 37 milioni di viaggi annuali che generano un ricavo stimato attorno ai 33 miliardi di Euro. Se si tiene conto che i ricavi generati dai viaggi per turismo medico-sanitario nell'Unione Europea si aggirano, stando alle stime della ECCP Business Review, attorno ai 12 miliardi di Euro all'anno, si può dire che circa un terzo dei viaggi legati alla salute è orientato all'utilizzo di strutture mediche specializzate.

---

---

## TENDENZE PRINCIPALI

Numerosi fattori alimentano e sostengono il recente trend verso una crescita del turismo medico-sanitario (Garcia-Altés, 2005). In particolare questo fenomeno si lega a cambiamenti demografici e agli stili di vita della popolazione, specialmente nei paesi industrializzati. L'invecchiamento della popolazione e il maggior tempo che si può dedicare alla cura della propria salute sono fattori decisivi in questo processo (4). Inoltre la sempre maggior diffusione di informazioni accessibili a tutti i pazienti e il ruolo sempre più attivo che queste giocano nella ricerca delle cure più adatte al proprio caso sono elementi determinanti per capire come la possibilità di viaggiare per la salute sia diventata sempre più frequente.

Oltre a questi fattori, la decisione individuale di viaggiare all'estero per ricevere cure mediche si può spiegare attraverso quattro elementi:

- A. Prezzo dei servizi
- B. Qualità
- C. Disponibilità
- D. Tempestività

A. I differenziali di prezzo sono una delle motivazioni principali per spiegare la scelta dei pazienti di curarsi in un paese diverso da quello di origine. Tali differenziali possono in molti casi essere consistenti, soprattutto se si considera l'incremento dei prezzi di molti servizi sanitari privati nei paesi industrializzati e il sempre maggior numero di persone non assicurate negli USA, ossia il principale mercato di riferimento mondiale per il settore sanitario. La possibilità di viaggiare a prezzi contenuti (crescita delle compagnie aeree low-cost, crescente concorrenza sulle tratte internazionali) e la diffusione delle tecnologie web (che consentono ai pazienti un accesso diretto alle informazioni sulla possibilità di curarsi all'estero) e la crescente tendenza ad offrire pacchetti-vacanze abbinati al trattamento medico specialistico (rendendo così più attraente e in alcuni casi conveniente la prospettiva del viaggio) sono fattori che incidono notevolmente sul trend di rapida espansione in questo particolare segmento di domanda.

---

---

---

---

B. Un'altra tipologia di turismo sanitario prevede la ricerca di una qualità superiore per le cure a cui sottoporsi, indipendentemente dai costi delle stesse. In molti casi si tratta di una opzione di cui godono soltanto alcune categorie di pazienti con medio-alta disponibilità a pagare.

C. Per quanto riguarda l'indisponibilità dei servizi ricercati nel proprio paese di origine, si possono distinguere due diverse situazioni. La prima è legata alle debolezze e/o alla arretratezza del sistema sanitario e delle strutture in generale. Ad esempio, fino a qualche anno fa i pazienti che necessitavano di un trapianto di fegato in Nuova Zelanda erano costretti a recarsi in Australia per sottoporsi all'intervento. Tuttavia si deve riconoscere che anche in sistemi sanitari generalmente "deboli" possono comunque trovare spazio isole di eccellenza tecnologicamente all'avanguardia per l'erogazione di servizi specializzati in strutture pubbliche o private. Un'altra tipologia di motivazioni che vincolano la disponibilità di un determinato servizio sanitario in un Paese sono quelle di tipo legale ed etico, in un certo numero di casi anche in paesi.

D. La possibilità di usufruire di un servizio tempestivamente del è un altro dei fattori che incidono sulla scelta di recarsi all'estero per ricevere cure sanitarie. Uno studio della University of York del 2004 metteva in evidenza di come circa l'87% dei pazienti britannici che si recava all'estero per cure mediche era spinto dalla lunghezza delle liste d'attesa nel proprio paese. In molti paesi a servizio sanitario nazionale Oltre a questi fattori, altre considerazioni possono acquisire importanza nelle scelte del paziente: tra queste, la valutazione di elementi non strettamente legati al servizio: ad esempio interesse naturalistico, o culturale per luoghi che si potranno visitare, magari associando al trattamento giorni di permanenza aggiuntivi. Inoltre in molti casi il paziente sceglie di curarsi in strutture estere per mantenere anonimato o riservatezza sulle proprie condizioni di salute o sugli interventi cui si sottopone. E' spesso il caso, ad esempio, di interventi di chirurgia plastica oppure di personaggi famosi/pubblici che vogliono sottrarsi all'attenzione dei media. Cresce l'evidenza, riportata nella stampa e nella letteratura specialistica, di come i prezzi di cure e trattamenti sanitari in paesi come India, Thailandia, Sud Africa, Brasile ed Europa dell'Est siano sensibilmente inferiori rispetto a quelli di paesi a più alto reddito. Numerosi tour operator offrono "medical tours" nei paesi del centro Europa, specialmente in Ungheria, dove i prezzi dei servizi di odontoiatria sono in media del 30% inferiori a quelli praticati in Germania, in cui l'assicurazione statale copre soltanto il 10% del costo del servizio. Il costo degli interventi chirurgici in India, Thailandia o Sud Africa può arrivare ad essere un decimo di quello negli

---

---

---

---

USA o nell'Europa Occidentale: Un intervento di sostituzione della valvola cardiaca, che costerebbe 200,000 US\$ negli USA, per esempio, può venire a costare attorno ai 10,000 US\$ in India, includendo un volo andata e ritorno e un breve pacchetto-vacanza. Un lifting facciale completo che negli USA costa circa 20,000 US\$ si può avere in Sud Africa per 1,250 US\$.

Molti paesi in via di sviluppo o emergenti esportano servizi sanitari attraverso il turismo medico-sanitario. Cuba, per esempio, ha investito nell'attrazione di pazienti dai paesi dell'America Latina, Europa e Russia.

Una delle scelte delle strutture sanitarie è stata quella di differenziare la propria offerta specializzandosi sul trattamento di alcune malattie della pelle e sullo sviluppo di nuove procedure e sostanze medicinali, come trattamenti per la retinite pigmentosa o la vitiligine. Nel biennio 1995-96, oltre 25000 pazienti stranieri si sono recati a Cuba per ricevere cure, generando un ricavo stimato attorno ai 25 milioni di US\$ (UNCTAD, 1997). Le stime più recenti indicano che il numero maggiore di viaggiatori per ragioni sanitarie si rivolge a strutture dell'Unione Europea e del Nord America. Tra le destinazioni sostanzialmente price-driven spicca il peso, in la chirurgia ed i servizi in aree termini di numero di pazienti, dei come la neurologia, cardiologia, nei paesi asiatici, come indicato nella docrinologia ed urologia.

## **LA MOBILITA' SANITARIA (Italia)**

Il termine "mobilità" rappresenta la capacità di muoversi nello spazio, l'aggettivo "sanitaria" ne qualifica il contenuto.

A livello legislativo la mobilità sanitaria è il termine usato per definire il flusso di fondi che parte dal Fondo Sanitario Regionale o Nazionale Italiano che si muove seguendo il fenomeno migratorio degli utenti di una Azienda Sanitaria Locale (ASL) che preferiscono, grazie al decreto legislativo n.502/1992, ai servizi offerti dalla propria ASL, quelli di un'altra, che sia questa nella stessa provincia o meno, nella stessa regione o meno, sul territorio nazionale o meno. Nel caso in cui le due ASL appartengano alla stessa regione questo flusso di capitali rimarrà a livello regionale; se invece l'utente ha cambiato regione dove ricevere i servizi sanitari, il flusso si sposterà a livello nazionale destinando i fondi ad un'altra regione, tramite un sistema di compensazioni

---

---

---

---

sanitarie interregionali di carattere finanziario. E questo ci permette di definire (anche a livello amministrativo e burocratico) due categorie di mobilità:

La **mobilità attiva**: rileva il numero di pazienti che lasciano il luogo di residenza per sottoporsi alle cure in un presidio Asl o ospedaliero diverso e distante da casa e si misura attraverso l'indice di attrazione.

La **mobilità passiva** riscontra la domanda che, il presidio dove il paziente risiede, non soddisfa e si misura grazie all'indice di fuga.

Il confronto tra i due indici fornisce un quadro della capacità del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e delle singole Aziende Ospedaliere (AO) di essere efficace ed efficiente nell'erogazione dei servizi sanitari e nel dare risposta al bisogno di salute, nonché informazioni indirette sulla qualità percepita e sul livello assunto dal SSR in rapporto con i sistemi sanitari delle altre regioni.

Indice di attrazione = ricoveri in regione di non residenti/totale ricoveri prodotti in regione.

Indice di fuga = ricoveri fuori regione dei residenti/totale ricoveri dei residenti.

L'osservazione ed il monitoraggio della mobilità sanitaria sta assumendo un ruolo primario entro la programmazione sanitaria di ogni regione : le direttrici di traffico segnalano quale principale fenomeno, lo spostamento, entro i confini nazionali da una regione ad un'altra (la mobilità interregionale costituisce il 44% del totale delle segnalazioni in tema di mobilità, si tratta del 7% di ricoveri al di fuori della regione di residenza per 3 miliardi di Euro di valore economico a livello nazionale). Seguono gli spostamenti all'interno della propria regione ossia la mobilità intraregionale (36%) e la mobilità internazionale (20%). Cesare Cislighi ha studiato un modo per misurare la mobilità sanitaria, al fine di poter dare una definizione assoluta e precisa del fenomeno. Il coordinatore scientifico dell'AGENAS parte dal presupposto per il quale il concetto di mobilità sanitaria è apparentemente evidente, ovvero lo spostamento sul territorio di un utente rispetto alla sua dimora. Tale definizione riguarderebbe il caso di ogni persona che non viene curata presso il proprio domicilio e non è detto che il domicilio del paziente coincida con la residenza anagrafica. Risulta necessario, decidere da quale assunto di base debba partire la ricerca, se il domicilio, la residenza o l'indirizzo del medico di base. La soluzione maggiormente adottata è quella che definisce il paziente in mobilità se ha superato un confine amministrativo definito come il Comune, la Asl, la Provincia, la Regione, lo Stato. Questo sconfinamento da un luogo

---

---



---

---

ad un altro riduce il fenomeno ad una variabile binaria (sconfinato-non sconfinato) prescindendo dalla distanza che la persona percorre. Un primo modo per graduare l'intensità della mobilità è quello di contare le unità amministrative attraversate dal paziente prima di arrivare a quella di cui necessitava. Altrimenti, più semplicemente, è sufficiente calcolare la distanza dalla dimora del paziente al presidio di cui egli stesso usufruisce.

Il passaggio successivo consiste quindi nella misurazione della distanza che può essere lineare (calcolata su carta geografica), angolare (stimata in base a longitudini e latitudini), stradale (misurata in base ai percorsi più rapidi), isocronica (rilevata in base ai tempi di percorrenza con un mezzo automobilistico). Queste diverse distanze sono tra loro molto simili, ma anche molto diverse, quindi non si deve sottostimarne l'importanza di una attenta valutazione.

## **LE TIPOLOGIE DI MOBILITA' SANITARIA**

In termini territoriali si distinguono tre tipologie di mobilità:

- Internazionale
- Interregionale
- Intraregionale.

Di seguito ne vengono analizzate le caratteristiche.

### **La mobilità internazionale**

I pazienti espatriano dal proprio paese di residenza e si sottopongono alle cure in un altro. Questo tipo di mobilità si realizza principalmente per due ragioni.

La prima consiste in un atto autorizzativo formale redatto dalla Asl di appartenenza, nel caso in cui la cura non sia erogata dal nostro Paese oppure perché è erogata, ma con tempistiche non compatibili con la malattia di cui il cittadino è affetto. La seconda è puramente occasionale, perché determinata dalla presenza di esigenze sanitarie insorte mentre si è all'estero per i più disparati motivi.

---

---

---

---

Da sottolineare in questo frangente due recenti direttive europee:

- La direttiva europea relativa i pensionati residenti all'estero cambia la prospettiva precedente in cui la persona era totalmente a carico del nuovo paese di residenza. Ora, il paziente è a carico della nazione dove ha stabilito la residenza, solo per le prestazioni sanitarie usufruite in quella nazione, mentre per le prestazioni sanitarie usufruite al di fuori di quella nazione, il carico economico dev'essere attribuito alla nazione dove il cittadino ha pagato i suoi contributi e ha maturato il suo diritto all'assistenza.

Altra direttiva è quella in materia di mobilità transfrontaliera considerata altamente innovativa e improntata agli spostamenti non soltanto dei pazienti, ma anche degli operatori. Come conseguenza del suo recepimento da parte degli Stati membri, si ipotizzano importanti ricadute in alcuni settori d'intervento sanitario ed in alcune aree geografiche. Se cominciamo dall'esame delle grandi distanze la prima mobilità di cui dobbiamo occuparci è quella internazionale. Come abbiamo visto, numericamente parlando si tratta di un fenomeno ad oggi piuttosto limitato (in confronto ad altri fenomeni di mobilità sanitaria), caratterizzato da almeno quattro elementi:

- A. vi è una mobilità internazionale per motivi di cura (cittadini italiani che vanno all'estero esplicitamente per eseguire un intervento chirurgico, per seguire un percorso terapeutico, o per altre esigenze sanitarie che non trovano adeguata soddisfazione nel nostro paese - o perché la cura non è erogata o perché è erogata con una tempistica che non è compatibile con la malattia di cui un cittadino soffre). Si tratta di un percorso definito dalla legge, che passa generalmente attraverso un atto autorizzativo esplicito (da parte della ASL di appartenenza del paziente), che vede interessati alcuni luoghi privilegiati (centri di riferimento) ed alcune selezionate patologie (trapianti, tumori, interventi ortopedici, ...), e che in taluni casi rappresenta un vero e proprio viaggio della speranza il cui esito è talvolta discutibile già a priori;
  - B. vi è poi la classica mobilità occasionale determinata dalla insorgenza di esigenze sanitarie mentre si è all'estero per i più disparati motivi (lavoro, studio, vacanza, ...): riguarda prevalentemente eventi sanitari imprevisti o fortuiti (anche se talvolta nasconde una mobilità per motivi di cura), ed ha regole diverse a seconda che avvenga entro lo spazio europeo (dove esiste una compensazione economica delle prestazioni tra stati) o al di fuori di esso (nel qual caso non esiste compensazione
- 
-

ed il cittadino deve provvedere con altri strumenti: assicurazioni, pagamenti in proprio, ...);

- C. vi è una mobilità internazionale legata a tre specifiche situazioni che riguardano il nostro paese: è il caso dello stato del Vaticano (ed in particolare della attività dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma), dello stato di San Marino, e del comune di Campione d'Italia (che si trova in territorio svizzero);
- D. vi è infine la mobilità degli operatori sanitari, ad oggi praticamente assente salvo per qualche regione di confine. Questo quadro di mobilità sanitaria internazionale è destinato ad essere radicalmente modificato dalla nuova direttiva europea appena approvata sulla mobilità transfrontaliera, largamente innovativa ed improntata a favorire la mobilità sia dei pazienti che degli operatori: si ipotizzano ricadute particolarmente rilevanti in alcuni settori (le cure odontoiatriche, ad esempio) o per alcune aree geografiche (est europeo). I dati sulla mobilità internazionale riguardano in maggioranza italiani che si recano all'estero per motivi di cura, seguiti da stranieri in Italia e da segnalazioni che attengono a italiani domiciliati o residenti all'estero per altri motivi.

Tra i motivi che inducono ad intraprendere questi "viaggi della speranza" troviamo la necessità di sottoporsi a specifiche terapie, seguite da interventi chirurgici e malattie rare.

## **La mobilità interregionale**

Si parla di mobilità interregionale quando all'interno del Paese di appartenenza, la persona si cura presso presidi di una regione diversa da quella di residenza.

Occorre in questo frangente chiarire alcuni punti: innanzitutto, la mobilità interregionale può essere di lunga distanza e si manifesta nel caso di due fattori: per affrontare cure importanti o perché ci si attende un esito significativamente diverso, migliore. Altre volte, invece, la lunga distanza ha a che fare con una mobilità di tipo stagionale/vacanziera, in cui la necessità di

---

---

---

ricorrere alle cure è del tutto occasionale e non costituisce il motivo dello spostamento.

È considerata mobilità interregionale anche quella di prossimità che avviene tra regioni confinanti.

Le quote di mobilità attiva e passiva di confine sono molto rilevanti e danno conto della diversa capacità di attrazione e di fuga che le singole regioni manifestano nei confronti dei territori confinanti. Questa mobilità di confine non è solo rilevante in termini di volumi complessivi di attività, ma si caratterizza perché interessa attività sanitarie minori come ricoveri di lieve complessità e peso assistenziale, prestazioni specialistiche e prescrizioni farmaceutiche che di per sé non troverebbero giustificazione in una mobilità di lunga distanza. La mobilità di confine è talmente peculiare da territorio a territorio che diventa spesso oggetto di accordi bilaterali tra Regioni per un uso efficiente delle risorse.

Un fattore che incide sulla mobilità interregionale è la mancanza di uniformità nei livelli essenziali di assistenza (LEA). In teoria, dovrebbero essere garantiti in egual maniera su tutto il territorio nazionale, ma di fatto si osservano differenze rilevanti tra le regioni italiane. Al di là della qualità, gli elementi differenti sono proprio le prestazioni erogate in termini di medicina territoriale, regole di compartecipazione ed esenzione, attività domiciliari, etc..

Infine, bisogna considerare quei casi in cui lo spostamento dei pazienti non è reale, ma soltanto apparente. Si tratta di quelle prestazioni erogate a cittadini che dimorano nel territorio dove ricevono il servizio, ma che risultano residenti altrove. Poiché la compensazione economica delle prestazioni tra le regioni avviene sulla base della regione di residenza, ecco che risultano oggetto di mobilità tutte le attività sanitarie consumate da cittadini domiciliati in una regione ma residenti in un'altra. È un problema di regole e procedure in quanto sia i meccanismi amministrativi, che oggi rilevano le attività sanitarie, sia quelli che remunerano i sistemi sanitari regionali sono fondati sul concetto di residenza e non di assistenza, ed è un problema di informazioni, anche perché i sistemi informativi di diverse regioni non sono in grado di catturare la differenza tra cittadini residenti e domiciliati. La conseguenza è che le attività sanitarie che li riguardano vengono inevitabilmente assegnate all'area della mobilità interregionale, anche se in realtà i cittadini non si spostano. L'analisi della mobilità fra regioni, oltre ad essere uno strumento di programmazione, aiuta a comprendere la propensione manifestata dai cittadini di avvalersi del principio di libera scelta offerto dal SSN. Lo stato della mobilità interregionale

---

---

nel 2009 attraverso gli indici sintetici di attrazione e di fuga riportando anche il saldo netto regionale del numero di pazienti acuti entrati ed usciti dall'insieme delle strutture del rispettivo territorio. Dai dati sottoposti all'attenzione, appare evidente la tendenza che porta i pazienti a spostarsi dal Sud al Nord del Paese. Infatti, le Regioni maggiormente attrattive sono la Lombardia, l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto ed il Lazio, a fronte di Calabria, Sicilia, Campania, Sardegna, Valle d'Aosta e Puglia che vedono un alto tasso di fuga.

La principale motivazione di spostamento riguarda la volontà di sottoporsi ad intervento chirurgico, seguono poi visite specialistiche, terapie e altre motivazioni che vengono riportate in tabella.

I dati raccolti comunicano chiaramente la forte tendenza dello spostamento verso il nord, come mostra il grafico il 56,8% degli trasferimenti riguarda coloro che si sono diretti al Nord per motivi di cura (a fronte del 2,7% di cittadini che, diretti al Nord per altri motivi, quali lavoro, studio, vacanza, etc., hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Nord);

il 27% riguarda coloro che si sono diretti al Centro per motivi di cura (a fronte del 4,5% di cittadini che, diretti al Centro per altri motivi hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Centro); il 3,6% riguarda coloro che si sono diretti al Sud per motivi di cura (a fronte del 4,5% di cittadini che, diretti al Sud per altri motivi hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Sud).

Di fatto, nessuno sceglie di andarsi a curare in Sicilia e Sardegna e nessuno dal Nord sceglie di andarsi a curare al Sud.

