

Community_Farm

La presente è la tesi di laurea per il corso di Design degli Interni presso la facoltà del Design del Politecnico di Milano dello studente Giorgio Deplano (nm 762548) di cui è relatore il Professore Francesco Scullica.

Il tema proposto è quello della creazione di una struttura ricettiva per un'utenza specifica. Il caso studio preso in esame è stato il flusso di persone che si spostano per motivi di salute, la mobilità sanitaria.

La domanda di ricerca a cui la tesi dovrà rispondere è se attualmente per tale utenza siano presenti sul mercato opportune strutture ricettive, e in caso di risposta negativa si dovrà progettare una struttura ricettiva per tale utenza.

L'iter progettuale partirà da un'analisi sulla mobilità sanitaria, passando da una ricerca sulla situazione mondiale a quella italiana, sino ad arrivare al caso specifico di Milano. La prima fase di ricerca si è risolta con la definizione di alcuni disagi e la mancanza di strutture adeguate per la nostra utenza.

Si è quindi passati alla progettazione di una struttura ricettiva adeguata, per far ciò si è ricercato tra le attuali realtà ricettive e abitative, nuove e vecchie, quei dettagli organizzativi, quelle filosofie, quella cultura, che potesse aiutare a costruire un consistente ventaglio di dati e casi studio.

Successivamente, una volta inquadrata la struttura della cascina come luogo adatto ad ospitare questa nuova struttura ricettiva, per motivi estetici e culturali, si è trovato opportuno analizzarla sia in un'ottica più generale, che in riferimento alla situazione milanese.

Il prodotto esito della tesi sarà una nuova tipologia di struttura ricettiva, che ospitata all'interno di una cascina, sarà capace attraverso l'atmosfera data agli spazi e allo studio dei servizi offerti, di rispondere accuratamente ai bisogni della nostra utenza.

INDICE

-
- 1. Mobilità | turismo sanitario
 - 1.1 Introduzione al tema
 - 1.2 Il turismo sanitario nel mondo
 - 1.2.1 I principali motivi del trend
 - 1.3 La mobilità sanitaria in Italia
 - 1.3.1 La mobilità internazionale
 - 1.3.2 La mobilità interregionale
 - 1.3.3 La mobilità intrarregionale
 - 1.4 Implicazioni della mobilità sanitaria
 - 1.4.1 Implicazioni epidemiologiche
 - 1.4.2 Implicazioni sociali
 - 1.4.3 Implicazioni economiche
 - 1.5 La salute a Milano
 - 1.5.1 I presidi ospedalieri
 - 1.5.2 Istituzioni, enti e associazioni
 - 1.5.3 Mappatura
 - 2. L'ospitalità
 - 2.1 Le strutture ricettive nel contesto italiano
 - 2.1.1 Strutture alberghiere
 - 2.1.2 L'albergo diffuso
 - 2.1.3 Strutture extra alberghiere
-

- 2.1.4 Il bed&breakfast
- 2.1.5 L'agriturismo
- 2.1.6 L'ostello
- 2.1.7 Strutture all'aperto

2.2 Modelli collaborativi di ospitalità

- 2.2.1 Il couchsurfing
- 2.2.2 Il cohousing
- 2.2.3 L'housing sociale

2.3 Ospitalità sanitaria a Milano

- 2.3.1 Residenza sanitaria di ospitalità protetta
- 2.3.2 Casa funny
- 2.3.3 Casa amica
- 2.3.4 Casa prometeo
- 2.3.5 Hotel san rafael
- 2.3.6 Mappatura

3. La casa rurale

- 3.1 Introduzione alla casa rurale
 - 3.2 Cenni storici
 - 3.3 Gli spazi verdi
 - 3.4 Rapporto ambiente | casa rurale
 - 3.5 Le cascine di Milano
 - 3.5.1 Situazione attuale
-

- 3.5.2 Mappatura
 - 3.5.3 Il progetto "CASCINE EXPO 2015"
 - 4. Il progetto
 - 4.1. Community Farm: concept
 - 4.2 Il contesto: la mobilità sanitaria in Italia
 - 4.2.1 La mobilità interregionale
 - 4.2.2 Le tipologie di utenti
 - 4.3 Il modello di ospitalità
 - 4.3.1 L'housing sociale come modello
 - 4.3.2 Il gestore sociale
 - 4.4 La scelta delle cascine
 - 4.4.1 Cascine lombarde e milanesi
 - 4.4.2 La cascina "Sella Nuova"
 - 4.5 Sviluppo progettuale
 - 4.5.1 La Community_Farm
 - 4.5.2 Il sistema dei servizi
 - 4.6 Le strutture (intenti)
 - 4.6.1 Scenari degli spazi
 - 4.6.2 Analisi delle funzioni
 - 4.7 Scelte progettuali
-

- 4.7.1 Materiali e forme
- 4.7.2 Criteri nell'uso del colore

4.8 La reception

4.9 I blocchi camera

- 4.9.1 La camera tipo

4.10 La zona comune

- 4.10.1 Zona ristorante
- 4.10.2 Zona ludica
- 4.10.3 Zona relax/proiezioni

4.12 La cucina

4.13 Il market a filiera corta

4.14 Il verde e i percorsi

INDICE

IMMAGINI_TABELLE_MAPPE

Indice immagini:

1. Esempio di turismo termale | <http://www.hotelp plazamilanomarittima.com>
 2. Esempio di fitness holiday | <http://www.fitnessholiday.net>
 3. Esempio di wellbeing holiday | <http://www.residencediamant.it>
 4. Clinica ayurveda India | <http://www.ayurvedaindia.it/>
 5. Artemis Hospital Guarcaon | <http://www.artemishospital.in/>
 6. Clinica chirurgica estetica Silvermounth, Ungheria, Budapest | <http://gesundheits.hu/it/home/>
 7. Clinica dentistica Albania | <http://www.dentistiinalbania.com>
 8. Clinica dentistica/estetica Croazia | <http://www.dentisti-estetici.com>
 9. Dentaturism Roma | <http://www.albstudio.ro/>
 10. Immagine evocativa della mobilità internazionale | Autoreferenziale
 11. Clinica Luisenlinik Germania | <http://www.hospitalscout.com>
 12. Foldi Klinik Germania | <http://www.klosetraining.com>
 13. Residenza Valle dei Laghi Como | http://www.residenzavalledeilaghi.it/la_struttura.html
 14. Immagine evocativa della mobilità interregionale | Autoreferenziale
 15. Residenza sanitaria di ospitalità protetta | <http://www.policlinicogemelli.it/area/?s=193>
 16. Casa Ronald MC Donalds | <http://www.fondazioneronald.it/>
 17. Immagine evocativa della mobilità intraregionale | Autoreferenziale
 18. Pisa Hotel | <http://www.pisahotel.info/pisa-oltre-il-turismo/ospedale-cisanello.php>
 19. Esterno Ca Granza Niguarda | <http://www.ospedaleniguarda.it>
-

20. Esterno Casa di Cura Columbus | <http://www.cdccolumbus.it/>
 21. Esterno IRCCS | <http://www.indipendentelucano.it>
 22. Insegna Ospedale S.Giuseppe | <http://www.multimedica.it>
 23. Mappa dell'albergo diffuso Sas Benas | <http://www.sasbenas.it/>
 24. B&B residence San Lorenzo | <http://www.residencesanlorenzo.com/>
 25. B&B il pioppo e la fonte | <http://www.ilpioppoelafonte.it/>
 26. Agriturismo Corte Virgiliana | <http://www.cortevirgiliana.it/index.php>
 27. Indigo youth hostel | <http://www.indigohostel.com/>
 28. Ostello bello | <http://www.ostellobello.com/it>
 29. Michelberger hotel | <http://www.michelbergerhotel.com/#/rocket>
 30. Mappa dei Couchsurfer nel mondo | <http://www.couchsurfing.org/>
 31. Greenhouse cohousing | <http://www.cohousing.it/content/blogcategory/23/24/>
 32. Housing sociale, Adelaide Wharf | http://www.e-architect.co.uk/london/adelaide_wharf.htm
 33. Housing sociale, Louis Blanc | <http://www.archdaily.com/17568/louis-blanc-social-housing-ecdm/>
 34. 35. Housing sociale, Donnybrook, quartiere residenziale a Londra | <http://www.lindustria-dellecostruzioni.it/2009/mag-giu/407.html>
 36. Housing sociale, Carabanchel | <http://www.treehugger.com/sustainable-product-design/carabanchel-housing-by-foreign-office-architects.html>
 37. Housing sociale, Thin Flats | http://greensource.construction.com/projects/2009/01_Thin-Flats.asp
 38. 39. 40. Scene di vita contadina | <http://www.cde-bagnoaripoli.it/cde/mezz/mezzatest/0buoi.htm>
-