## **La mobilità intraregionale**

Questa mobilità riguarda spostamenti dei pazienti che avvengono entro le dimensioni della regione di residenza. Il livello di mobilità varia a seconda della dimensione territoriale della regione e quindi della densità di popolazione.

Ad ogni modo, anche in questo caso si rilevano tre differenti comportamenti di

---

mobilità dei pazienti: quando ci si rivolge per motivi rilevanti ad una Asl lontana da quella di appartenenza; quando la Asl a cui ci si sottopone è quella confinante con la propria; quando la mobilità tra comuni della stessa Asl e, in alcune regioni che ospitano grandi città, vi è una mobilità entro le città.

Nel caso della mobilità entro regione, non sono di minore rilievo gli elementi della compensazione economica tra aree, ma emergono come esplicite tematiche importanti quali la programmazione della rete di offerta e l'accessibilità dei servizi. Meno rilevanti sono invece gli aspetti legati alla qualità generale della cura o dell'esito della stessa, fattori che sono più visti in termini di accessibilità e disponibilità di servizi che non di mobilità in senso stretto, a meno che non si vada alla ricerca di prestazioni che non sono diffuse in tutto il territorio o ci si trovi in un contesto di iper-specializzazione o di cura di malattie piuttosto rare.

Coloro che si spostano all'interno della propria regione di residenza lo fanno, in un caso su quattro, per sottoporsi ad un intervento chirurgico. Il 15%, invece, si sposta per sottoporsi ad una specifica terapia, l'11,8% per visite specialistiche, il 10,8% per sottoporsi ad esami diagnostici strumentali.

---

# LE CASE ACCOGLIENZA

---

---

La maggior parte delle persone che alloggiano in Case Accoglienza a Milano provengono dall'Italia, proprio per il fenomeno della "mobilità sanitaria" che porta le persone a spostarsi, per curarsi, verso i centri sanitari di eccellenza più rinomati. La fascia di età è varia, a partire dai bambini, fino ad arrivare a persone - la maggior parte - con un'età adulta/pre-anziana (fino ai 65 anni). Solo una parte di queste persone vengono accolte nelle Case Accoglienza (23,8%), gli altri trovano la loro sistemazione alloggiativa presso hotel e residence (47,5%) o da parenti e amici (27,3%).

Emergono, dalla ricerca, due problematiche significative: la difficoltà di rapporto con la grande città e le difficoltà economiche di trovarsi lontani da casa, con l'esigenza di soddisfare i bisogni primari di vitto e alloggio (per la persona malata e/o i familiari), oltre, ovviamente, alle problematiche sanitarie con le relative conseguenze (anche sul piano psicologico).

---

---

---

---

Non sempre le strutture risultano adeguate per ospitare persone "in terapia": dai risultati emersi solo il 40,7% risponde che sono molto adeguate (di cui il 7% ritiene che lo sono in modo ottimale) , il 32,6% dice che sono parzialmente adeguate, ma per un 26,7% le strutture non risultano adeguate. Questo mette in evidenza la particolare attenzione alla persona malata (con le sue particolari esigenze legate alla malattia e alle terapie) e, di conseguenza, l'attenzione che le Case Accoglienza devono prestare alle esigenze degli ospiti, anche in relazione alla qualità ambientale e agli aspetti tecnico/progettuali. Bisognerà predisporre spazi-arredi-servizi fruibili da persone in terapia con difficoltà psico-fisico-sensoriale-comportamentale e non solo da persone considerate "abili". Da considerare, inoltre, anche la presenza di accompagnatori che possono essere coniugi, parenti o amici anziani o con problematiche di vario tipo;

La ricerca sulle strutture esistenti mette in evidenza tipologie diverse, dettate più da caratteristiche contingenti, che da scelte progettuali precise. Per questo è utile e significativo un lavoro di sintesi che a partire dall'analisi delle diverse tipologie cerchi di individuare i tratti salienti e le caratteristiche spazio/funzionali che possono essere utili per progettare e realizzare una "Casa Accoglienza".

Per prima cosa, però, ci troviamo davanti ad un problema di terminologia e di definizione della tipologia. Cosa si intende - in termini progettuali/strutturali - per "Casa Accoglienza"?

Analizzando il problema della "mobilità sanitaria" è intuitivo riconoscere nella definizione di "Casa Accoglienza" quel tipo di struttura edilizia in grado di offrire una soluzione alloggiativa, ovvero di residenzialità temporanea, per i pazienti e/o per i loro familiari.

Usiamo questo termine - soluzione alloggiativa - recuperando una definizione entrata in uso di recente (si parla infatti di "idoneità alloggiativa" per gli stranieri che chiedono il permesso di soggiorno). Se il termine "abitare" (frequentativo del latino "*habere*" con il significato di avere consuetudine nel tempo di un luogo) indica una dimensione di radicamento in un luogo (casa e città), al contrario la ricerca di un "alloggio" richiama in modo più esplicito l'esigenza di un'ospitalità temporanea, legata ad un periodo (breve o lungo) della vita, ma non connessa con la volontà di trasferirsi e radicarsi in un contesto. Allo stesso tempo la "soluzione alloggiativa" si discosta dall'offerta ricettiva - propria delle strutture alberghiere - che offre soprattutto una sosta breve al visitatore di passaggio nella città.

---

---



---

---

In termini più generali, però, la definizione di “Casa Accoglienza” viene utilizzata anche in altri contesti dove, per ragioni diverse, si rende necessario offrire per un periodo transitorio (più o meno lungo) un alloggio a persone che, anche per ragioni diverse, esprimono un bisogno di “residenzialità”. Si pensi ad esempio alle “Case Accoglienza” per minori, per persone con disabilità, per ragazze madri, per stranieri, ecc.

In tutti questi casi possiamo ritrovare nell'uso del termine “Casa Accoglienza” due dimensioni basilari che caratterizzano questo tipo di struttura: offrire una “accoglienza” a chi presenta un bisogno e, al tempo stesso, offrire una “casa”, ovvero uno spazio per vivere che, oltre a soddisfare le esigenze primarie dell'alloggio (riposo, cura della persona, preparazione e consumo dei pasti), possa essere vissuto come spazio dell'abitare, luogo in cui la persona riesca a trovare comfort, riparo e sicurezza.

Nella gamma delle soluzioni esistenti possiamo trovare due “estremi” che, in qualche modo, includono tutte le possibili tipologie. Da un lato gli **alloggi individuali**, piccole abitazioni che vengono date in uso per un periodo determinato e in cui le persone possono ricreare il loro spazio domestico. Dall'altro le **strutture ricettive**, analoghe a quelle alberghiere, anche se finalizzate ad un'accoglienza specifica come quella della “mobilità sanitaria”, in grado di offrire unità abitative e servizi ad esse connessi.

Il primo caso, dopotutto, è facilmente riconducibile - per la definizione delle caratteristiche spazio/funzionali - alle comuni tipologie degli alloggi residenziali. Spesso presentano dimensioni contenute - monocalci o bilocali - perché sono chiamati a rispondere ad una residenzialità temporanea e ad un nucleo familiare contenuto (il paziente e alcuni familiari<sup>4</sup>), ma al di là di questo presentano le caratteristiche tipiche dell'alloggio: camera da letto, bagno e spazio soggiorno/cucina. Il tutto caratterizzato da un uso autonomo e indipendente da parte degli ospiti che occupano questo tipo di struttura.

Nel secondo caso, all'estremo opposto, troviamo strutture organizzate di tipo ricettivo, in cui l'ospite dispone di uno spazio privato per la camera e il bagno (funzioni del riposo e della cura della persona), mentre utilizzano i servizi comuni per le altre funzioni (consumazione dei pasti, servizi di lavanderia, spazi per il relax, ecc.). Pur non essendo presenti in Italia molte strutture alberghiere specificamente dedicate alla ricettività della mobilità sanitaria - cosa che invece avviene di più all'estero - queste soluzioni presentano

---

4 Solitamente un familiare che accompagna il paziente o, in alcuni casi due familiari, come nel caso dei genitori che accompagnano un bambino malato.

---

---

---

---

interessanti possibilità di sviluppo che possono coniugare la risposta ad un bisogno alloggiativo - che non trova ancora adeguata risposta - con l'offerta di una ricettività dedicata in grado di generare un'attività economica positiva.

Nel mezzo, invece, troviamo diverse tipologie di "Case Accoglienza" che possiamo ricondurre, per quanto in modo non facilmente definibile, alle "residenze collettive", ovvero a quelle tipologie residenziali in cui persone (o nuclei familiari) differenti, condividono la dimensione dell'abitare con una compresenza di spazi e funzioni in parte ad uso individuale e in parte condivisi in modo collettivo. Queste tipologie, a nostro avviso, sono di particolare interesse perché permettono di mettere meglio in evidenza le specificità delle "Case Accoglienza" per la mobilità sanitaria. Le tipologie edilizie consolidate più vicine alla definizione di "residenza collettiva" ci riportano a soluzioni progettuali di diverso tipo: conventi, seminari, caserme, ricoveri, ostelli, case di riposo, co-housing, ecc. In queste differenti tipologie possiamo trovare come comune denominatore il fatto di risiedere assieme ad altri, in modo condiviso, ma al tempo stesso sono molto distanti dalle esperienze di Case Accoglienza per la mobilità sanitaria.

E' chiaro quindi, anche per la recente presa di coscienza del fenomeno della mobilità sanitaria, che le "Case Accoglienza" - per come le intendiamo in questa analisi - rappresentano un caso a parte, andando a definire una forma di "residenza collettiva" decisamente differente da quelle indicate.

Cerchiamo quindi di individuare quelle che possono essere le specificità di queste strutture.

Caratteristiche di base: le "Case Accoglienza" offrono agli ospiti un "alloggio" (una soluzione alloggiativa temporanea), ovvero una camera da letto per dormire e un bagno (che può essere ad uso esclusivo o in comune ad altri), oltre a questo solitamente viene messa a disposizione una cucina comune e spazi di soggiorno per la consumazione dei pasti e per i momenti di relax. Sono queste, dopotutto, le funzioni basilari di ogni residenza collettiva, sulle quali, invece, si innestano le specificità proprie di queste strutture.

**La finalità:** la destinazione della Casa Accoglienza ad accogliere persone malate (o i relativi familiari) è tutt'altro che secondaria. Quella che a prima vista potrebbe sembrare una caratteristica che differenzia solo marginalmente queste strutture ricettive rispetto ad altre (come ad esempio quelle legate a soggiorni per turismo, lavoro, convegni, ecc.) risulta essere, invece, di primaria importanza. Questo aspetto si collega, infatti ad altri due aspetti

---

---

---

---

importanti: il periodo di permanenza, il rapporto tra gli ospiti e le relazioni di volontariato.

**Il periodo di permanenza.** A differenza di altri contesti, infatti, il periodo di permanenza non può essere sempre definito a priori, sia per l'inizio del periodo di soggiorno, né per la sua durata. Basti pensare agli ospiti che vengono accolti dopo un intervento per un trapianto: in questi casi la data dell'intervento viene fissata con pochissimo anticipo, il trasferimento dall'ospedale alla Casa Accoglienza dipende dalle condizioni della persona dopo l'operazione, così come il periodo di permanenza può variare in funzione dell'esito più o meno complicato del decorso post-operatorio. E questa è solo un'esemplificazione di una possibile situazione di accoglienza. Le esigenze, però possono essere anche molto diverse tra loro: dalla semplice accoglienza di un familiare che accompagna la persona ricoverata in ospedale, a chi ha bisogno di soggiorni periodici per cure in day-hospital che si ripetono nel tempo a scadenze fisse. Per questo la Casa Accoglienza o, come accade più spesso, la rete delle Case Accoglienza deve essere in grado di rispondere ad esigenze diversificate, con la capacità di comprendere le diverse situazioni, cercando di soddisfare, per quanto possibile, le richieste. Questo richiede capacità e flessibilità nella gestione delle "prenotazioni", condizioni che possono essere favorite dalla articolazione e flessibilità delle strutture.

**Rapporto di Solidarietà tra Ospiti.** Un secondo aspetto importante che caratterizza le Case Accoglienza è il particolare rapporto di solidarietà che si instaura tra gli ospiti, proprio in virtù del fatto che si è consapevoli - per la finalità della struttura - di condividere esperienze simili, fatte di fatica, stanchezza, preoccupazione. Non è necessario raccontare o conoscere le vicende per cui si abita nella Casa Accoglienza: il semplice fatto di essere ospitati "certifica" una condizione particolare che è stata accolta e che mette gli ospiti sullo stesso piano, in quanto persone che condividono un'esperienza che, pur se differente, li porta a condividere assieme un periodo della loro vita. Questa consapevolezza, non necessariamente esternata o espressa in modo razionale, è alla base delle relazioni di condivisione che necessariamente si instaurano nel momento in cui si abita una casa in comune, condividendo spazi e attrezzature. La presenza dei volontari - organizzati in modi diversi e con diverse funzioni a seconda della struttura - trova in questa condizione, ovvero nell'uguaglianza di persone che condividono un'esperienza comune, il presupposto per una relazione interpersonale positiva e costruttiva.

---

---

**Gli ospiti.** La “mobilità sanitaria” è legata indubbiamente alle esigenze di cura di una persona - paziente, malato - che ha necessità di effettuare delle cure in una struttura sanitaria lontana dalla sua residenza. Ma difficilmente, in questi casi, la persona viaggia da sola, spesso di fa accompagnare, da un familiare o da una persona amica. In altri casi, quando ad esempio l'esigenza di cura è quella di un bambino, può essere che siano presenti entrambi i genitori. Quindi, a fronte di una persona che viaggia per cure, si deve dare risposta almeno a due persone che hanno bisogno di alloggio.

## **Esempi di Case Accoglienza**

Come risulta dalla ricerca “A casa lontani da casa” le strutture che in Lombardia, e in particolare nell'area milanese, sono sorte per questa finalità sono numerose. Nate da realtà differenti, per lo più afferenti al mondo del volontariato sociale. Un'analisi dettagliata delle caratteristiche tecnico/strutturali di tutte le strutture andrebbe certamente oltre l'ambito di questo lavoro. A partire dalle diverse strutture visitate ci sembra opportuno riportare - per brevità - la descrizione di due strutture che risultano essere significative e, in parte, rappresentative del modello di Casa Accoglienza.

---

---

## **CASA PROMETEO**

Luogo: Milano, Piazzale Gorini  
Promotore: Associazione Prometeo

Questa Casa Accoglienza nasce dalla ristrutturazione di un appartamento di dimensioni medio/grandi (un quadrilocale) che è stato adattato in modo da poter mettere a disposizione tre camere con bagno individuale.

Le modifiche non hanno alterato in modo significativo la tipologia dell'appartamento: la porta di ingresso da accesso ad un corridoio che disimpegna i diversi locali della casa. Subito sulla sinistra si può accedere ad un ampio locale che ospita lo spazio soggiorno con cucina a vista. Proseguendo si trovano li accessi alle tre camere - camere a due letti - dotate, ciascuna di un bagno con accesso diretto dalla camera.

La struttura - che ospita un massimo di tre coppie (familiare solo o malato con il familiare) è particolarmente significativa per la vicinanza, poche decine di metri, dall'Istituto Nazionale dei Tumori. Le limitate dimensioni della struttura e la vicinanza all'Ospedale (e alla segreteria di Prometeo) rendono la struttura autonoma, gli ospiti si autogestiscono - a parte i servizi di manutenzione e di pulizia delle parti comuni - e condividono la cucina (con una suddivisione dello spazio frigorifero e delle dispense) e lo spazio giorno. La presenza di volontari garantisce comunque una qualità delle relazione e del funzionamento della struttura.

---

---

**CASA PROMETEO - PIAZZALE GORINI**



PIANO RIALZATO

**LEGENDA**

- CAMERE
- BAGNI
- CUCINA
- ZONA GIORNO
- DISTRIBUZIONE
- SPAZI ESTERNI

## **CASA AMICA**

Luogo: Milano, Via Achilleo

Promotore: Associazione Casa Amica

La struttura, di dimensioni più ampie (si tratta due Case Accoglienza di 12 camere ciascuna) nasce dall'intervento di recupero di alcune volumetrie accessorie poste in adiacenza ad un edificio di culto (chiesa). Questi spazi - simmetrici, posti ai fianchi della chiesa - sono stati oggetto di un intervento di ristrutturazione mirato che ha portato alla realizzazione di due Case Accoglienza una per persone adulti e l'altra espressamente dedicata ai bambini.

La struttura, con un'impostazione che più si avvicina alle tipologie ricettive, si presenta con un ampio spazio soggiorno, posto in vicinanza all'ingresso, utilizzato anche come zona pranzo (è in fatti posto a diretto contatto con un'ampia cucina, di tipo domestico, ma utilizzabile da più persone contemporaneamente).

Da questo spazio un lungo corridoio distribuisce verso le camere: 8 al piano della struttura (tutte dotate di bagno indipendente) e 4 al piano sottotetto ad un livello superiore. L'accessibilità alla struttura è garantita da un ascensore che collega i diversi livelli.

---

---

**CASA AMICA - VIA ACHILLEO**





# Strutture Analoghe

---

---

A partire da queste considerazioni sulle caratteristiche peculiari delle "Case Accoglienza", prima di analizzare nel dettaglio le caratteristiche spazio/funzionali di questa tipologia di residenza collettiva, ci sembra opportuno analizzare anche alcune esperienze di strutture analoghe che - pur nell'ambito della "residenze collettive" - sono destinate a finalità diverse.

## **CASA ALLA FONTANA**

Luogo: Piazza S. Maria alla Fontana, Milano  
Promotore: Fondazione I Care (assieme a Coop. La Cordata,  
Fondaz. Idea Vita)  
Anno di realizzazione: 2005  
Progetto: HBgroup - Arch. G. Del Zanna

Obiettivo di questo progetto è la realizzazione di una "Residenza Integrata al Territorio" (RIT). Ovvero di una struttura residenziale, anche per persone con disabilità, ma in non modo esclusivo, che offra una possibilità di abitare in un contesto di maggiore qualità delle relazioni (condominio solidale). L'immobile

---

---

---

---

individuato per l'intervento è costituito dalla "casa parrocchiale", edificio di origine ottocentesca, costruito in adiacenza alla chiesa e adibito a residenza. La particolarità dell'edificio storico e la sua dimensione, ha portato alla realizzazione di due alloggi (un bilocale e un trilocale) per famiglie, a cui si aggiunge un pensionato per studenti (da otto posti letto) e cinque unità (camera e bagno) per persone con disabilità. La particolarità è data dalle parti comuni (l'ingresso, la grande cucina a piano terra, gli spazi soggiorno e la terrazza) che diventano spazio di incontro, facendo in modo che gli spazi privati - in cui alla persona è assicurata la privacy e lo spazio individuale dell'interiorità - non portino ad una chiusura, ma all'incontro e alla relazione. Nessuno legame predefinito vincola i rapporti tra i soggetti (famiglie, studenti e persone con disabilità), ma la particolarità della Residenza Integrata crea le condizioni per relazioni di "buon vicinato" che possono nascere in modo spontaneo e non preordinato.

Finiture semplici, dai toni caldi e accoglienti, ripropongono le qualità di un ambiente domestico, anche in quegli ambiti - come ad esempio i bagni per le persone con disabilità - in cui sono state realizzate soluzioni specifiche per determinate funzionalità.

Gli spazi sono organizzati in modo semplice e comune: gli appartamenti per famiglie prevedono alloggi con camera e bagno, oltre a cucina e soggiorno. Gli studenti hanno a disposizione camere a due letti con bagno, oltre ad uno spazio comune con cucina. Per le persone con disabilità viene messa a disposizione una camera di ampie dimensioni, con bagno accessibile. Le diverse unità abitative, però, non sono separate tra loro: l'accesso è unico, così come i percorsi di distribuzione, mentre, chiaramente, sono riservati gli spazi privati. L'accessibilità (oltre ai bagni specifici) è ottenuta, per la mobilità, con l'inserimento di una pedana elevatrice per l'accesso esterno e con un elevatore a cabina per l'interno, in grado di collegare direttamente tutti e tre i livelli della struttura.

---

---

**CASA ALLA FONTANA - RESIDENZA INTEGRATA**

**LEGENDA**

- CAMERE
- BAGNI
- CUCINA
- ZONA GIORNO
- DISIMPEGNI



---

---

## CO-HOUSING PER ANZIANI

Luogo: Via Mario Bianco, Milano  
Promotore: Ass. Comunità di S. Egidio  
Anno di realizzazione: 2011  
Progetto: studio\_gdz - Arch. G. Del Zanna

All'interno di un ampio appartamento (6 locali, oltre a servizi) sequestrato alla criminalità organizzato e concesso in comodato da parte del Comune di Milano all'associazione, nasce un progetto di co-housing fra anziani. Una struttura residenziale ad uso collettivo, non una casa di riposo, né una RSA (residenza sanitaria assistenziale), ma una comune casa da condividere. Il progetto nasce dall'idea che anziani soli, con una buona autonomia, possano riuscire a condividere le loro risorse (pensione) per coprire le spese di vitto/alloggio e per un minimo di assistenza. In questo modo persone che non hanno bisogno di un'assistenza sanitaria particolare, possono continuare a vivere in una casa, senza dover andare in un istituto per anziani.

La struttura offre l'assistenza di una badante (una sola a disposizione delle quattro persone che possono essere ospitate) e di un servizio di pulizia. Determinante, in questo contesto, la presenza del volontariato dell'associazione che oltre ad animare alcuni momenti e a garantire una presenza per le emergenze (nei momenti di riposo della badante), cura la gestione della casa e si occupa di garantire servizi aggiuntivi (preparazione dei pasti, piccola manutenzione, gestione di pratiche, ecc.).

A livello impiantistico è stato implementato, in forma sperimentale, un impianto domotico in grado di fornire funzioni aggiuntive: flessibilità nella configurazione di accensione delle luci (ad esempio in base all'uso della stanza da parte di una o due persone), gestione di diffusori di fragranze per i bagni, regolazione delle luci, funzioni di chiamate, allarmi tecnici e altro.

Gli spazi - dopotutto abbastanza limitati - sono organizzati con camere a due letti, suddivise, all'interno con elementi di arredo in grado di definire uno spazio di privacy per la persone. Gli spazi comuni - soggiorno e cucina - sono invece condivisi e diventano luogo di relazione, tra gli ospiti, con i volontari e con le diverse persone che passano per la casa.

---

---

VIA MARIO BIANCO - CO-HOUSIGN PER ANZIANI



PIANO RIALZATO

**LEGENDA**

- CAMERE
- BAGNI
- CUCINA
- ZONA GIORNO
- DISIMPEGNO
- STANZA OPERATORE

## VIA FUSINATO

Luogo: Via Fusinato, Milano  
Promotore: Coop. Etabeta  
Anno di realizzazione: 2011  
Progetto: studio\_gdz - Arch. G. Del Zanna

Il progetto ha previsto la ristrutturazione di un edificio residenziale su tre piani per realizzare una Comunità Alloggio - una CSS Comunità Socio Sanitaria - per persone con disabilità. La struttura assume le caratteristiche della "Casa Accoglienza" in quanto, come definito, prevede l'accoglienza di persone e al tempo stesso offre una residenzialità basata sulla compresenza di spazi privati e spazi comuni. La struttura è pensata per 10 posti, numero minimo, da valutazioni organizzative fatte, per assicurare il pareggio economico della struttura, soprattutto legata ai costi del personale. In base alle richieste della committenza e alle caratteristiche dell'immobile sono state realizzate camere a due posti, ciascuna dotata di un bagno. Per le camere più accessibili il bagno è ad accesso diretto, ma non per tutte. L'accessibilità della struttura è assicurata dall'inserimento di un elevatore e dalla realizzazione di bagni che, di dimensioni poco più ampie, risultano conformi alla norma. Le parti comuni (cucina, zona pranzo e soggiorno) sono collocati al piano terra, in corrispondenza dell'accesso, in modo da essere luogo di relazione. Al tempo stesso, però, gli spazi di collegamento ai due piani delle camere, sono stati realizzati non come corridoio, ma come zone di soggiorno aperte dove, oltre a trovare collocazione l'arrivo della scala e dell'ascensore, lo spazio, più ampio del solo passaggio necessario, diventa spazio relax, una sorta di salottino per ogni piano in cui, al di fuori dello spazio privato della camera, ma al tempo stesso non nello spazio comune a piano terra, si possono svolgere attività di intrattenimento (lettura, computer, televisione). Questa soluzione facilita le relazioni, ma al tempo stesso, offre una soluzione alternativa rispetto ad uno spazio comune unico da condividere con tutti.

---

---

VIA FUSINATO - CSS - COMUNITA' ALLOGGIO



PIANO SECONDO



PIANO PRIMO



PIANO TERRA

LEGENDA

-  CAMERE
-  BAGNI
-  CUCINA
-  ZONA GIORNO
-  DISPENSA/LAVANDERIA
-  STANZA OPERATORE

## **VENEZIAN 8**

Luogo: Via Venezian, Milano  
Promotore: Ass. Prometeo  
Anno di realizzazione: (progetto non realizzato)  
Progetto: studio\_gdz - Arch. G. Del Zanna

Studio di Fattibilità per la trasformazione di un immobile residenziale di sei piani, in una struttura per accogliere malati e relativi familiari in relazione alle richieste di residenzialità della mobilità sanitaria. Il progetto - che ha condotto uno studio di massima sull'organizzazione degli spazi, la definizione delle funzioni e la stima dei costi di ristrutturazione e gestione. Considerata la dimensione della struttura - un interno edificio residenziale - e l'estrema vicinanza con l'Istituto Nazionale di Tumori, sono state pensate funzioni diversificate, anche rispetto al tema della mobilità sanitaria, in grado di poter offrire agli ospiti più soluzioni. Questo progetto - per il momento rimasto sulla carta - può rappresentare l'evoluzione su grandi dimensioni della "Casa Accoglienza" per la mobilità sanitaria. In un contesto simile non solo è possibile differenziare le tipologie di alloggi/camere da mettere a disposizione (dal piccolo monolocale alla camera per una permanenza breve), ma è possibile anche ipotizzare soluzioni strutturali adatte a forme di sanità leggera (cure/assistenza a domicilio). Inoltre è possibile integrare altre funzioni: dallo spazio sosta per il camper, agli spazi per le associazioni fino ad ipotizzare sale di incontro per attività (anche di tipo economico) aperte al territorio.

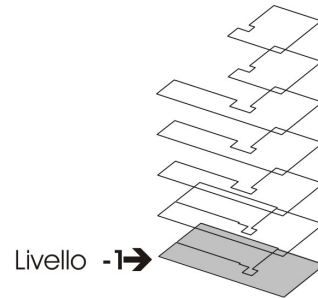
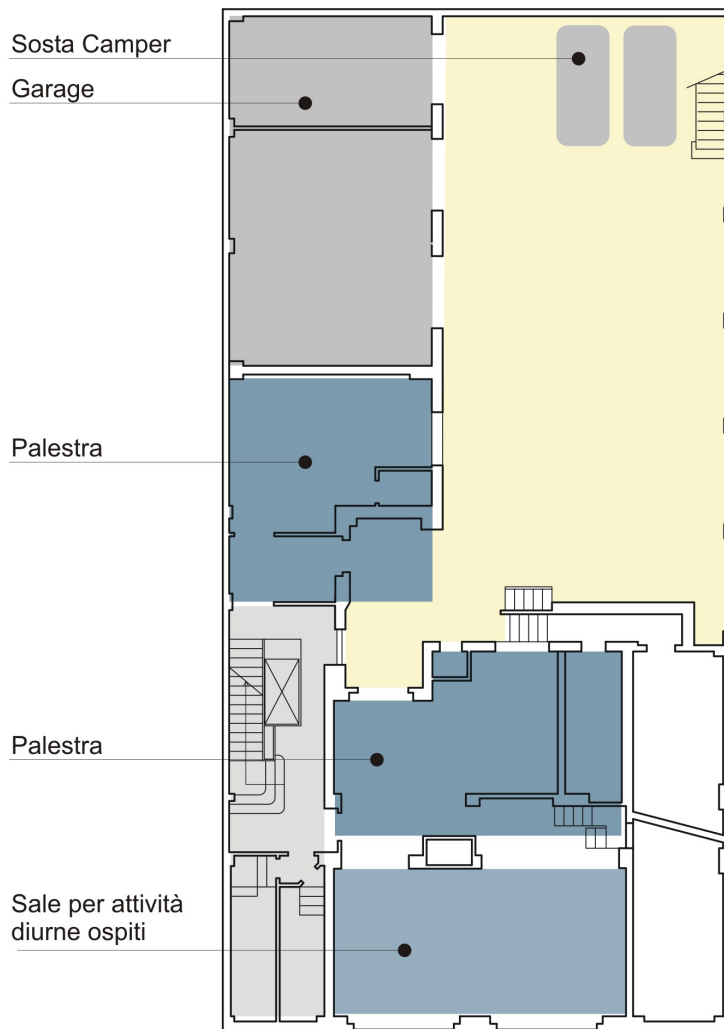
---

---





## PIANO INTERRATO

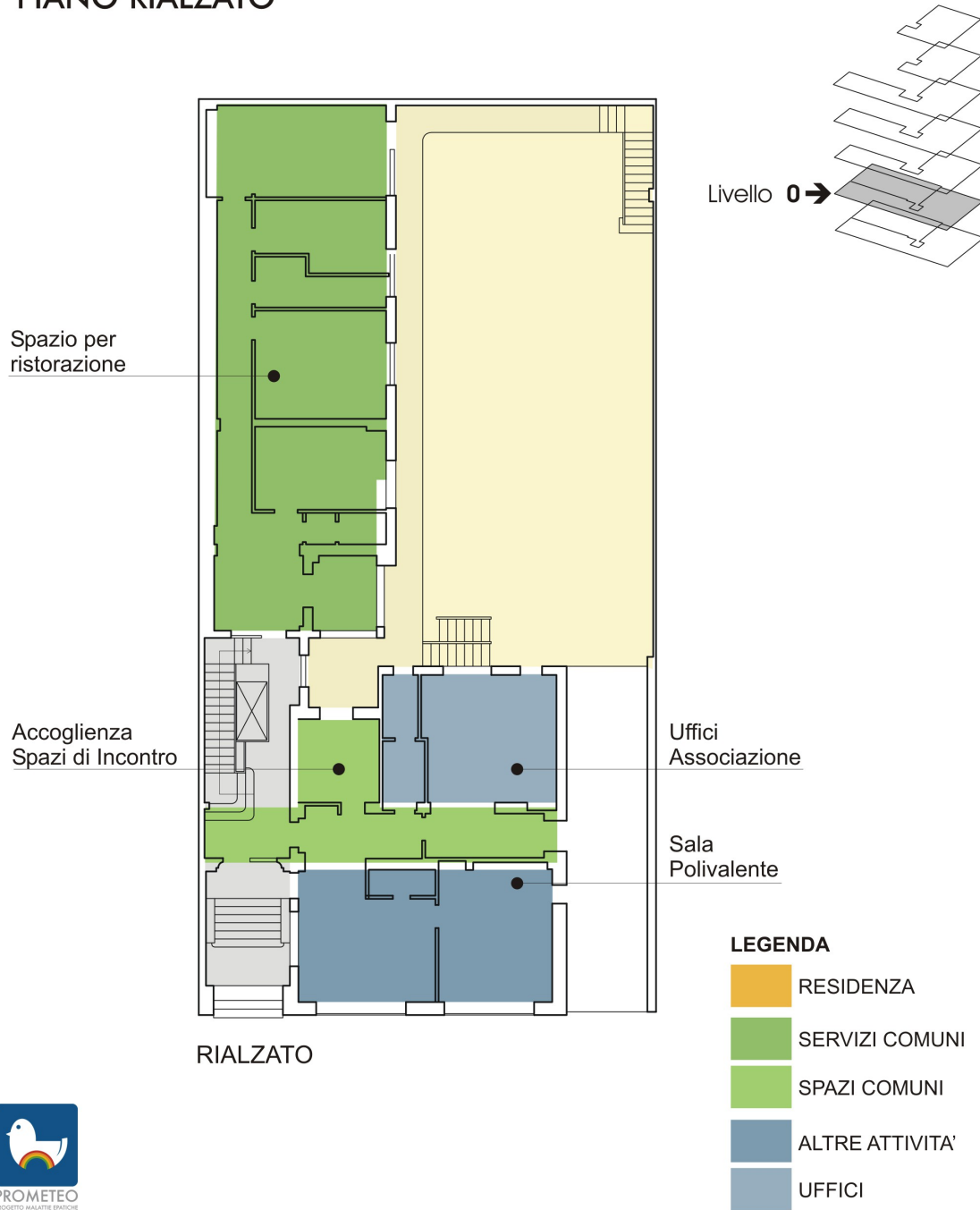


SEMINTERRATO

### LEGENDA

- RESIDENZA
- SERVIZI COMUNI
- SPAZI COMUNI
- ALTRE ATTIVITA'
- UFFICI

## PIANO RIALZATO

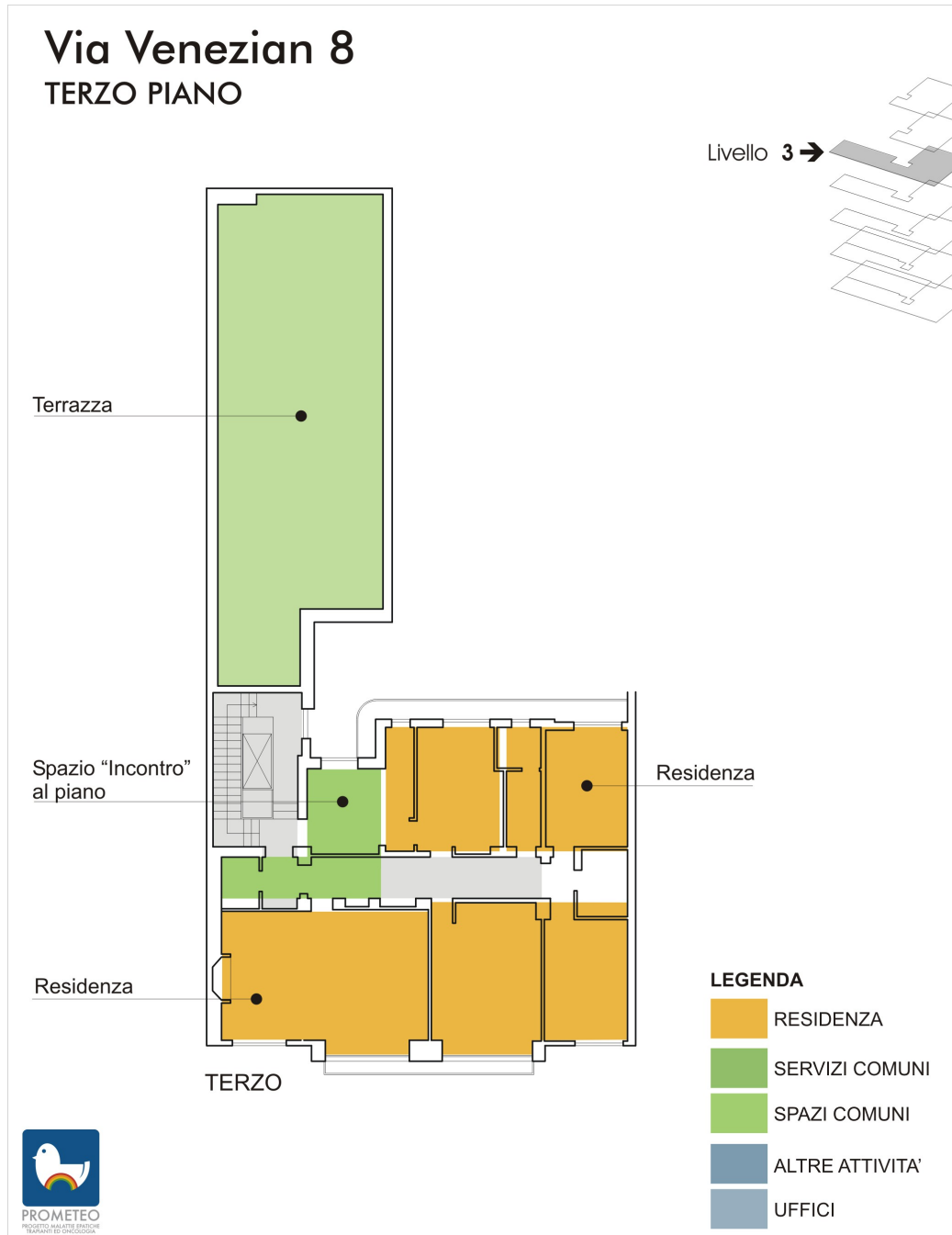


## PRIMO PIANO

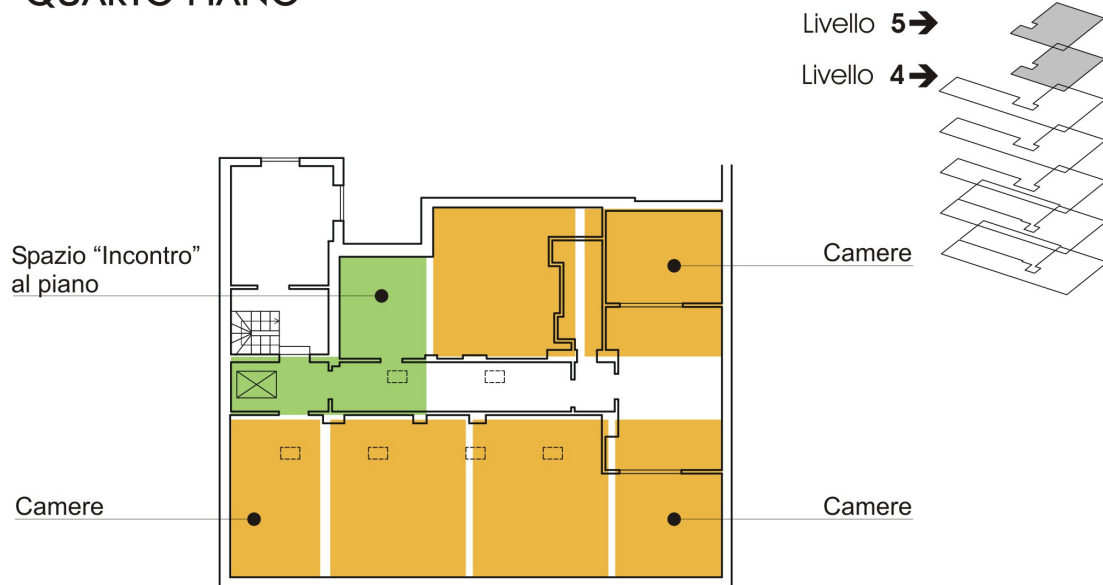


## SECONDO PIANO

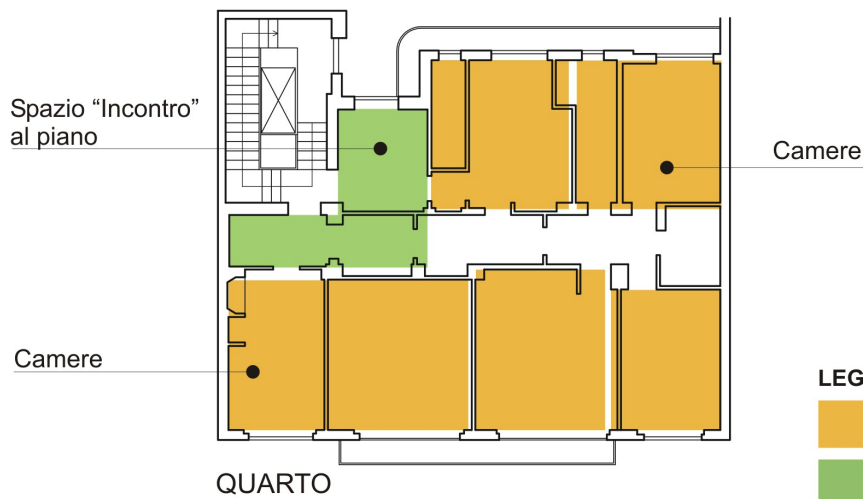




## QUARTO PIANO



## SOTTOTETTO



### LEGENDA

- RESIDENZA
- SERVIZI COMUNI
- SPAZI COMUNI
- ALTRE ATTIVITA'
- UFFICI

---

---

## **PROGETTAZIONE DI UN NUOVO PUNTO OSPITALE E GENERAZIONE DI SERVIZI LEGATI ALLA PERMANENZA TEMPORANEA IN UN LUOGO**

Progetto di tesi - di Roberta Co - Politecnico MI - Scuola del Design - 2012  
Relatore: prof. Francesco Scullica

L'elaborato si pone l'obiettivo di coniugare due tematiche importanti dal punto di vista sociale, economico, ambientale e territoriale: il riutilizzo di strutture appartenenti alla tradizione milanese che stanno subendo gravi danni a causa dell'inutilizzo quali le cascine e il fenomeno, fortemente in crescita della mobilità sanitaria, ossia quel flusso di persone che si trovano nella spiacevole situazione di dover "migrare" da una regione all'altra per motivi legati alla salute.