-
41. Vista di San Gimignano | <http://www.sangimignano.com/>
42. La villa-fattoria di Cosimo dei Medici a Careggi, realizzata da Micheluzzo | <http://brunelleschi.imss.fi.it/itinerari/luogo/VillaMediceaCareggi.html>
43. Villa Medicea di Artimino, chiamata anche "La Ferdinanda" o Villa dei cento camini, realizzata da Bernardo Buontalenti a Carmignano | http://it.wikipedia.org/wiki/Villa_medicea_di_Artimino
44. Vista dall'alto di "Cascina Cavriana", Milano Est | www.googlemaps.com
45. Orto | www.gettyimages.it
46. 47. Esempio di piante medicinali | www.gettyimages.it
48. 49. Orto | www.gettyimages.it
50. 51. Disegno d'epoca del Monastero di San Gallo | <http://www.francescocorni.com/disegni.php?disegniPage=1>
52. Casa rurale del Nord-Italia | <http://www.panoramio.com/>
53. Casa rurale toscana | http://it.123rf.com/photo_8875483_tipica-casa-colonica
54. Esempio di "Masseria", casa rurale Pugliese e Sicula | http://it.wikipedia.org/wiki/File:Masseria_Salatino_Mottola.jpg
55. Esempio di casa rurale in terra cruda | <http://www.architetturaesostenibilita.it/terra%20cruda.htm>
56. Casa rurale in pietra | www.spoletto.it
57. Disegni a penna su carta, con inchiostro seppia | dal "Libro dei frati del monastero di Chiaravalle"
58. Giovanni Battista Claricio: Carta dei dintorni di Milano ! dal "Libro dei frati del monastero di Chiaravalle"
59. Cascina Boldinasco, via De Lemene, 48/50 - Milano | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
-

60. Cascina Caldera, via Caldera, 65 - Milano | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 61. Cascina San Bernardo, via Sant'Arialdo, 133 - Milano | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 62. Cascina Villa Landa, via Corelli, 142 - Milano | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 63. Cascina Caldera | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 64. Cascina Rizzardi | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 65. Cascina Melghera | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 66. Cascina Cuccagna | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 67. Cascina Lonati | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 68. Cascina Boldinasco | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 69. Cascina Sella Nuova, via Sella Nuova, 34 - Milano | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 70. Immagine evocativa della mobilità interregionale | Autoreferenziale
 71. Residenza Maritti | <http://www.residenzamaritti.com/#>
 72. Pisa Hotel | <http://www.pisahotel.info/pisa-oltre-il-turismo/ospedale-cisanello.php>
 73. Casa Ronald MC Donalds | <http://www.fondazioneronald.it/>
 74. Residenza Valle dei Laghi Como | http://www.residenzavalledeilaghi.it/la_struttura.html
 75. Residenza sanitaria di ospitalità protetta | <http://www.policlinicogemelli.it/area/?s=193>
-

-
76. Clinica ayurveda India | <http://www.ayurvedaindia.it/>
 77. Greenhouse cohousing | <http://www.cohousing.it/content/blogcategory/23/24/>
 78. Ostello bello | <http://www.ostellobello.com/it>
 79. Housing sociale, Carabanchel | <http://www.treehugger.com/sustainable-product-design/cara-banchel-housing-by-foreign-office-architects.html>
 80. Housing sociale, Thin Flats | http://greensource.construction.com/projects/2009/01_Thin-Flats.asp
 81. Giovanni Battista Claricio: Carta dei dintorni di Milano ! dal "Libro dei frati del monastero di Chiaravalle"
 82. Cascina San Bernardo | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 83. Cascina Villa Landa | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 84. Cascina Caldera | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 85. Cascina Caldera | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 86. Cascina Rizzardi | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 87. Cascina Boldinasco | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
 88. Vista dall'alto dell'area compresa dalla "Cascina Sella Nuova" | www.googlemaps.it
 89. Localizzazione della cascina rispetto a Milano, considerando i collegamenti (tramite metropolitana) con i maggiori ospedali cittadini | Autoreferenziale
 90. Mercato agricolo a filiera corta | <http://www.cuccagna.org/portal/IT/handle/?page=homepage>
 91. Pet-therapy | <http://www.pethotels.it/blog/associazione/corso-di-specializzazione-attivi->
-