L'analisi è dunque partita proprio dalla raccolta di dati riguardanti questo flusso di turismo; questo è stato un momento fondamentale della ricerca in quanto è stato proprio qui che si è definito il target di utenza: l'accompagnatore del malato. E' in fatti colui che necessita, in territorio estraneo di ospitalità, di un luogo dove poter alloggiare, rilassare, conoscere di più sulla malattia del proprio caro, un luogo dove si possa sentire a casa anche se non lo è.

La ricerca è dunque proseguita sul tema dell'ospitalità, sulle nuove tendenze e forme legate ad essa per poi spostarsi sul territorio milanese e sull'individuazione di strutture che potessero sposarsi con le riflessioni effettuate. Da qui la scelta delle cascine di Milano, presenti su tutto il territorio cittadino, vicine agli ospedali e soprattutto portatrici di valori sociali e perfettamente in linea con il nuovo progetto del comune stesso: "Le cascine di Milano. Verso e oltre l'expo 2015".

Il concept è dunque stato quello di creare un luogo ospitale, sia in qualità di design che di servizi, per l'utenza delineata ma non solo; andando ad intervenire su un luogo così caro a Milano, ai cittadini e anche ai turisti in generale, l'obiettivo del progetto è quello di creare un luogo ospitale per chiunque.

---

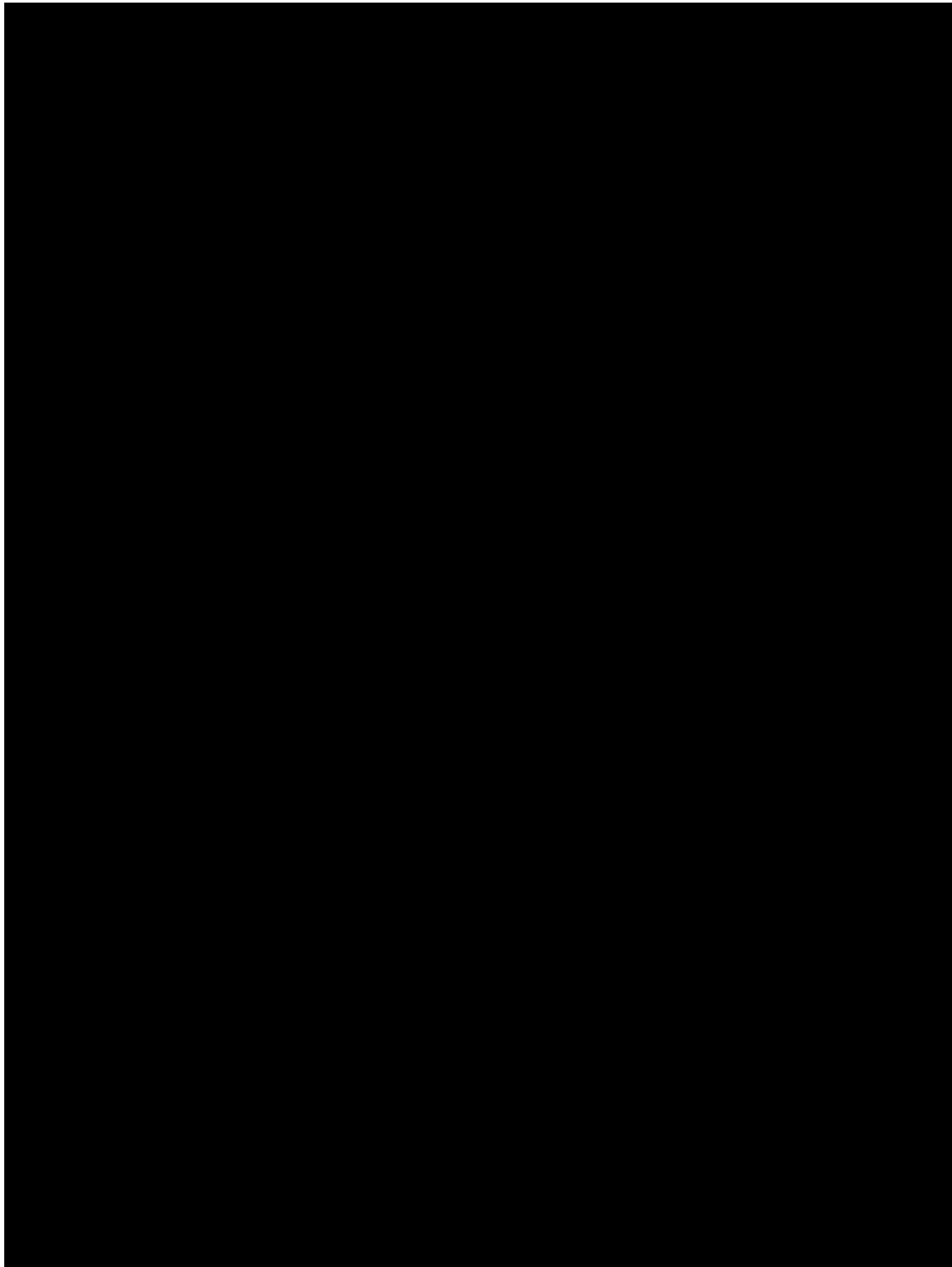
---



Come fare? Suddividendo lo spazio in differenti modi di approccio: dal privato al pubblico. Diversi tipi di fruizione sia in termini concreti che di servizio degli spazi messi a disposizione. Diverse interazioni per diverse tipologie di utenza; un luogo prossemico allargato, un nuovo punto ospitale per Milano. Nessun intervento progettuale violento all'interno del complesso rurale, solo ristrutturazione e messa in luce delle caratteristiche e dei valori architettonici, ma anche etici e sociali della cascina.

---

---



## LA COMMUNITY\_ FARM

Progetto di tesi - di Giorgio Deplan - Politecnico MI - Scuola del Design - 2012  
Relatore: prof. Francesco Scullica

Premessa: l'utenza analizzata, attualmente manifesta notevoli disagi per quanto riguarda la solitudine, la distanza da casa e la difficoltà negli spostamenti, non conoscendo la città (spesso molto più grande e frenetica rispetto alla città di provenienza).

Il modello di ospitalità utilizzato da questa struttura ricettiva è una mediazione tra diversi modelli, nuovi e vecchi, presenti nella società attuale.

Volendo dare un senso di casa e appartenenza ad una sorta di comunità/famiglia si sono ricercati quei modelli di coabitazione (cohousing e housign sociale) per il livello gestionale, mentre per la parte legata alle "atmosfera", ci si è rivolti a quelle strutture alberghiere e extra alberghiere come l'agriturismo, il B&B, l'ostello e l'albergo diffuso.

Dopo l'analisi del preesistente è sorta la necessità di creare un nuovo modello di ospitalità non trovando sul mercato un modello idoneo per essere applicato al caso del progetto, è nata quindi la "Community\_Farm", ovvero una sorta di cohousing alberghiero, dove il cliente è spinto a sentirsi parte di una comunità, sia attraverso le aree comuni, che invoglieranno e aiuteranno la socializzazione, sia attraverso la figura del "gestore sociale" (figura presa dall'housing alberghiero) che sarà il vero motore trainante di tutto il modello, infatti questa figura come attualmente fa nel contesto dell'ahousig sociale spinge i coinquilini a socializzare, diventando amico con essi, inserendosi a pieno nel contesto dove lavora. Allo stesso modo la stessa figura professionale dovrebbe nel nostro progetto essere il collante tra gli utenti, l'organizzatore del quotidiano e delle attività da svolgere in cascina cercando di far partecipare il cliente stesso, affidandogli compiti e piccole responsabilità, così da renderlo parte di qualcosa, qualcosa che ha i principi e valori di "casa".

Molto importante sarà anche il contatto con la natura, infatti il gestore sociale dovrà spingere il cliente ad interessarsi e a interagire con essa, che siano gli spazi verdi, l'orto o gli animali.

---

---

---

---

Per aumentare il concetto della comunità, oltre che alla zona comune, anche la cucina è pensata per essere in condivisione con gli altri utenti. Il gestore sociale dovrà anche in questa casa cercare di amalgamare la comunità, programmando dei pomeriggi culinari in cui ai clienti stessi sia chiesto di aiutare a cucinare.

Il gestore sociale, come già detto, sarà la figura più importante della Community Farm, ma il carico di lavoro per il controllo e gestione di tutta la cascina sarebbe troppo per una sola persona. Quindi, ci saranno tre figure (che in realtà saranno 6, se si contano i turni settimanali) ognuno con un settore ben preciso di competenza all'interno dell'organizzazione dei "reparti" della cascina.

Questi saranno sostanzialmente tre, la reception, la cucina e il verde/animali.

La reception comprende tutto quello che concerne le camere, prenotazioni, richieste speciali, accettazione e check-out dei clienti, pulizia camere e servizio di informazione per la città e per gli ospedali, dovrà comunque cercare di instaurare un rapporto confidenziale con il cliente, così da marcare quel concetto di comunità allargata che è il fattore che contraddistingue la "Community Farm". Il responsabile della cucina dovrà invece preoccuparsi sia di coinvolgere i clienti in attività di gruppo appunto come il cucinare insieme, e inoltre dovrà seguire la cucina legata alla ristorazione più ampia controllando i rifornimenti e le provviste. Il terzo "reparto" è caratterizzato dalle zone verdi e dagli animali, quindi il gestore sociale avrà sia il compito di coinvolgere i clienti in tali attività, sia il compito di controllare e curare gli animali (animali di piccola taglia) e il verde che circonda la cascina.

**SERVIZI OFFERTI** Il progetto, vuole che l'utente trovi, anche se in una città lontana e molto diversa dal suo luogo di origine, un posto caldo e un'atmosfera familiare, per cui punta molto sui servizi offerti e sulle scelte progettuali.

Si sono quindi voluti definire e studiare dei servizi che rinforzassero il contatto tra paziente ed accompagnatore, nelle ore non di visita, e semplicizzassero il rapporto tra ospedale e accompagnatore per informazioni sullo stato di salute del paziente.

Uno dei più grandi limiti che si è incontrato è l'impossibilità di poter delocalizzare un servizio o far compiere una qualche procedura da un soggetto estraneo al nucleo familiare del paziente. Quindi si è dovuto ragionare su tutta una serie di servizi autonomi rispetto all'ospedale,

---

---

---

---

certamente molti di questi saranno più aiuti informativi sulle pratiche da compilare, luoghi a cui rivolgersi, ma anche e soprattutto informazioni sulla città, sia riguardo la mobilità che su luoghi di interesse.

E' stato comunque studiato un servizio, in grado di avvicinare il paziente all'accompagnatore, anche quando essi non possono stare insieme. Si è pensato di affittare degli I-pad, che saranno dati uno al paziente e uno all'accompagnatore, così da dargli la possibilità di comunicare anche negli orari che sono fuori dagli orari di visita. Inoltre, se personalizzati, questi I-pad, potrebbero garantire anche un certo ritorno d'immagine (pubblicità) per la struttura ricettiva. Questo servizio prevede una spesa aggiuntiva.

I servizi all'interno della cascina sono pensati per semplificare la permanenza del cliente, questi vanno dalla possibilità di fare la spesa (attraverso la filiera corta), al dare degli spazi per poter cucinare cibi per se stessi o da portare al malato in ospedale. Altri sono: la presenza di una lavanderia a gettoni con asciugatrice avendo tenuto conto dell'importanza, in molte situazioni, di poter velocemente lavare i capi del malato; la presenza di una libreria caffetteria utilizzabile come luogo di relax, in una atmosfera tra pubblico e privato; la zona di lavoro nel caso si necessiti di un luogo dove poter lavorare anche lontano da casa; la zona comune dove ci si può rilassare in gruppo, passando del tempo insieme agli altri ospiti, magari giocando al gioco delle bocce o guardando un film, o ancora giocando a carte; Data la situazione critica che sta vivendo il nostro utente, si è trovato importante cercare di offrirgli dei servizi tali da riuscire a distrarlo, oltre alle attività di gruppo e alla zona comune.

Per questi servizi o attività aggiuntive si è voluto puntare sul contatto con la natura. Questo sarà gestito in due modi, prima di tutto si effettuerà una riqualificazione dello spazio verde che attualmente circonda la cascina, ma che è in forte stato di abbandono. E in secondo luogo verranno inseriti degli animali di piccola taglia, essi saranno più o meno liberi di girare per la zona verde della cascina.

---

---



# CARATTERISTICHE DELLE CASE ACCOGLIENZA

---

---

Quali sono - o devono essere - le caratteristiche di una Casa Accoglienza per la mobilità sanitaria? Caratteristiche particolari, soluzioni speciali? Tipologie abitative innovative?

E' evidente che la "Casa Accoglienza", per sua natura, è chiamata ad essere il più simile possibile ad una comune casa di abitazione: camera e bagno, cucina e soggiorno dovranno avere caratteristiche adatte a soddisfare i normali requisiti abitativi.

Eppure se poniamo attenzione, anche dal punto di vista tecnico/progettuale, alle modalità di utilizzo di queste strutture e alle esigenze/caratteristiche delle

---

---

persone che le devono utilizzare (siano essi malati o parenti, o entrambi), scopriamo tutta una serie di attenzioni che risultano essere fondamentali non solo dal punto di vista strutturale e organizzativo, ma anche per la qualità dell'ambiente e dell'esperienza alloggiativa.

Non dobbiamo poi dimenticare che, a differenza dell'abitazione, la "Casa Accoglienza" rientra nell'abito progettuale dei "beni comuni" ovvero di quegli spazi/prodotti che vengono pensati (studiati, progettati, realizzati) da un soggetto che è altro rispetto al fruitore del bene: ovvero, mentre la casa - in cui abitiamo - si definisce nel tempo in base alle scelte del suo stesso abitante (anche quando è supportato dalla figura di un progettista), lo spazio e le attrezzature delle Case Accoglienza vengono scelte da alcuni per poi essere offerte all'utilizzo degli ospiti. Per questo la cura e responsabilità delle scelte richiede particolare attenzione.

## **Le Azioni degli Utenti nelle Case Accoglienza**

Per analizzare le caratteristiche spazio/funzionali delle Case Accoglienza utilizziamo una modalità di analisi che mette al centro l'utente. Come in altri lavori di ricerca<sup>1</sup> partiamo anzitutto dal considerare la persona, le sue modalità di approccio alla struttura e le azioni che nella quotidianità svolge all'interno della struttura.

Si cerca di generalizzare, individuare comportamenti tipici, per poi, invece, considerare, e declinare, le azioni in funzione delle diverse caratteristiche, bisogni ed esigenze dei possibili fruitori della struttura.

---

1 F. Scullica, G. Del Zanna, M.R. Fossati, **Human Hotel Design**, Franco Angeli, 2012

---



---

---

## **ESSERE ACCOLTI**

L'accoglienza di una struttura parte da lontano: dal momento dell'informazione e della conoscenza, da parte dell'ospite della struttura. A questo si aggiunge il tema del percorso per raggiungere la struttura e, nel nostro caso, dei percorsi che legano la Casa Accoglienza alla struttura dell'Ospedale in cui la persona viene curata.

Deve quindi essere prestata molta attenzione agli spostamenti, alla possibilità di garantire mezzi pubblici per raggiungere la struttura e per l'ospedale. Inoltre da considerare il collegamento con le zone importanti della città, del centro abitato e dei servizi sul territorio. Per questo rivestono una particolare importanza le informazioni sui collegamenti.

Quando possibile - ovvero in caso di possibilità di scelta della struttura, è importante considerare la localizzazione, sia in funzione dei collegamenti (con stazioni e aeroporti, con le direttrici di accesso alle città in automobile), ma anche - dove possibile - in funzione della presenza di zone/spazi verdi per svago, relax, ma anche da un punto di vista di comfort sensoriale percepito. Infine è da valutare la presenza di punti vendita relativi a merci/servizi che possano essere utili per la persona (accompagnatore o assistito).

In seguito c'è il percorso per di ingresso nell'edificio che determina il primo impatto con la struttura e influisce in modo determinate sulla sensazione di sentirsi accolti. Anche le caratteristiche architettoniche e tipologiche dell'edificio, le sue qualità, finiture e materiali, risultano essere un fattore determinante per la definizione della sensazione di accoglienza che si ha nel primo impatto con la struttura.

L'ingresso all'interno della Casa Accoglienza e dello spazio privato della camera sono, ovviamente momenti fondamentali per l'ospite. Accoglienza che si gioca nei termini di comfort generale, di servizi e della rispondenza della struttura rispetto alle sue aspettative. Fondamentale risulta essere la

---

---

---

---

sensazione di pulizia, ma anche di adeguata manutenzione di tutte le parti architettoniche, impiantistiche e di arredo, oltre, ovviamente, alla qualità di spazi e arredi.

## **RIPOSARE**

Entrare nello spazio della camera comporta per l'ospite la necessità di comprendere lo spazio camera-bagno nel suo insieme, questo ne rende evidente l'accoglienza. E' questo lo spazio in cui la persona "abiterà" per un periodo più o meno lungo. Lo spazio di cui dovrà - come si dice - "prendere possesso", ovvero farlo e sentirlo suo. Spazio del privato e dell'interiorità.

Per favorire questa dimensione risultano determinanti le caratteristiche dell'arredo (colori, decori, materiali, arredi) e il comfort globale (temperatura, illuminazione naturale e/o artificiale, odori, sensazione di buona manutenzione e di pulizia dello spazio). Questo acquista un rilievo maggiore per gli ospiti delle Case Accoglienza che si trovano in situazioni di "stress" (dovuto a situazioni di preoccupazione/ansia).

Lo spazio privato rappresenta uno spazio definito e limitato all'interno del quale l'ospite vive la dimensione privata, nella massima libertà di comportamento: uno spazio contenuto dove gli spostamenti si relazionano in modo stretto con gli spazi e gli arredi. Per questo è importante porre attenzione agli spazi affinché permettano lo svolgimento delle azioni dell'abitare.

L'ingresso - quando è presente uno spazio di disimpegno al di là della porta - è importante per la sua valenza di "primo accesso" allo spazio privato, ma allo stesso tempo il luogo in cui si svolgono molteplici azioni dell'utente/ospite nei momenti di entrata o uscita dalla camera: chiusura/apertura della porta, accensione delle luci e individuazione dei dispositivi di comando degli

---

---

---

---

impianti, lettura delle informazioni dei servizi offerti dalla struttura. Luogo dove appendere o appoggiare oggetti personali e capi di vestiario a vista, mediante ganci e mensole, oppure in appositi scomparti e armadiature.

L'elemento letto sarà poi oggetto di particolare attenzione e contribuirà a rafforzare o indebolire la sensazione di "accoglienza" nella camera; con riferimento al suo posizionamento, alle dimensioni, alle caratteristiche e stato di manutenzione e igiene della biancheria, ma anche alla facilità di accesso (altezza adeguata piano di seduta e spazi laterali), alla durezza/morbidezza del materasso e dei cuscini. E' l'elemento centrale della camera e deve assicurare un adeguato spazio di passaggio, pensando alla persona che può essere accompagnata o che utilizza un ausilio per la deambulazione. Non è necessario assicurare spazi di dimensioni eccessive, i passaggi devono risultare adeguati per il passaggio delle persone (con caratteristiche differenti: persone di grossa corporatura, persone in carrozzina o accompagnate da un assistente), per l'accostamento al letto, per l'utilizzo delle attrezzature (spazio per apertura di ante e cassetti). E' bene che ci siano riferimenti spaziali precisi, con elementi come arredi, pareti, punti di appoggio a portata di mano.

La camera deve essere, possibilmente, flessibile, in funzione cioè delle attività che possono essere svolte. Dalle operazioni basilari del disporsi in camera (sistemare il bagaglio, gli abiti e gli oggetti personali) alle diverse attività (momenti di relax, lettura, attività lavorativa, conversazione telefonica, intrattenimento, tv, musica, ecc.), fino al momento di dover riporre tutto e preparare la partenza.

Nel dimensionamento degli spazi è necessario considerare i diversi elementi di arredo (mobili, sedute, tavoli, ecc.), pensare a come vengono percepiti, avvicinati, utilizzati. Con particolare attenzione agli ingombri degli elementi mobili (ante, parti estraibili, elementi su ruote, ecc.).

Inoltre l'ospite avrà oggetti personali di diversa natura da disporre all'interno dello spazio privato: gli abiti e gli accessori di abbigliamento (dal cappotto ai

---

---

vestiti, dalla borsa all'ombrello, dalle scarpe al cappello). Ma anche le diverse attrezzature personali (per l'igiene, la cura di sé o per ragioni terapeutiche) e gli oggetti per le attività ludico/lavorative o per attività sportive, oltre agli oggetti che si portano con sé solitamente (occhiali da vista o da sole, orologio, chiavi, cellulare, ecc.): si deve poter disporre di questi oggetti in modo da poterli ritrovare facilmente durante il soggiorno, e di non dimenticarli al momento della partenza.

A volte, all'interno della camera, si svolgono attività di varia natura e riconducibili a diverse situazioni: lettura di testi, intrattenimento, comunicazione, utilizzo del computer. Attività, svolte all'interno della camera, sono effettuate soprattutto grazie ai moderni strumenti informatici di comunicazione: dalla telefonia mobile alla connessione internet.

Può essere utile, pertanto, avere a disposizione un piano di appoggio per scrivere a mano, in quanto offre un piano stabile, o per appoggiare i fogli su cui si lavora; o per appoggiare il computer e per gli altri oggetti utilizzati (mouse, penne, quaderni, ecc.). Se l'attività è meno intensa e concentrata, può essere preferibile sedersi in poltrona, per leggere o per fare una telefonata (magari anche lunga e di grande importanza). Altre attività di intrattenimento svolte all'interno della camera riguardano il "guardare" e/o "ascoltare" la televisione, il computer o altra strumentazione elettronica come lettori multimediali. Solitamente queste attività vengono fatte sul letto o in poltrona, assumendo posture comode, proprie dell'attività di relax.

## **CURA DELLA PERSONA**

Considerando le attività che l'ospite compie all'interno del proprio spazio privato per soddisfare le esigenze relative al riposo/relax e alla cura del corpo, oltre al riposare, troviamo l'igiene e la cura della persona all'interno del bagno.

---

Lo spazio del bagno solitamente non è molto ampio, ma per una buona fruibilità non conta solo lo spazio, bensì la disposizione degli elementi. Un bagno a forma "centrale" con uno spazio libero nel mezzo e attorno disposti i diversi sanitari e certamente più accessibile di un locale rettangolare, stretto, con i sanitari disposti tutti su un lato. All'interno del bagno, al di là dei necessari spazi di accostamento (bagni accessibili) è opportuno che i sanitari siano non troppo distanti gli uni dagli altri e che ci siano "punti di appoggio" per garantire maggiore sicurezza nei passaggi. Un bagno fruibile (accessibile) non necessariamente è un bagno "speciale": è sufficiente garantire spazi adeguati per accostarsi ai sanitari.

Ma lo spazio privato il bagno è un ambito fondamentale non solo per gli aspetti funzionali legati alle attività igieniche indispensabili, ma anche per un momento di relax e benessere; in questo senso devono essere considerate con attenzione anche le componenti di tipo estetico/emozionale coniugandole, con attenzione, con quelle ergonomico/prestazionali e di sicurezza.

## **PREPARARE E CONSUMARE I PASTI**

La possibilità di prepararsi il pasto e di consumarlo all'interno della struttura in cui si alloggia risulta essere uno degli aspetti più richiesti dagli ospiti. Se da un lato questo risponde ad un'esigenza economica (prepararsi il pasto in autonomia comporta un costo nettamente minore - soprattutto nel lungo periodo - a quello di mangiare al ristorante (anche quando si tratta di una trattoria o un *fast food*).

Nelle Case Accoglienza la preparazione dei pasti e il pasto stesso sono attività che vengono svolte in comune. Questo porta necessariamente le persone a relazionarsi, situazione che - come è facile immaginare - può avere

---

---

---

risvolti positivi e negativa.

Da un lato è necessario predisporre lo spazio e le attrezzature per un uso simultaneo da parte di più persone. Solitamente viene attrezzata una cucina di ampie dimensioni, ma con attrezzature e arredi di tipo domestico. La presenza di più spazi operativi (piani di lavori, lavelli, punti di cottura) permette a più persone di cucinare in contemporanea.

Al tempo stesso gli elementi contenitori (dal frigo alla dispensa) devono prevedere soluzioni con suddivisione dello spazio, ben organizzata e segnalata con adeguata comunicazione, affinché ogni ospite possa riporre i propri cibi e curare il loro stato di conservazione.

E' importante considerare le caratteristiche ergonomiche del tavolo e delle sedute, oltre che con le possibili configurazioni spaziali dei tavoli e le loro possibilità di raggruppamento.

Significativo, ad esempio, di come in Italia solitamente le persone non vanno al ristorante da sole, mentre in ambito internazionale le persone che non si conoscono sono abituate a sedersi insieme a grandi tavoli rotondi (shared table) e a fare, solitamente, conoscenza reciproca. Questo ci fa capire come l'organizzazione dello spazio per il pranzo deve da un lato soddisfare esigenze di rispetto della privacy e dell'intimità della persona - che in certi momento può aver bisogno di stare da sola - ma al tempo stesso il progetto può favorire l'incontro e lo scambio, suscitando relazioni interpersonali che hanno una forte valenza positiva.

## **ATTIVITA' DEL TEMPO LIBERO**

Una Casa Accoglienza non rappresenta solo uno spazio in cui svolgere le attività primarie (mangiare, dormire, aver cura di sé). Spesso l'ospite - sia esso il malato, un familiare o tutti e due assieme - dopo aver svolto gli

---

---

impegni a carattere sanitario si trova (in alcuni casi) con molto tempo libero a disposizione, questo può essere in parte impegnato per visitare e conoscere la città che lo ospita (e molto spesso i volontari si occupano di questa dimensione) o viene impiegato in attività del tempo libero da svolgere all'interno della casa.

Al di là delle attività (più o meno organizzate) che possono essere svolte in comune e che sono occasione di relazione (e di distrazione) per l'ospite, devono essere prese in esame le molte attività che la persona può compiere all'interno della Casa Accoglienza, sia negli spazi comuni sia all'interno della propria camera.

L'impatto che ha avuto la tecnologica su queste attività, sia in termini di tempo che di spazio, ha portato ad un cambiamento di abitudini e comportamenti, questo comporta una trasformazione della definizione dei diversi spazi e richiede al progettista una maggiore attenzione a questa dimensione e alle sue necessità. Molte possono essere le attività che si possono compiere in modo individuale: fare una telefonata, prendere appunti, leggere un documento, utilizzare un computer.

Molte attività (leggere, scrivere, telefonare, utilizzare un computer o un tablet) possono essere svolte in piedi, seduti ad un tavolo o più comodamente in poltrona. In entrambi i casi l'utente compie le medesime azioni e richiede le dovute attenzioni progettuali. Si può leggere in piedi o seduti, eventualmente appoggiati ad un tavolo (su cui disporre fogli, il portatile o altro). Anche quando seduti, è bene avere dei piani di appoggio nelle vicinanze per appoggiare i diversi oggetti che abbiamo per le mani.

L'azione di telefonare ormai è "connaturata" al nostro modo di agire: abbiamo sempre dietro un telefono e lo usiamo in modo intensivo, per motivi lavorativi o personali. Ci sono però situazioni in cui fare telefonate importanti, per le quali è opportuno avere uno spazio tranquillo e riservato. Ovviamente non ha più senso realizzare delle "cabine telefoniche", ma resta il problema di

---

---

---

garantire a tutti (a chi telefona e a chi gli è vicino) un comfort acustico e uno spazio adeguatamente isolato (per la privacy e un'adeguata sensazione di riservatezza).

Molti hanno bisogno di utilizzare il computer e la rete, si tratti del proprio portatile o di una postazione messa a disposizione degli ospiti. A questo si aggiunge l'esigenza di connettersi ad internet o tramite il proprio computer (rete wi-fi) o attraverso una postazione messa a disposizione che deve risultare raggiungibile e accessibile. L'esigenza di appoggiarsi ad un tavolo per utilizzare il computer, soddisfa anche chi ha bisogno di scrivere: un comodo piano di appoggio, con una buona seduta, tranquillo e ben illuminato è quello che serve.

A queste si aggiungono le attività ludico/ricreative, quali quelle di guardare la televisione o ascoltare la musica, legate, anche in questo caso, all'uso di strumentazioni tecnologiche. Attività che possono anche essere momento di relazione tra gli ospiti o, al contrario, richiedono il necessario "isolamento" per non creare disturbo e disagio tra le persone.

In fine, per le strutture in cui è prevista la presenza di bambini, è necessario tener presente la dimensione del gioco, un grande tema del tempo libero, con grande valenza in termini relazionali e psicologici. Là dove non è possibile dedicare uno spazio apposito per il gioco è bene pensare ad una flessibilità dell'arredo della zona giorno, almeno per alcuni momenti della giornata oltre ad utilizzare gli spazi esterni, nella buona stagione, là dove sono presenti.

Anche all'interno dello spazio privato della camera gli ospiti si intrattengono in attività proprie del tempo libero; l'intrattenimento può essere vissuto dal singolo ospite attraverso attività di lettura, scrittura, ascolto di musica, radio o televisione. Il progettista, in maniera flessibile, dovrebbe immaginare come l'ospite vivrà la camera nei momenti di relax e dare la possibilità di leggere confortevolmente in più punti dello spazio privato, per esempio sul letto, in poltrona o in spazi esterni come una loggia, un terrazzo o un balcone. Gli

---

---



---

---

elementi principali da tenere controllati sono l'ergonomia (per garantire posture comode di relax), l'isolamento acustico, il comfort igro-termico e l'illuminazione.

## **La dimensione spazio/funzionale**

Quella che solitamente viene chiamata la dimensione "strutturale" di un progetto per la persona comune indica la dimensione concreta, ovvero l'edificio e quanto ad esso connesso quale substrato materiale necessario per realizzare una determinata attività. In ambito sociale questa distinzione è molto accentuata: da un lato il progetto (la mission, gli aspetti organizzativi, il personale, le dinamiche relazionali, i costi di gestione), dall'altro la struttura, ovvero il contenitore in cui collocare il progetto/attività.

Per il progettista, invece, la dimensione "strutturale" assume una connotazione più ampia e entra in relazione direttamente con molte dimensioni che a loro volta sono condizionate, o condizionano, gli aspetti funzionali e relazionali del progetto "sociale". E' sicuramente più un problema di linguaggio e di punti di vista: il progettista, in qualità di tecnico, legge i diversi aspetti concreti della struttura con un approccio più ampio e articolato. Tuttavia l'aspetto importante da tener presente ogni qual volta si intraprende la realizzazione di un progetto sociale è quello di non considerare in modo distaccato le due dimensioni. Un buon progetto ha successo se viene studiata sia la dimensione organizzativa che quella strutturale, cercando di capire le relazioni tra le due, i vincoli e gli apporti positivi che una buona realizzazione dell'ambiente fisico può avere sulle relazioni e sulle attività che in esso andranno a svolgersi.

---

---

---

---

Dal punto di vista progettuale la definizione dell'ambiente è data non solo dagli elementi edilizi (componenti costruttivi dell'edificio) ma da un continuum spazio/funzionale che mette in relazione gli elementi costitutivi dello spazio con gli elementi di arredo, le attrezzature con i materiali di finitura, gli impianti con le attività dell'uomo che si svolgono all'interno dello spazio dell'abitare. Per questo si parla di spazio/funzioni, per non isolare la dimensione della definizione dello spazio fisico dalle diverse funzioni che avvengono all'interno del contenitore: azioni che possono rappresentare attività di servizio o semplicemente che fanno parte dell'agire dell'uomo.

Cerchiamo quindi di vedere i diversi aspetti in relazione alle due dimensioni principali della Casa Accoglienza: gli spazi privati e quelli comuni.

## **SPAZI PRIVATI**

Lo spazio privato è principalmente quello della camera, a volte dotata (soluzione preferibile, ma non sempre possibile) di bagno di pertinenza, ad uso esclusivo. Questa diventa non solo spazio funzionale al riposo, ma è chiamata a ricostruire, in piccolo, la dimensione della "casa", spazio del privato in cui la persona si "spoglia" (non solo nei termini fisici del vestiario, ma come azione del togliersi le protezioni - psicologiche/culturali - che indossiamo per proteggerci da tutto ciò che è a noi esterno.

## **CAMERA**

Se da un punto di vista dimensionale la definizione dello spazio della camera è ben determinato (9mq per la camera singola, 14 mq per la doppia), non è facile, invece, soprattutto in strutture esistenti conciliare le esigenze della Casa Accoglienza. Da un lato c'è l'esigenza di avere camere singole, per il malato da solo o accompagnato (da familiare o assistente); dall'altro

---

---

---

---

l'esigenza di riadattare strutture esistenti è vincolata, per la definizione delle camere, agli spazi e soprattutto alle finestrate presenti, non potendo realizzare, ovviamente e come previsto per legge, camere da letto che non abbiano illuminazione e aerazione naturale diretta.

Sa da un lato sarebbe auspicabile avere letti di dimensioni ampie, perché più comodi e sicuri, dall'altro c'è il problema dell'ottimizzazione degli spazi e della fruibilità della camera da soli o assieme ad un'altra persona, estranea al contesto familiare.

Sarebbe importante anche poter personalizzare, in parte lo spazio della camera, anche limitatamente ad alcune zone di essa, in modo che il "prendere possesso" della camera diventi anche un'operazione di identità dello spazio.

L'ospite deve riuscire a individuare la propria camera/spazio privato facilmente, per questo l'identificazione della camera (con un numero, o meglio con un simbolo/pittogramma) dovrà essere chiara, con una segnaletica ben illuminata. I dispositivi di apertura delle porte devono poter essere comandati in maniera facile; semplicità, sicurezza, tenendo presente che i corridoi possono anche essere delle vie di fuga per la sicurezza antincendio;

Dove possibile la disposizione degli arredi all'interno della camera dovrebbe sempre proteggere le zone più private della camera dalla vista dal corridoio, in particolare il letto.

Se, quando si entra nella camera, questa è priva di illuminazione, bisognerà poter immediatamente individuare i comandi per l'accensione delle luci; facilitare e rendere immediatamente comprensibile le interfacce per il controllo del comfort e di tutti i principali apparati impiantistici; anche l'individuazione e la comprensione degli elementi oscuranti, esterni e interni, dovrà avvenire in maniera veloce e intuitiva;

Dovranno essere evitati ostacoli o spigoli posti sulle principali direttrici di

---

---

---

---

accesso alla camera, alle interfacce e agli apparati impiantistici, oltre che alle finestre. Gli ingombri degli arredi in relazione anche al loro uso (apertura di ante, di cassette, ecc.).

La disposizione del letto dovrà consentire un facile accesso in tutte le condizioni possibili (difficoltà di mobilità, e/o di orientamento, e/o cognitive ...). Assicurare la possibilità, secondo le necessità delle persone di avere a disposizione i cuscini, coperte o altri accessori. Predisporre nelle vicinanze del letto piani d'appoggio (comodini, mensole o testate con incavi) in modo che, con facilità, la persona sdraiata a letto possa raggiungere oggetti che gli servono (libro di lettura, bicchier d'acqua, medicine, occhiali, telefono in dotazione, cellulare, ecc.);

E' importante fornire la possibilità di riporre i propri oggetti/effetti personali in modo facile: ripiani, barre per appendere, ganci, scomparti e cassette, non dovranno essere collocati troppo in alto o troppo in basso. Sono particolarmente utili piani ad altezza tale da poter essere utilizzati come seduta o appoggio. Pensare anche uno spazio dove riporre le valigie vuote e le scarpe.

L'inserimento di fonti di luce nelle zone più buie, come i guardaroba, facilita l'ospite nello svolgimento dell'azione; Per alzarsi durante la notte e orientarsi senza la necessità di accendere luci valutare soluzioni di luci ad incasso "scendiletto" con accensione/spegnimento mediante fotocellule. Per evitare incidenti, i corpi illuminanti dovranno essere preferibilmente del tipo fisso a parete o ad incasso, ma non del tipo da appoggio.

Particolare attenzione andrà posta nella pulizia di tutte le superfici, soprattutto quelle in tessuto (tende, copriletto, tappeti, moquette, arredi, rivestimenti, imbottiti ...) e in generale di tutti i materiali e le finiture, scegliendo soluzioni che offrano un facilità di manutenzione e durata nel tempo.

La mappa con le indicazioni delle vie di fuga, oltre ad essere ben leggibile,

---

---

---

---

posta ad altezza adeguata e in posizione accessibile, è un utile strumento per offrire all'ospite una mappa concettuale dell'organizzazione della struttura.

## **BAGNO**

Il bagno è luogo funzionale alla cura della persona, ma anche luogo dell'intimità, spazio privato in cui è possibile rilassarsi e ristorarsi, anche semplicemente con una doccia d'acqua calda.

Pulizia, comfort, qualità ambientale e termo/igrometrica sono dimensioni essenziali di questo spazio. Come anche gli aspetti di fruibilità (accessibilità) e sicurezza, soprattutto in relazione al fatto che la persona - a meno che non necessiti di una particolare assistenza in questi spazi si muove da sola.

Anche nei bagni cosiddetti "per disabili" evitare bagni eccessivamente ampi in cui i sanitari siano distanti dalla porta di ingresso e fra loro. Pavimentazioni (e i sanitari) devono garantire adeguate finiture antiscivolo, soprattutto nei punti di entrata/uscita dalla vasca o dalla doccia.

Tutti i sanitari dovrebbero sempre essere dotati di "troppo pieno" per evitare allagamenti. Nel caso non possa essere installato il bidet si può comunque dotare il bagno di un elemento wc-bidet integrato o dotato di doccino.

Appoggi di sicurezza (maniglioni) possono essere installati non solo nei bagni delle camere "riservate" alle persone con disabilità; una corretta scelta del prodotto (per forma, materiali e finiture) permette di assicurare al tempo stesso funzionalità dell'elemento, sicurezza e qualità estetica;

Dotare il bagno di un elemento di seduta che permette di svolgere alcune azioni in posizione più comoda, di appoggiare vestiti o biancheria e che – se ben stabile – può offrire un punto di appoggio;

Prestare molta attenzione alla scelta e al posizionamento degli accessori ed evitare che componenti di arredo (come ad esempio porta asciugamani) vengano utilizzati impropriamente come elementi di appoggio.

---

---

---

---

Prevedere, a lato dei diversi apparecchi e nel bagno, spazi adeguati che permettano anche ad un assistente/accompagnatore di aiutare una persona (nella vasca o nella doccia, a lato del lavabo, per la seduta sul wc).

I diversi comandi e accessori posti a lato dei sanitari (campanello, interruttori, scarico, carta, dispenser, ecc) dovranno essere accessibili facilmente (e senza creare situazioni di pericolo). La rubinetteria (preferibilmente del tipo a leva, ma non a leva clinica) deve essere facile da usare e di tipo intuitivo, evitando l'erogazione di acqua a temperatura eccessiva.

Tutti gli spigoli dovrebbero essere opportunamente evitati o sagomati. Le porte di accesso al locale/zona bagno, dovrebbero preferibilmente aprirsi verso l'esterno per ragioni di sicurezza. Nelle docce (o nelle vasche, se presenti) dovrebbe poter essere facilmente inserito un elemento di seduta (fisso o asportabile) al fine della sicurezza. Il campanello di allarme va posto in posizione raggiungibile (nella vicinanza del wc e della doccia/vasca), considerando che possano essere utilizzati anche in caso di caduta a terra.

## **SPAZI COMUNI**

Gli spazi comuni riguardano soprattutto la zona giorno: spazi per la cucina, la consumazione del pasto e per le varie attività del tempo libero. Sono anche luoghi di incontro e di relazione tra le persone.

## **CUCINA, SPAZIO PRANZO e SOGGIRONO**

Compatibilmente con gli spazi a disposizione sarebbe opportuno prevedere adeguati spazi per le diverse attività, dove questo non è possibile si può pensare a soluzioni di arredo flessibili.

La zona TV può coincidere con il soggiorno ma, attraverso dotazioni tecnologiche, bisognerebbe far fruire l'audio in maniera individuale (in cuffia), in modo che ognuno possa regolarlo in maniera diversa; in questo modo chi vuole guardare la tv non è obbligato a farlo; questa modalità può essere

---

---

---

---

tolta all'occorrenza per condividere, qualora tutti lo accettino, la visione di un particolare programma evento (partita, show, talk-show,...);

Prevedere spazi adeguati di accesso e fruizione dei tavoli e degli arredi per le persone che hanno difficoltà di movimento. Avere più spazio a disposizione per muoversi, garantisce comfort e fruibilità e non crea problemi ai mancini. Non si dimentichi poi che l'obesità è in forte aumento.

L'illuminazione della sala può essere bassa e soffusa, ma sui tavoli e sui volti è consigliato prevedere sufficiente luce per vedere bene. Prevedere soluzioni che offrano un adeguato comfort acustico e situazioni di riservatezza (privacy), privilegiare soluzioni ambientali con luce naturale e possibilità di visuale verso l'esterno.

I tavoli andranno scelti con attenzione alla loro stabilità, ai supporti/gambe e al loro posizionamento, all'accessibilità da parte delle persone in carrozzina, ed alle caratteristiche dei bordi così come dei materiali di finitura.

Nel caso di utilizzo di un computer (o di un palmare) del ospite prevedere un accesso facile alla rete wi-fi (che soddisfi i requisiti di accessibilità informatica da parte delle persone con disabilità). E' facile, infatti, che la persona con disabilità (ad esempio un non udente) utilizzi un suo computer personalizzato per essere accessibile. In ogni caso prevedere delle prese per alimentare i dispositivi portatili (pc, palmari, stampanti portatili, ecc);

## **LAVANDERIA**

Come per la cucina la lavanderia offre un servizio che non solo permette di migliorare la gestione della casa, ma anche di ridurre per l'ospite i costi di permanenza. Ove possibile è bene realizzare un locale lavanderia dotato di lavatrici industriali - per assicurare una migliore affidabilità, ma non necessariamente a gettone, se il numero degli ospiti non è particolarmente elevato. Prevedere anche un'asciugatrice.

In aggiunta prevedere anche la possibilità di effettuare in camere un - "bucato" (piccolo bucato per la biancheria), questa pratica, ormai abituale negli hotel per l'ospite straniero - che viaggiano con meno biancheria e se la lavano da solo - richiede di predisporre un filo per stendere avvolgibile nel locale bagno o uno stendino pieghevole. Anche per queste soluzioni considerare stabilità, accessibilità e sicurezza; In questi casi il lavabo

---

---

---

---

potrebbe essere utilizzato anche per lavare indumenti e capi di vestiario, quindi va dotato di tappo e deve presentare dimensioni non ridotte (ad esempio lavamano), per consentire le varie operazioni relative (ammollo, strizzamento ...).

## **SPAZI ESTERNI**

La relazione tra spazio interno ed esterno è una dimensione essenziale della qualità ambientale, questo sia in termini di visuale verso l'esterno (soprattutto dalla camera, pensano a persone che magari devono stare molto tempo a letto) ma anche come possibilità - soprattutto nei periodi di clima mite - di usufruire di spazi di qualità che si aggiungono a quelli interni alla struttura.

La possibilità di disporre di terrazzi e giardini è importante per un maggiore rapporto con l'esterno, soprattutto nelle stagioni primavera/autunno/estate. Allo stesso modo si possono sfruttare piccoli spazi esterni (ad esempio cavedi, balconi, e simili) attraverso soluzioni particolari (verde verticale), per offrire la fruizione (o semplicemente la vista) di questi spazi come luoghi di relax, associandoli per esempio a elementi sensoriali importanti (rumore acqua, illuminazione, essenze profumate,...); ovviamente secondo una connotazione economica, legandole ad elementi gestionali. E' importante anche la visuale dall'interno verso l'esterno e vedere invece di un balcone "vuoto", un balcone con le piante, dove si può uscire, sedersi, per leggere il giornale, fumare una sigaretta, fare una telefonate, bere una bevanda.

Anche la qualità di questi spazi - anche se piccoli, ma adeguatamente curati - può fare fare la differenza e qualificare la struttura.

---

---



## **Interior Design: Qualità e Soluzioni**

La dimensione del progetto non riguarda solo la soluzione di aspetti tecnici. La qualità dell'ambiente è data da una molteplicità di fattori, strettamente in relazione tra loro.

Spesso, soprattutto nei progetti a carattere sociale in cui la dimensione economica e il risparmio assumono una forte rilevanza, si presta poca attenzione alle soluzioni di qualità. Questo, in parte, è frutto di un fraintendimento che vede nella qualità dell'ambiente un "lusso di tipo estetico", cosa per altro ormai confutata dalle soluzioni di "design low cost". Soluzioni curate, dal punto di vista dell'interior design, non solo migliorano la qualità estetica, ma anche gli aspetti funzionali e possono risultare positive per gli ospiti migliorando non solo una dimensione estetico/ambientale, ma anche la qualità delle relazioni, lo stato di benessere psico/fisico e, in definitiva, la funzionalità della struttura.

## **La luce, colore e materiali**

Particolare attenzione deve essere prestata ai colori e ai materiali. Una casa non è bella, sicura, confortevole di per sé, deve essere studiata nelle sue caratteristiche, finalizzando gli spazi a chi li andrà ad utilizzare e alle sue esigenze. Per questo si parla di costruire "case a misura d'uomo" per offrire comfort e sicurezza.

Anche il progetto di interior design devono porre al centro la persona. nelle molte "dimensioni" che caratterizzano una casa: la solidità e qualità dei materiali, la definizione degli spazi, le soluzioni per il bagno, l'illuminazione.

Solitamente questi aspetti vengono curati direttamente dalla persona che abita nella casa, ciascuno di noi, infatti, personalizza gli spazi con gli arredi, con gli oggetti, con la scelta dei colori; attraverso il proprio modo di vivere e le proprie abitudini. Per le Case Accoglienza, invece, la definizione di questi aspetti è ancora più importante perché vengono scelti da alcuni per altri.

---

---

---

---

Alcuni elementi possono essere personalizzati e cambiati nel tempo, altri, invece, risultano più definiti e vincolanti. Per questo è importante, ad esempio, che la definizione degli spazi sia curata con attenzione: locali non troppo piccoli, che offrano facilità di passaggio e movimento permettono non solo di definire soluzioni abitative migliori, ma sono più adattabili nel tempo alle esigenze future.

Anche la qualità delle superfici (colori e materiali), gli oggetti che disponiamo nell'ambiente e i complementi di arredo contribuiscono in modo determinante a definire lo spazio della casa, la sua personalità e sensibilità. La questione, però, ha radici più profonde. Tocca il tema centrale, in architettura, tra forma e funzione, tra dimensione estetica e utilità pratica. Risaliamo un attimo al significato delle parole. Decorare deriva da latino *decus* (ornamento, dignità) che a sua volta deriva da *decoro* (*decorum*) che indica ciò che "ben si addice". Molti possono essere i riferimenti in architettura utili per cogliere il significato della scelta di materiali e colori.

Anche una parete bianca, con la sua luminosità e matericità, è dotata di qualità estetica, ma deve essere una scelta voluta, altrimenti diventa una soluzione di ripiego, povera e scialba. Non esiste una "ricetta" per tutte le situazioni: ogni casa ha il suo contesto, la sua dignità. Spetta a ciascuno di noi scegliere come decorare la propria casa: non è il gusto dell'architetto che sceglie la decorazione; al professionista spetta invece far emergere le scelte personali, perché la casa, in ogni caso, riflette inevitabilmente la sensibilità di chi vi abita.

Il colore è un elemento essenziale: una parete può essere dipinta con tinte tenui (i cosiddetti colori pastello) ma anche con tinte forti, magari una sola parete della stanza. Il colore può essere uniforme o presentare delle texture (una trama), dato a pennello, con rulli "decorativi" o, in modo più ricercato, con modalità di tamponatura quale la spugnatura che lasciano il "segno" dell'azione dell'uomo. Le pareti possono essere rivestite con carte, tessuti e materiali - oggi anche facilmente personalizzabili - che hanno una loro trama e che arricchiscono la qualità della superficie e posso garantire maggiore durata nel tempo e facilità di pulizia. Con soluzioni economiche quali gli stencil (mascherine per ripetere delle forme) e adesivi si può decorare in modo veloce e semplice.

Anche gli oggetti arricchiscono lo spazio della casa: un quadro o una semplice cornice (magari vuota) - collocato al centro di una parete tutta sua! -

---

---

---

---

una lampada, con la sua luce diffusa, una pianta che riempie un angolo vuoto, un tronco di legno, lavato dal mare, che colorato e appeso alla parete diventa elemento estetico.

La luce, elemento essenziale per vedere (al buio non c'è alcuna percezione): la luce, riflessa dagli oggetti che ci circondano, arriva al nostro occhio e ci permette di percepire forme, dimensioni, spazi, contrasti, ombre e colori. La luce è importante non solo per l'architettura di alto livello, ma condiziona la qualità e la percezione di ogni spazio. Nell'ambiente domestico la luce non solo garantisce un buon livello di illuminazione, ma gioca anche un ruolo essenziale per la qualità dell'ambiente, contribuendo a definire l'atmosfera della casa. La luce migliore è quella del sole: la luce solare cambia nel corso della giornata, muta al variare delle stagioni e porta nelle nostre stanze la presenza della natura.

Anche la luce artificiale, però, ha la sua importanza: illumina le nostre case di sera, nelle stagioni invernali quando c'è poco sole o il cielo è coperto; spesso integra quella solare e rende più ricca la luce della casa. Una scelta accurata dell'illuminazione permette di migliorare molto la qualità dello spazio domestico.

Anche in contesti esistenti, senza prevedere grossi interventi di ristrutturazione, è possibile sostituire una lampada, aggiungere un nuovo corpo illuminante, cambiare il tipo di sorgente luminosa, modificare i colori delle pareti e ottenere una nuova atmosfera più piacevole, accogliente. E' bene che ci sia un buon livello di illuminazione, ma non per questo bisogna esagerare; sono anzi da evitare situazioni di abbagliamento o di eccessiva luminosità (è bene, ad esempio, schermare e filtrare la luce solare diretta). Meglio che la luce non sia uniforme, ma deve evidenziare i contrasti, mettere in risalto gli oggetti della casa, senza avere zone troppo in ombra.

Le lampade servono ad illuminare, ma al tempo stesso sono anche oggetti di arredo. In una casa si possono mettere lampade per una funzione "tecnica" (ad esempio a luce indiretta per un'illuminazione di fondo) e lampade più "estetiche" che, oltre ad illuminare, sono belle da vedere, o che, anche se illuminano poco, danno una luce di qualità, che crea atmosfera. Si possono usare luci "spot" per illuminare il tavolo dove si mangia, la poltrona dove si legge, o luci diffuse per avere una luminosità di fondo in camera da letto o in corridoio.

---

---

---

---

Luce. La luce naturale è sempre la migliore e può essere regolata con tende, tessuti filtranti o elementi a lamelle regolabili. La luce artificiale offre molte soluzioni tecniche sia per il tipo di lampade (luce diffusa, indiretta, faretti, e così via) che per il tipo di sorgenti luminose (incandescenza, alogene, a risparmio energetico) è necessario quindi fare attenzione alla "temperatura di colore" delle lampadine: quelle a "luce calda" danno sicuramente una luce più piacevole e confortevole. I colori della casa sono influenzati dal tipo di luce. Ma anche il colore di pareti, pavimenti, arredi influiscono sulla percezione dell'ambiente: una parete di tonalità calda (un giallo paglierino) "scalda" l'ambiente più di una parete bianca. A volte basta tinteggiare le pareti o cambiare la tappezzeria per ottenere un ambiente più luminoso e accogliente.

Si migliora la qualità dello spazio utilizzando più sorgenti luminose, in modo da disporre, nelle diverse stanze, di un'illuminazione articolata, differente a seconda dei momenti della giornata, delle stagioni e delle attività che svolgiamo. È bene assicurare, in ogni caso, una buona illuminazione in tutti i punti in cui svolgiamo attività impegnative o che richiedono attenzione: in cucina, dove si mangia (è bella una tavola ben illuminata!), dove si legge o si compie qualche lavoretto, ma anche in bagno, davanti allo specchio, o semplicemente sull'uscio di casa, per inserire bene le chiavi nella serratura.

## **Impianti e Domotica**

La dimensione impiantistica rappresenta senza dubbio una delle dimensioni significative della struttura edilizia. Questa determina in modo significativo il grado di funzionalità e di comfort dell'abitazione (basti pensare al riscaldamento o all'acqua calda).

Diventa quindi importante che la progettazione degli impianti (scelta delle soluzioni tecniche e dei prodotti da impiegare) sia oggetto di particolare attenzione. Anzitutto per garantire la sicurezza e pertanto - come richiesto dalla normativa per ogni comune abitazione - gli impianti (soprattutto quello elettrico e del gas) devono essere certificati e sottoposti a manutenzione regolare.

Allo stesso tempo, però, una buona progettazione degli impianti determina, in

---

---

---

---

modo positivo, altri due aspetti importanti: il risparmio energetico (a cui siamo sempre più attenti sia per una maggiore sensibilità ambientale, sia per la conseguente riduzione dei costi economici) e la garanzia di affidabilità nel tempo, con la riduzione dei disagi che possono essere dovuti a possibili guasti tecnici.

In particolare, per quanto riguarda l'impianto elettrico, il forte sviluppo delle tecnologie digitali e delle apparecchiature elettriche/elettroniche ha portato - in tempi relativamente recenti e con un livello di innovazione molto rapido - ad una presenza all'interno dello spazio domestico di soluzioni tecnologiche avanzate, di tipo informatico. Tra queste la Domotica (domus + informatica = casa gestita da un sistema informatico) in cui un sistema digitale integra la gestione e la programmazione di diversi dispositivi.

Si potrebbe ritenere che la domotica sia poco adatta per le strutture delle case accoglienza, perché si considera la domotica ancora come qualcosa di futuribile, spesso oggetto di una comunicazione associata a case di lusso o a soluzioni futili.

Una corretta ricerca progettuale, applicata all'ambito domestico (e in particolare alla tipologia delle case accoglienza), ci permette invece di individuare le funzioni domotiche che, al di là degli "effetti speciali", possono risultare utili e vantaggiose.

Con la domotica è possibile gestire meglio gli accessi: le "chiavi digitali" (tessera o transponder) possono essere programmate e associate al singolo ospite. Se un ospite perde le chiavi, o non le restituisce, è sufficiente disattivare il codice associato alla tessera, senza dover sostituire la serratura. Soluzioni di questo tipo sono già in uso nel settore alberghiero con grandi vantaggi e anche alcune case accoglienza visitate hanno già adottato soluzioni di questo tipo.

Altro aspetto gestibile dalla domotica è quello della sicurezza (sicurezza tecnica e sicurezza della persona). E' possibile prevenire o rilevare con immediatezza possibili guasti che possono essere segnalati ad un gestore/operatore non presente all'interno della casa. In merito alla sicurezza della persona molte possono essere le soluzioni che permettono sia di prevenire gli incidenti (a partire dall'accensione automatica nei corridoi durante la notte) che di assicurare la possibilità di una rapida (e semplice) "chiamata di aiuto" (all'interno della casa o verso una postazione remota) in un momento di difficoltà.

---

---

---

---

## Accessibilità e Fruibilità

Troppo spesso l'Accessibilità - il più delle volte intesa, in modo limitato, come assenza di barriere architettoniche - si pensa che debba essere una questione da prendere in considerazione solo in presenza di persone "disabili". In un'ottica più aperta (e aggiornata) le caratteristiche di disabilità - in linea con i criteri guida dell'ICF (International Classification of Functionality) - vengono considerate come un ventaglio di possibili condizioni delle persone. Al tempo stesso l'Accessibilità viene considerata come qualità del costruito in grado di offrire al maggior numero di persone soluzioni funzionali e fruibili.

Dobbiamo quindi considerare la fruibilità nel suo significato di godere, avere giovamento, poter avere disponibilità di una struttura o di un servizio. La fruizione, l'utilizzo di una struttura, non è infatti garantita solo da un'accessibilità che, spesso intesa in modo ristretto, viene ridotta solo alla dimensione della mobilità, del poter accedere e spostarsi. Spesso un approccio superficiale all'Accessibilità considera questi aspetti come qualcosa di "speciale", solo per i disabili.

Possiamo anzitutto riferirci ai **Principi di Universal Design**<sup>2</sup> per ricondurre la Fruibilità ad un concetto più ampio, rispetto alla sola "eliminazione delle barriere architettoniche", questi principi si concretizzano attraverso la definizione di 7 principi:

- Uso equo
- Uso flessibile
- Uso semplice e intuitivo
- Percettibilità delle informazioni
- Tolleranza all'errore
- Contenimento dello sforzo fisico
- Misure e spazi per l'avvicinamento e l'uso

Un approccio orientato allo Universal Design punta a semplificare la vita per tutti, realizzando ambienti, mezzi di comunicazione e prodotti utilizzabili dal maggior numero di persone. Questi principi, che vengono declinati con una

---

<sup>2</sup> Approccio progettuale è stato sviluppato nel 1995 da *The Center for Universal Design* della North Carolina State University.

---

---

---

---

precisa descrizione e dettagliate indicazioni, non devono essere considerati in modo prescrittivo, come viene fatto solitamente con le indicazioni normative. Si tratta piuttosto di una "filosofia progettuale" che orienta la progettazione a trovare le giuste soluzioni.

Non si tratta di applicare il parametro adatto ad una specifica disabilità, ma di un approccio "universale" che partendo dal criterio di "uso equo" e della "non discriminazione", passa a considerare la "flessibilità" delle soluzioni come un'opportunità offerta all'utente per quelle più adatte alle sue esigenze.

È necessario mettere al primo posto l'attenzione alla persona, con le sue caratteristiche, bisogni, esigenze e desideri. Anzitutto si considera la **mobilità**, ossia la possibilità delle persone di muoversi, con le diverse modalità possibili, in modo autonomo o con mezzi di trasporto: mobilità orizzontale e verticale, per permettere alla persona la possibilità di raggiungere tutti gli spazi della struttura.

Un'altra dimensione è quella **ergonomica**, del rapporto dimensionale e funzionale dell'uomo/utente con gli oggetti che lo circondano (arredi, attrezzature, prodotti), non solo per gli aspetti puramente dimensionali, ma in generale l'interazione dell'uomo con i diversi elementi dell'ambiente con cui entra in relazione lo sforzo fisico richiesto, considerando anche gli aspetti cognitivi ed emozionali. Scendendo di scala, approfondendo le soluzioni progettuali di dettaglio si arriva a considerare la funzionalità di **accessori ed oggetti d'uso e dalle interfacce** impiantistiche: pulsanti, interruttori della luce, i comandi dell'aria condizionata, il telefono in camera, i telecomandi, i dispositivi per le chiamate di allarme, ecc. Questi elementi, spesso poco considerati, costituiscono una dimensione fondamentale per la fruibilità della struttura da parte dell'utente. Si deve tener conto degli aspetti di interazione fisica (dimensione di tasti, pulsanti, leve, comandi, ecc.), ma anche della dimensione cognitiva/informativa che fa capire all'utente, in modo rapido e intuitivo, come funziona il dispositivo.

Di particolare rilevanza sono poi gli aspetti percettivo/sensoriali che devono garantire a tutti l'utilizzabilità delle interfacce. La dimensione della **percezione sensoriale**, infatti, rappresenta un ambito poco considerato, ma di fondamentale importanza, non solo per le persone che hanno una disabilità sensoriale grave (come il sordo o cieco), per le quali l'attenzione ad una giusta comunicazione sensoriale è condizione essenziale, ma anche per chi ha una diminuita percezione sensoriale (come gli anziani) e più in generale per tutti. Infatti una maggiore attenzione alla comunicazione delle informazioni

---

---

---

---

– a tutti i livelli – risulta utile per tutti gli utenti, non solo per chi ha delle difficoltà.

Proprio per questo abbiamo dedicato un capitolo a parte proprio al tema dell'**informazione**. Allo stesso modo dedichiamo una particolare attenzione al tema della **sicurezza** che, come è comprensibile, è complementare a quello della fruibilità, proprio per garantire – come dice anche la normativa – condizioni di “autonomia e sicurezza” per l'utente.

## **Indicazioni tecniche in merito alla mobilità**

Il tema dell'accessibilità delle strutture porta ad affrontare anzitutto la questione della mobilità dei percorsi, nella diverse accezioni di percorsi orizzontali e verticali.

Tra questi dapprima quelli per raggiungere l'edificio e i suoi spazi di accesso, in seguito quelli verticali che permettono di raggiungere il piano a cui è collocata la struttura.

Al fine di fornire delle indicazioni tecniche di massima per una prima valutazione dei possibili interventi di adattamento - solitamente necessari per adeguare edifici esistenti - riportiamo alcune considerazioni di dettaglio, senza per questo voler essere esaustivi o pensare di aver fornito gli strumenti necessari per individuare la soluzione adatta. E sempre meglio, anche per individuare soluzioni che a prima vista non si prendono in considerazione, contattare in progettista esperto in materia.

### **Percorsi esterni**

La distribuzione negli spazi esterni può avere diverse ragioni: raggiungimento dell'ingresso, collegamento con i parcheggi, collegamento fra edifici, raggiungimento di servizi e spazi all'aperto. Oltre alle caratteristiche previste per i percorsi interni (larghezza e complanarità), è importante considerare l'incidenza della morfologia del terreno e l'influenza delle condizioni atmosferiche.

---

---



Il raggiungimento - percorso di accesso - rappresenta indubbiamente il percorso più importante: l'avvicinarsi alla struttura rappresenta il momento del primo impatto, con tutto il suo bagaglio emotivo, con la necessità di capire dove andare, a chi rivolgersi, come "funziona" la struttura. Dal punto di vista progettuale questo "primo percorso" riveste una particolare importanza proprio per gli aspetti psicologici/emotivi oltre che informativi. Tenere conto che anche la lunghezza di un percorso può rappresentare un problema, soprattutto per le persone con difficoltà nel camminare, anziani che si affaticano, in questi casi, se possibile, prevedere dei punti di sosta.

Scegliere con attenzione le pavimentazioni per garantire una superficie uniforme, evitare incoerenze, risalti e giunti larghi; considerare le caratteristiche "antiscivolo" in caso di bagnato, facendo attenzione soprattutto a materiali che, apparentemente antiscivolo, diventano scivolosi in caso di pioggia, neve o ghiaccio.

#### Percorsi interni.

Le caratteristiche del percorso interno (sia quello interno all'edificio che quello interno alla Casa Accoglienza) quali il dimensionamento, lo sviluppo planimetrico, le caratteristiche fisico/morfologiche, richiedono una grande attenzione progettuale perché non solo determinano la qualità dello spazio e la sua fruibilità.

La scelta dei materiali, delle finiture ed anche dell'illuminazione, rende più fruibili i percorsi e garantiscono a tutti una piena accessibilità, come anche scelte più di dettaglio che hanno una grossa valenza nella caratterizzazione dello spazio e, allo stesso tempo, nel definirne le sue qualità. Non è facile considerare l'azione del "muoversi" in funzione dell'agire dell'utente: probabilmente il percorso di ingresso che viene compiuto la prima volta entrando in verrà vissuto in modo del tutto differente da quando si ritornerà in uno che già si conosce.

Il modo in cui viene esperita l'azione del muoversi in un ambiente costruito dipende quindi molto dall'esperienza che abbiamo acquisito; proprio per questo ci sono dimensioni progettuali (orientamento, informazione, caratteristiche dei materiali, illuminazione, colori, ecc.) che contribuiscono in

---

---

---

---

modo determinante a migliorare la percezione del percorso, ad orientare con facilità la direzione dello spostamento e a rendere piacevole l'esperienza dello "spostarsi all'interno della struttura".

Evitare la presenza di ostacoli e gradini, prevedere superfici delle pavimentazioni esterne antisdrucciolevoli, lisce ed uniformi, in maniera da non creare problemi al passaggio delle ruote. Prevedere per i percorsi esterni la protezione dagli agenti atmosferici e favorire l'individuazione delle zone di ingresso, anche con contrasti cromatici fra i vari materiali.

Aspetti fondamentali dei percorsi orizzontali sono la complanarità e la larghezza del passaggio. Per assicurare una buona fruibilità è importante che il percorso sia orizzontale, con una pavimentazione omogenea e coerente, privo di gradini o soglie.

La larghezza del percorso deve essere sufficientemente ampia per assicurare il passaggio, in modo agevole, anche di flussi opposti fra loro, considerando non solo l'ingombro della persona che cammina, ma le diverse esigenze delle persone, il fatto che le persone siano accompagnate o in piccoli gruppi, la presenza di bagagli o il passaggio di carrelli di servizio. Ovviamente la larghezza del passaggio è da dimensionare anche in funzione della sua lunghezza e dell'utenza che si prevede debba fruirne. Oltre alle caratteristiche strutturali sono fondamentali anche le scelte delle finiture, l'illuminazione e il colore.

Evitare, possibilmente sempre, soglie e gradini. Eventuali gradini o rialzi se non possono essere eliminati devono presentare un'alzata adeguata, come un gradino normale (15-17cm), mentre sono da evitare assolutamente gradini bassi, risalti, e soglie che limitano l'accessibilità e rappresentano una fonte di pericolo per cadute accidentali.

Eventuali elementi sporgenti sul percorso (indicazioni, lampade di emergenza, oggetti, elementi decorativi, mensole, ecc.) devono essere posti ad un'altezza superiore a 210 cm. Incassare, se possibile, gli elementi presenti sul percorso (estintori, quadri elettrici, ecc.).

Nei punti di snodo dei percorsi (piattaforme di distribuzione) prestare particolare attenzione alle informazioni e alla segnaletica che indica l'ubicazione della struttura (o delle camere).

Percorsi verticali

---

---

---

---

La crescente attenzione al tema dell'Accessibilità ha portato, soprattutto in contesti esistenti, all'individuazione di soluzioni che troppo concentrate sulla specificità dell'intervento (solo per la persona disabile) non sempre hanno saputo integrarsi e armonizzarsi nel progetto. Le soluzioni devono porre particolare attenzione alla sicurezza e alla agevole fruibilità da parte degli utenti, oltre alla dovuta qualità estetica e compositiva, senza dimenticare gli aspetti di manutenzione e di affidabilità.

### Superamento di piccoli dislivelli

Non esiste un parametro preciso per definire l'entità di un dislivello di dimensioni contenute. E' evidente che un piccolo gradino, o un risalto di pavimentazione, rappresenta un dislivello modesto, come anche una serie di pochi gradini, ma quando il dislivello raggiunge la quota di uno o due metri le soluzioni tecniche per realizzare un "percorso verticale" diventano più articolate e impegnative dal punto di vista progettuale e tecnico (rampe, pedane, elevatori, ...). Quando, invece, si arriva a dislivelli di 3-4 metri – dell'entità di un interpiano – è opportuno orientarsi verso soluzioni specifiche, proprie del collegamento multipiano, come gli ascensori.

**Scivoli:** includiamo in questa categoria piani inclinati di sviluppo contenuto (fino a 1 o 2 metri) utilizzati per raccordare dislivelli di contenuti (10-30 cm), anche per evitare soglie o piccoli gradini che sono comunque di ostacolo o a rischio di inciampo. Per le persone che utilizzano una carrozzina la pendenza degli scivoli deve essere contenuta per non risultare faticosa in salita e per non causare un ribaltamento in avanti in discesa. Ovviamente, il problema della pendenza in salita è maggiore per la persona che utilizza la carrozzina in autonomia rispetto a chi è accompagnato.

Pendenza massima ammessa dalla normativa per gli scivoli:

max 15% (1:6,66) fino ad 1 metro di sviluppo: solo per raccordi (in esterno) tra percorso pedonale e percorso carraio (dislivello superabile 15cm);

max 12% (1:8,33) fino a 3 metri di sviluppo: solo in caso di interventi su edifici esistenti (dislivello superabile 36 cm);

pendenza 8% (1:12,5) pendenza massima consigliata (dove possibile è

---

---

---

---

comunque meglio non superare il 5%), dislivello superato: 8 cm ogni 100 cm di sviluppo dello scivolo.

È fondamentale che il materiale di pavimentazione sia raccordato alle due estremità, prima e dopo lo scivolo, in modo omogeneo, senza gradini o scanalature; le superfici devono essere in piano e non presentare scanalature o pavimentazioni sconnesse. Prestare cura e attenzione ai limiti laterali degli scivoli in modo da non creare situazioni che possano essere occasione di intralcio o di inciampo. Quando lo scivolo è posto all'esterno verificare che le acque meteoriche abbiano una buona possibilità di scolo, per evitare nella parte di raccordo in basso pozze d'acqua. La realizzazione di ampie superfici di pavimentazione inclinate (destinate non solo al percorso) può non risultare fruibile per tutti, dato che la superficie di appoggio non è in piano (si pensi ad anziani con problemi di equilibrio o a persone con bastoni o stampelle);

Per facilitare la percezione dell'elemento "scivolo" può essere utilizzato un materiale differente (rispetto alla pavimentazione circostante) o possono essere inseriti degli elementi che evidenziano l'inizio e la fine dello scivolo stesso. Le differenze di quota che richiedono la realizzazione degli scivoli molte volte possono essere risolte non con elementi isolati (spesso sovrapposti) ma attraverso un'articolazione delle superfici di pavimentazioni (con parti in piano e parti inclinate); Se possibile, affiancare al percorso su piano inclinato (scivolo) anche il percorso con gradini (e corrimano).

**Rampe:** di norma, sono superabili con rampe i dislivelli non superiori a 3,2 metri (considerare, però, che una rampa che supera un dislivello di 3 metri, presenterebbe – ad una pendenza adeguata del 5% – uno sviluppo di 60 metri!)

Pendenza massima ammessa dalla normativa per le rampe:

dal 10% (1:10) al 12% (1:8,33) in ragione dello sviluppo (da 6 fino a 3 metri) solo in caso di interventi su edifici esistenti;

pendenza 8% (1:12,5) pendenza massima ammessa (dislivello superato: 12,5 ogni 100 cm di sviluppo della rampa), in alcune regioni - ad es. in Lombardia - la pendenza massima è del 5% per rampe oltre i 5 metri;

---

---

---

---

pendenza 5% (1:20) pendenza consigliata, soprattutto per rampe di sviluppo considerevole (oltre i 5-10 metri).

Evitare rampe lunghe che possono generare percorsi, faticosi e "noiosi" (percorsi poco caratterizzati e posti in disparte), nel caso di rampe poste in esterno, assicurare un adeguato deflusso delle acque meteoriche per evitare situazioni di ristagno. Considerare, lungo il percorso della rampa, punti di appoggio (per una sosta in piedi) e adeguati parapetti; come per le scale, il corrimano, elemento differente dal parapetto, deve essere continuo e preferibilmente posto su entrambi i lati, ad altezza opportuna per la presa (anche per utenze diverse: adulti/bambini);

Prevedere, come delimitazione della rampa, un cordolo – o altro elemento – che impedisca l'appoggio del piede (o di una ruota o di un bastone/stampella) al di fuori dalla rampa; Nella realizzazione di rampe con sviluppo curvilineo, evitare raggi di curvatura troppo stretti e prestare attenzione alle pendenze trasversali che si possono generare.

La rampa è un elemento architettonico che può essere integrato nel progetto dello spazio per diventare elemento qualificato e caratterizzante, oltre che funzionale; un utilizzo attento dei materiali (non solo per le caratteristiche tecniche – antiscivolo – ma anche per la qualità estetica) permette di integrare meglio l'elemento rampa nel contesto architettonico. Nel caso di rampe esterne con pendenza contenuta (5%) un tratto iniziale può essere realizzato come "percorso inclinato", in modo da suddividere il percorso in due parti e ridurre la parte di rampa "costruita".

#### Superamento di dislivelli oltre un piano

Negli interventi di adeguamento, al fine di assicurare l'accessibilità, è possibile installare meccanismi che assicurano il superamento dei dislivelli superiori ad un piano. A seconda del contesto, dell'entità dell'intervento e delle caratteristiche dei luoghi si cerca la soluzione migliore: quella fruibile dal maggior numero di persone, cercando di coniugare funzionalità ed estetica. In questo senso si possono trovare strade alternative impiegando i dispositivi meccanici.

La soluzione migliore per il collegamento verticale è indubbiamente l'**ascensore**: assicura rapidità di collegamento, adeguato flusso di persone,

---

---

---

---

accessibilità per tutti, ma difficilmente in un edificio è possibile intervenire sull'ascensore, mentre è scontato che, in interventi di nuova costruzione o di ristrutturazione, la dimensione della cabina sia adeguata ad accogliere una persona in carrozzina. In alcuni casi - coinvolgendo direttamente la ditta che ha in carico la manutenzione dell'impianto - è possibile apportare modifiche, più o meno sostanziali, in alcuni casi anche in modo significativo le prestazioni dell'ascensore, soprattutto in relazione alle dimensioni della cabina e alle modalità di apertura delle porte.

Gli **elevatori** (o mini-ascensori) e sono simili agli ascensori, ma di dimensioni più contenute. Presentano una cabina adatta ad accogliere una o due persone, (accessibile alla carrozzina) e possono essere del tipo a cabina aperta (solo pedana con cancelletti) per corse inferiori ai 2 metri, o a cabina chiusa (come per gli ascensori). E' bene verificare la possibilità tecnica di installazione e l'adeguato spazio delle piattaforme di distribuzione per le manovre di ingresso/uscita dalla cabina.

Il **servoscala** è un dispositivo costituito da una pedana ribaltabile (per accogliere la persona in carrozzina e più raramente la persona deambulate) che trasla lungo la scala su un percorso rettilineo o curvo. Questa soluzione, di forte impatto visivo, è stigmatizzante in quanto si mostra come "soluzione speciale per disabili" e molte volte viene rifiutata dagli utenti (ad esempio gli anziani). In ogni caso, quando debba essere installato perché non vi sono soluzioni alternative, deve comunque essere attentamente verificate le condizioni tecniche necessarie all'installazione e che permettano un utilizzo agevole.

---

---

---

---

## Caratteristiche dell'ospite/utente

In ambito progettuale consideriamo la persona come "utente" nel senso etimologico del termine: colui che usa, che utilizza ovvero il fruitore di spazi-attrezzature-servizi.

Troppo spesso la progettazione considera le persone (utenti) in modo astratto, senza tenere conto delle differenze e delle specificità di ciascuno. Nella realtà la persona nella sua infinita varietà, si presenta come bambino, che cresce per diventare ragazzo o ragazza e poi uomo o donna. Infine invecchia e, grazie anche al progresso, vive sempre più a lungo, ma ovviamente con le caratteristiche proprie dell'avanzare dell'età. Superando le distinzioni tra categorie (tra sani e malati, tra abili e disabili, tra giovani e vecchi) è importante di riscoprire l'utente reale collocato nel "ventaglio" delle diversità del genere umano, in quanto individuo unico e irripetibile.

Anche in relazione agli ospiti delle Case Accoglienza possiamo - e dobbiamo - considerare le differenti caratteristiche di quella che viene definita Utente Ampliata. L'Utente Ampliata in sé non esiste. Non descrive un determinato gruppo di persone; sottolinea, piuttosto, una dimensione di ricerca, una tensione del progettista nel considerare i bisogni dell'utente reale in modo più approfondito. L'obiettivo finale è sicuramente il "progetto per tutti", ma non come slogan ad effetto, ma nello sforzo di realizzare spazi/oggetti/servizi davvero fruibili.

Rispetto all'utente ideale che rappresenta il tipico riferimento progettuale, sono state proposte in passato soluzioni "speciali" rivolte alle esigenze delle persone con disabilità, in questo modo, però, pur considerando i bisogni dell'utente, si ripropongono soluzioni stereotipate, in antitesi alla "normalità", che spesso - proprio perché speciali - non soddisfano le esigenze di tutti. Il Progetto per l'Utente Ampliata considera la diversità come un valore, senza suddividere la popolazione in categorie, cercando di trovare modalità e soluzioni per un progetto fruibile dal maggior numero di persone.

In questa logica possiamo considerare le caratteristiche degli ospiti in funzione di alcune dimensioni essenziali della persona.

Caratteristiche legate all'età (dimensione evolutiva della persona)

Ogni individuo è in evoluzione anche se spesso lo consideriamo come se

---

---

---

---

fosse "congelato" in una dimensione unica.

**Bambino/Ragazzo.** Il bambino nella prima fase (età da 0 a 3 anni) ha bisogno di essere accudito da un adulto, solitamente un genitore e deve essere aiutato negli spostamenti, deve essere vestito e seguito nella cura di sé, e nell'alimentazione. Fondamentale l'attenzione agli aspetti di sicurezza. In una seconda fase di età (da 3 a 10 anni) il bambino più cresciuto, ha padronanza nei movimenti e ha sviluppato un senso del pericolo. Accresce la sua autonomia. Il ragazzo, invece, viene considerato in due fasce di età: quelli che frequentano la scuola media (11-14 anni) e gli adolescenti (15-20 anni). In questo modo si pone l'attenzione tra età prima dello sviluppo, in cui la persona presenta una fase di passaggio da bambino a ragazzo, e una seconda fase (adolescenza) in cui cresce e matura la personalità dell'adulto. Le esigenze nei confronti del ragazzo non sono più quelle del bambino, che deve essere accudito, controllato e seguito. Emergono esigenze proprie come divertirsi, sentire la musica, navigare su internet, telefonare e inviare messaggi, muoversi, fare attività sportiva. In questa età emerge la necessità di una maggiore indipendenza e autodeterminazione con atteggiamenti di contestazione e di "libertà" dagli adulti che possono richiedere una maggiore attenzione alla sicurezza.

**Adulto.** E' questo il gruppo solitamente preso come riferimento dallo standard. Quando pensiamo ad un utente/cliente in genere lo immaginiamo come "adulto". Possiamo considerare, come età adulta, il periodo centrale della vita: dai 20 ai 65 anni, il periodo di vita "attivo". Nella nostra società assistiamo ad uno spostamento in avanti delle fasi della vita: con giovani che fino a 25/30 anni non entrano ancora nella vita adulta e con adulti che fino a 70/75 anni (e a volte anche più in là) mantengono una vita attiva a tutti gli effetti.

**Anziano.** La nostra società "invecchia" e diventa urgente prestare maggiore attenzione alle esigenze delle persone anziane. Bisogna cogliere la varietà delle diverse situazioni, ciascuna con la propria individualità: l'età in sé non è un dato indicativo delle "abilità" della persona. Persone, della stessa età, possono presentare caratteristiche (abilità/disabilità) tra loro molto differenti. Né esiste un binomio anziano/disabile: l'anziano non si considera una persona "disabile" e tende a rifiutare le soluzioni "speciali", anche quando presenta difficoltà. In generale si constata un progressivo decadimento fisiologico con ricadute sulla mobilità, dovute ad insicurezza e lentezza dei movimenti, minor forza muscolare,

---

---



---

---

condizioni di affaticamento e stanchezza. Anche la percezione "rallenta" e porta a minori capacità visive ed uditive, oltre ad una minor prontezza di riflessi. Diminuiscono anche le capacità cognitive e mnemoniche. Questo porta – per il progettista – a considerare una sorta di "disabilità diffusa", una minor abilità, che riduce le capacità della persona, con conseguenti aspetti psicologici: sensazione di inadeguatezza, preoccupazioni, ansia, agitazione. E' necessario assicurare tempi maggiori e indicazioni più accurate e chiare. Le operazioni che richiedono azioni contemporanee devono essere semplificate e sono da evitare operazioni manuali complesse o che richiedono una manualità fine. Da considerare, inoltre, una maggiore sensibilità al caldo e al freddo, con disagio per le correnti d'aria.

#### Dimensioni del corpo

E' importante prestare attenzione alle caratteristiche dimensionali del corpo definiscono le caratteristiche delle persone e sottolineano diversità e individualità di ogni soggetto. Condizioni massime o minime delle dimensioni del corpo, rappresentano caratteristiche particolari a cui è necessario prestare attenzione.

Persona di statura bassa. Pensiamo alle persone con forme di nanismo, ma anche quelle basse per costituzione, oltre ad includere, ovviamente, i bambini. L'attenzione va posta sull'altezza delle interfacce (interruttori, pulsantiere, dispositivi di chiamata, centraline di comando, ecc.), dei dispositivi di azionamento dei serramenti (maniglie, cinghie, aste, ecc.), degli elementi di arredo (mensole, ripiani, ganci) e del posizionamento degli elementi informativi (cartelli, indicazioni, ecc.).

Persona di statura alta. Nel tempo aumentano le persone di alta statura (con un'altezza sopra i 180-190 cm), mentre alcuni componenti edilizi, o elementi di arredo, non vengono aggiornati e possono determinare situazioni di disagio: si pensi all'altezza delle porte o alla lunghezza del letto, non sempre accettabile (specie se limitata da pediere). Arredi progettati per un utente "standard" possono diventare disagiati o inservibili per la persona alta. Anche in bagno è importante garantire sanitari di dimensioni adeguate e spazi sufficienti tra un apparecchio e l'altro, per agevolare chi presenta un'alta statura (o una grossa corporatura).

Persona di grossa corporatura. Oltre alle dimensioni in altezza è importante anche considerare la corporatura degli utenti: le persone possono essere magre, robuste, grasse o addirittura obese. Nella società occidentale l'obesità

---

---

---

---

è un fenomeno in forte aumento. Per tutte queste persone è necessario considerare la dimensione delle sedute (e la loro resistenza al peso) e tutte le situazioni che comportano il passaggio in un varco di dimensioni contenute (porta di ascensori, accessi, box doccia, ecc.).

### Difficoltà motorie

Le difficoltà motorie, ovvero del movimento, possono essere molte e di vario tipo: dalla semplice difficoltà di camminare (per problemi alle gambe o per affaticamento) fino alla necessità di utilizzare un ausilio (come la carrozzina, manuale o elettronica) per spostarsi.

Persona che usa bastoni/stampelle                      Oltre alle difficoltà nel movimento, vanno considerati i problemi nel mantenere la posizione eretta e l'equilibrio; di qui l'importanza di punti di appoggio, sostegni (corrimani) e sedute (per fermarsi e riposare). Da considerare anche che l'utilizzo di questi ausili impegnano l'uso delle mani e questo può comportare ulteriori difficoltà (ad esempio nell'apertura di una porta). Particolare attenzione deve essere posta nella scelta delle pavimentazioni, per evitare situazioni che possano essere di ostacolo al cammino (già incerto e difficoltoso) o all'ausilio (inciampo, incastro, appoggio instabile, scivolamento).

Utilizzo di un "mezzo a ruote" (carrozzina).      Se pensiamo a questi soggetti viene subito in mente la carrozzina della persona disabile – quello del simbolo internazionale di accessibilità – ma i "mezzi a ruote" possono essere di diverso tipo: dal deambulatore per gli anziani alla carrozzina utilizzata in autonomia a quella della persona che viene accompagnata (spinta), dalla carrozzina elettronica. Senza dimenticare delle valige e dei trolley (o dei carrelli di servizio) visto che anche loro utilizzano le ruote. Alcune attenzioni sono comuni a tutti questi "mezzi": pavimentazioni uniformi, complanari, in materiali coerenti (sono sconsigliati ghiaia, moquette a pelo lungo, tappeti alti, ecc.). Ovviamente sono da evitare gradini e risalti: i raccordi di pavimentazione devono essere contenuti, scivoli e rampe progettati in modo adeguato. Garantire la giusta larghezza dei passaggi, non solo per garantire la percorribilità al singolo, ma a due (o più) persone che passano in un corridoio. Buona regola è quella di prevedere una protezione dagli urti, specie nei punti stretti di passaggio, a protezione non solo del mezzo e della persona, ma anche delle finiture della struttura, al fine di evitare segni che risultano anti estetici. Inoltre i percorsi dovranno essere liberi da ingombri

---

---

---

---

(anche occasionali e mobili) che possono ostacolare il passaggio. In relazione ai punti nodali della struttura alberghiera (accesso, reception, bar, ingresso in camera ecc.) è necessario assicurare un adeguato spazio per l'accostamento, per le manovre, per il passaggio delle altre persone e per la sosta/attesa di chi usa un "mezzo a ruote", facendo attenzione sempre all'inclusione della persona con gli altri.

Persona in carrozzina accompagnata. Per certi versi chi viene accompagnato può avere meno esigenze di chi, da solo, deve essere autonomo. L'accompagnatore (compagno/a, familiare, assistente) è in grado di offrire sempre un valido aiuto. Che si tratti di una rampa ripida, di un piccolo gradino o di un'altra situazione difficoltosa (armadio non raggiungibile) la presenza dell'accompagnatore assicura quell'aiuto in più che impedisce ad un "ostacolo" di diventare "insuperabile". È necessario, però, al tempo stesso considerare la presenza (e quindi l'ingombro) dell'accompagnatore: nell'ascensore, nel passaggio di ingresso della camera, a lato del letto, nel bagno, negli spogliatoi della zona fitness, ecc.

Persona in carrozzina manuale autonoma. Chi utilizza in modo autonomo una carrozzina manuale solitamente ha un buon uso delle braccia ed è abituato a svolgere da solo le diverse azioni della vita quotidiana. Da considerare, nei passaggi, una larghezza adeguata, non solo alle dimensioni della carrozzina, ma anche alle braccia che spingono. Inoltre, come per le persone di bassa statura, la posizione "seduta" rende difficile raggiungere comandi/oggetti posti in alto. All'interno della camera (e del bagno) si deve tener conto dello spazio di accostamento ai diversi elementi di arredo o ai sanitari, considerando anche, come nel caso dell'armadio, l'ingombro degli elementi mobili, come ad esempio le ante (preferibili, infatti, quelle scorrevoli). Per questo target di utenza, quindi, è necessario prestare attenzione a tutte le indicazioni specifiche relative all'utilizzo della carrozzina e considerare che la persona deve essere messa in condizione di agire con la massima autonomia.

Persona in carrozzina elettronica. Chi utilizza una carrozzina elettronica (dotata di un motore elettrico e di un comando tipo joystick) ha maggiori difficoltà e non può essere del tutto autonomo, ha bisogno di un assistente nei momenti più complessi (vestirsi, andare in bagno, andare a letto, mangiare, ecc.), ma è in grado di essere autonomo per buona parte della giornata, di muoversi, rispondere al telefono, prendere l'ascensore, ecc. Considerare che la carrozzina elettrica può essere più stretta di quella manuale (non avendo ruote grandi, corrimani per la spinta ed essendo azionata da un motore), ma

---

---

---

---

può essere più lunga o avere bisogno di maggior spazio per i movimenti. Si deve, inoltre, prevedere uno spazio e la possibilità di una presa elettrica di servizio per ricaricare le batterie. Chi utilizza una carrozzina elettronica solitamente ha difficoltà nelle braccia (e nella mano): comandi e interruttori devono essere posti in basso ed è bene evitare pulsanti a filo o a sfioramento, meglio i pulsanti che "sporgono", ma di facile pressione (anche con la possibilità di schiacciarli con il fianco del palmo e non col dito). Percorsi, pendenze, pavimentazioni devono essere adeguati, anche se in alcuni casi la carrozzina elettrica (se di buona potenza) riesce a superare pendenze maggiori di quella manuale. Per contro è più sensibile a pavimentazioni incoerenti, con fughe e risalti che fanno vibrare il joystick di comando (molto sensibile).

#### Difficoltà di uso degli arti superiori e della mano

Le situazioni che possono portare ad una difficoltà nell'uso delle braccia o delle mani possono essere molte e di diverso tipo: dall'artrite reumatoide che diminuisce l'uso della mano, per arrivare all'assenza di un arto (o della mano) con la conseguenza di dover agire con un solo braccio. Più complessa, invece, la situazione di chi non può usare entrambe le braccia.

Difficoltà della mano. È richiesta particolare attenzione a quelle azioni che rendono necessario un uso particolarmente fine della mano (o delle dita), che richiedono particolare forza nella presa o movimenti articolati del polso; va considerato anche chi presenta problemi di tremore alle mani. Da evitare movimenti fini che richiedano di afferrare oggetti piccoli, di eseguire movimenti di precisione (come infilare una chiave nella toppa) e di torsione della mano (persone con artrosi/artrite) o azioni che richiedano un uso delle dita accurato e preciso (telecomandi con tasti di piccole dimensioni). Prestare particolare attenzione ai sistemi di azionamento di maniglie (per serramenti e arredi), ai rubinetti (preferibili quelli a leva, come i miscelatori) e a comandi da azionare con movimenti precisi delle dita. Molti anziani hanno problemi di artrosi (difficoltà alle articolazioni), una situazione meno grave dell'artrite ma molto diffusa.

Uso di un solo braccio. Le persone che possono contare su un solo braccio (per un'amputazione o per un'emiplegia) devono riuscire – e in questo sono molto abili – a svolgere tutte le azioni con un solo braccio/mano, aiutandosi, eventualmente, con l'altro braccio o con la protesi. Quindi sono da evitare azionamenti che richiedano l'uso contemporaneo di due mani, così come è necessario prestare attenzione alle azioni che si devono compiere quando si

---

---

---

---

ha già una mano impegnata (per tenere una valigia, un ombrello ecc.). Le porte automatiche, utili per molte persone, risultano particolarmente favorevoli. Ove possibile prevedere piani di appoggio che permettano di liberare le mani dagli oggetti che si tengono (prima delle porte, alla reception, ecc.). Anche in bagno può essere utile avere appoggi in modo che, durante la cura di sé, si possano appoggiare gli oggetti d'uso (spazzole, sapone, asciugamani, phon, ecc.). In relazione al "mangiare" prestare attenzione all'uso di vassoi (impossibili da tenere con una mano sola) e di cocktail in piedi che richiedono l'uso di due mani (una per reggere il piatto, l'altra per mangiare). Anche nel confezionamento del cibo prestare attenzione alle operazioni di tagliare e raccogliere le pietanze come anche a oggetti (buste, bustine, packaging) che richiedono di essere aperti utilizzando due mani.

#### Difficoltà sensoriali

Le caratteristiche delle persone legate alla percezione sensoriale possono essere molteplici. In termini generali, considerando solo la percezione visiva e uditiva, possiamo distinguere due differenti situazioni date dalla minor capacità percettiva o dalla totale assenza di percezione. Così, per la vista, abbiamo da un lato chi vede meno (ipo-vedente) e chi non vede (non-vedente, o cieco). Allo stesso modo, per l'udito, possiamo distinguere tra chi sente poco e chi ha una forte perdita dell'udito. Se da un lato colpiscono maggiormente le situazioni di perdita della percezione (persona sorda o cieca), dall'altro ci si accorge di come le situazioni di riduzione percettiva – dovute, ad esempio, anche all'invecchiamento – siano piuttosto frequenti. Da ciò nasce un doppio atteggiamento: una maggiore chiarezza informativa (visiva e sonora) per chi ha minori "abilità" sensoriali, e strategie comunicative alternative per chi ha la carenza di un canale percettivo.

In relazione alle persone con forti problemi visivi – **ipovedenti** – è utile garantire buoni livelli di illuminazione e, al tempo stesso, evitare situazioni di abbagliamento o di vista in "contro luce". E' utile anche predisporre scritte (soprattutto quelle informative) di ampie dimensioni, con un buon contrasto scritta/sfondo, evitare caratteri particolari, complessi o poco leggibili, evitare di sovrapporre le scritte a sfondi visivamente complessi (immagini o texture) che confondono la lettura. Attenzioni simili devono essere prese per tutte le indicazioni poste su oggetti, attrezzature, dispositivi (comandi, pulsanti, ecc.).

Le persone cieche – **non vedenti** – difficilmente viaggiano da sole, in

---

---

---

---

completa autonomia, ma non è da escludere (basti pensare ad una persona cieca che per una sua competenza, si reca in una città per un convegno: viene accompagnato da chi lo ospita in giro per la città, ma alla sera viene lasciato "solo" in albergo). In ogni caso va considerato che la persona non vedente potrebbe essere affiancata da un accompagnatore o da una cane guida, e spesso utilizza il bastone bianco come ausilio per la mobilità. Per i non vedenti sono utili le indicazioni a rilievo o in Braille (bisogna tener presente che non sono molti quelli che conoscono questo sistema di scrittura) ma possono anche essere pensate modalità di informazione tramite messaggi vocali. Per i ciechi è importante conoscere l'organizzazione spaziale della struttura (magari con una mappa a rilievo o una maquette), e una distribuzione semplice e lineare (con percorsi ortogonali e direttrici ordinate) è più semplice da ricordare e facilita l'orientamento. La scelta di utilizzare sistemi di guida tattile a pavimento può dipendere dal tipo di struttura e dal contesto, mentre in ogni caso si dovrebbe tener conto dei materiali di pavimentazione (per il contrasto cromatico e le differenze tattili) in modo che possano fornire indicazioni per l'orientamento. Porre attenzione agli elementi sporgenti (che potrebbero essere urtati) e considerare gli elementi che costituiscono delle "guide naturali" (pareti, muretti, cordoli, siepi, ecc.) per la mobilità e l'orientamento delle persone cieche.

Le persone con problemi di udito – **ipo udenti** e **non-udenti** – possono essere anziani che hanno perso sensibilità uditiva o persone che, per ragioni diverse, hanno una perdita (parziale o totale) dell'udito e che possono essere in grado di leggere le labbra. Per tutti è opportuno che le comunicazioni sonore (messaggi verbali, informazioni acustiche, allarmi) prevedano un volume più alto, ma soprattutto che non siano disturbate da rumori di fondo. In generale, quindi, è importante assicurare un comfort acustico, evitando situazioni di riverbero e rimbombo. Inoltre, favorire le situazioni che permettano alla persona con difficoltà di udito di avere un controllo visivo dello spazio che lo circonda (non potendo avere un controllo acustico). In relazione ai dispositivi multimediali (tv, radio, ecc.) prevedere la possibilità di utilizzare le cuffie e di regolare il volume; inoltre prevedere modalità di comunicazione alternative a quelle acustiche (ad esempio messaggi di testo, tipo sms, al posto del telefono per comunicare con la reception).

In merito agli **altri sensi** (olfatto, gusto, sensibilità tattile), la cui mancanza comporta minori difficoltà non devono comunque essere dimenticate alcune difficoltà quali il non percepire gli odori, e quindi non avvertire pericoli (gas, bruciato, ecc.). Per questo è bene che ci siano sistemi di sicurezza automatici

---

---

o non percepire la temperatura, e pertanto è bene evitare l'uso di acqua troppo calda (miscelatori termostatici) e proteggere dal contatto con elementi ad elevata temperatura (tubi, radiatori, ecc.).

---

---

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2005) *Spazi incontro alla disabilità. Progettare gli ambienti di vita nelle pluriminorazioni sensoriali*, Erikson, Trento
- Aglieri Rinella, T. (2011), *Hotel design, fondamenti di progettazione alberghiera*, Marsilio, Venezia.
- Arenghi A.(a cura di) (2007), *Design for All, progettare senza barriere architettoniche*, UTET, Torino
- Argentin. I., Clemente M., Empler T. (2004), *Eliminazione Barriere Architettoniche*, DEI, Roma
- Augè M.(2009), *Non Luoghi. Introduzione a un'antropologia della surmodernità*, Elèuthera
- Azzolino M.C. e Lacrignola A. (a cura di) (2011) *Progettare per tutti - Dalle barriere architettoniche all'accessibilità*, Politecnico di Torino, Torino
- Canalini, R., Ceccarani, P., Storani, E., von Prondzinski, S., (2005), *Spazi incontro alla disabilità. Progettare gli ambienti di vita nelle pluriminorazioni sensoriali*, Erickson, Trento.
- Collina, L., Scullica, F., (2005) *Designing Designers: Designing Hospitality*, Polidesign, Milano
- Coppola Pignatelli P.(1977), *I luoghi dell'abitare*, Officina, Roma
- Del Zanna G. (1994), *Quattro normative a confronto*, Rima Ed. Ass. Paraplegici Lombardia, Milano.
- Del Zanna G. (1992), "Cultura e Progetto dell'Accessibilità", Rima editrice, Milano.
- 
-



- 
- 
- Del Zanna G. (1996), *Uomo, disabilità, ambiente*, Abitare Segesta, Milano.
- Del Zanna G. e altri (2005), *Progettare l'Accessibilità*, Grafill, Palermo.
- Dell'Acqua Bellavitis A. (1984), *Storia e cultura dell'arredo, per il controllo dell'habitat*, Milano CUSL
- Dell'Acqua Bellavitis, A., Scullica (2005), F., Voce "Contract design" in *Dizionario della Comunicazione*, Hoepli, Milano, 2005
- Domus, special report Hotels*, allegato al numero 949 di Domus n. 949, luglio agosto 2011
- Dreyfuss H. (1994), *Le misure dell'uomo e della donna*, BEMA, Milano.
- Empler, T., (1997), *Progettare per il comfort urbano e d'interni*, Maggioli, Rimini.
- Fiere Internazionali di Bologna (1995), *La casa, il tempo e luogo*, SAIE
- G. Cervetta, (2007) *Paesaggi temporali urbani. Ricerca progettuale per un'ospitalità di nuova generazione*, tesi di dottorato di ricerca in disegno industriale e comunicazione multimediale, Politecnico di Milano,
- Goldsmith, S., (2000), *Universal design*, Architectural Press. Marsicano, S. (a cura di), (2002), *Abitare la cura*, Franco Angeli, Milano.
- Gottfried A., (2007) *Quaderni del manuale di progettazione edilizia. L'edilizia turistica e alberghiera*, Hoepli, Milano.
- Guerrini, L., (2006) *Design degli Interni*, Franco Angeli, Milano, 2006
- Hall E. (1991), *La dimensione nascosta. Vicino e lontano: il significato delle distanze tra le persone*, Tascabili Bompiani, Milano,
- J. G. Sleimann, *Contemporary hotels and reused building*, tesi di dottorato di ricerca in architettura degli interni e allestimento, Politecnico di Milano, 2008.
- Mancini E., Francois Jegou (2003), *Quotidiano sostenibile: scenari di vita quotidiana*, Milano, Edizioni Ambiente
- Marcetti C., N.Solimano, A. Tosi (2000), *Le culture dell'abitare* Edizioni Polistampa
- Nencini F., S.Pirovano (2005), *I Non Luoghi* Silvana Editoriale Milano
- OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), *ICF - Classificazione Internazionale del funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erickson, Trento.
- Ornati A. (2000), *Architetture e barriere. Storia e fatti delle barriere architettoniche in*
- 
-

*Italia e all'estero*, Franco Angeli, Milano

Panero J. e Zelnik M. (1983), *Spazi a misura d'uomo*, BE-MA Editrice, Milano.

Papanek V. (1973), *Progettare per il mondo reale*, Mondadori, Milano.

Pisano E. (1987), *Progettare, stare, fare*, Franco Angeli, Milano.

Rizzi, G. ,(2009) *Hotel Experience*, Dogma, Milano, 2009

Rizzi, G., (2007) *Il benessere in hotel*, idea books, Milano,

Scullica, F. , *Interni Ospitali*, Maggioli, Milano, 2008

Scullica, F., (2000) *Lo spazio privato alberghiero. Realizzazioni e considerazioni disciplinari*, tesi di dottorato di ricerca in Arredamento e Architettura degli Interni, XI ciclo, Politecnico di Milano.

Scullica F., Del Zanna G., Fossati M.R. (2012), *Human Hotel Design*, Franco Angeli, Milano

Vescovo F. (a cura di) (1997), *Progettare per tutti senza barriere architettoniche*, Maggioli, Rimini.

Virgilio Cesarone (2008), *Una fenomenologia dell'abitare*, Edizioni Marietti

Vitta M. (2003), *Dell'Abitare: corpi, spazi, oggetti, immagini*, Einaudi Torino

---

---