- ta-educazione-e-terapie-con-piccoli-animali/
92. I-pad | <http://www.express-magazine.trungcapnghebinhduong.edu.vn/vnexpress/867/ghi-am-cuoc-goi-skype-khi-dung-iphone-hoac-ipad>
93. Ricostruzione digitale dei volumi della cascina | Autoreferenziale
94. Disposizione degli edifici della cascina Sella Nuova | Autoreferenziale
95. Foto della cascina Sella Nuova | <http://insellanuova.it/galleria>
96. Foto della cascina Sella Nuova | <http://insellanuova.it/galleria>
97. Foto della cascina Sella Nuova | <http://insellanuova.it/galleria>
98. Foto della cascina Sella Nuova | <http://insellanuova.it/galleria>
100. Foto della cascina Sella Nuova | <http://insellanuova.it/galleria>
101. Foto della cascina Sella Nuova | <http://insellanuova.it/galleria>
102. Cascina Cuccagna | http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_e_oltre_expo_2015.pdf
103. Piet Hein Eek: scrapwood wall | <http://www.designboom.com/weblog/cat/8/view/12152/piet-hein-eek-scrapwood-wallpaper.html>
104. Teoria dei colori | <http://www.disegnamo.it/2011/11/teoria-del-colore/>
105. Michelberger hotel | <http://www.michelbergerhotel.com/#/rocket>
106. Mappa funzioni - edifici | Autoreferenziale
107. Uxua casa hotel | <http://uxua.com>
108. Ristorante U Barba | www.ubarba.it/
109. Materasso per ospiti muji ! <http://www.muji.eu/pages/online.asp?V=1&Sec=19&Sub=81&PID=782>
110. Seduta ambientale multiuso, Cratier lake | <http://www.contemporist.com/2011/10/10/crater-lake-by-24°-studio/>
-

Indice tabelle:

Tabella 1. Inbound international medical tourism trips by world region (2005) | Elaborazione su dati TRAM - Tourism Research and Marketing 2006

Tabella 2. Prezzi medi indicativi per interventi medico-sanitari in USA e India | <http://www.medical-tourism.us/>

Tabella 3. Dental treatment: confronto fra prezzi in India e USA (2004) | Medical Tourism India (2005)

Tabella 4. Percentuali delle tre modalità di mobilità sanitaria | Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, 2006;

Tabella 5. Dati sulla mobilità internazionale | Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

Tabella 6. Il perchè dei viaggi della speranza | Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, 2006;

Tabella 7. Italiani che si recano all'estero | Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

Tabella 8. Motivazioni della mobilità interregionale | Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

Tabella 9. Flussi interregionali per motivi di cura | Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

Tabella 10. Motivazioni della mobilità intraregionale | Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

Tabella 11. Disponibilità a rivolgersi al Servizio Sanitario di un'altra regione in caso di un grave problema di salute - Per ripartizione geografica | Indagine Fbm-Censis, 2009

Tabella 12. I disagi per i pazienti migrati | Indagine Fbm-Censis, 2007

Tabella 13. Percentuali delle tre modalità di mobilità sanitaria | Cittadinanzattiva

- Tribunale per i diritti del malato, 2006;

Tabella 14. Motivazioni della mobilità interregionale | Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

Tabella 15. Disponibilità a rivolgersi al Servizio Sanitario di un'altra regione in caso di un grave problema di salute - Per ripartizione geografica | Indagine Fbm-Censis, 2009

Tabella 16. Flussi interregionali per motivi di cura | Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

Tabella 17. I disagi per i pazienti migrati | Indagine Fbm-Censis, 2007

Indice mappe:

Mappa 1. Mappatura generale presidi ospedalieri Milano | Autoreferenziale

Mappa 2. Aziende ospedaliere | Autoreferenziale

Mappa 3. Istituti di ricerca | Autoreferenziale

Mappa 4. Ospedali classificati | Autoreferenziale

Mappa 5. Mappatura hotel convenzionati | Autoreferenziale

Mappa 6. Mappatura case di accoglienza convenzionati | Autoreferenziale

Mappa 7. Mappatura residence convenzionati | Autoreferenziale

Mappa 8. Mappatura delle 59 sono le cascine di proprietà comunale | Autoreferenziale

Mappa 9. Mappatura delle 13 sono sede di aziende agricole | Autoreferenziale

Mappa 10. Mappatura delle 10 sono sede di strutture di accoglienza, cura e integrazione sociale gestite da soggetti | Autoreferenziale

Mappa 11. Mappatura delle 12 sono sede di uffici e servizi pubblici comunali | Autore-

fenziale

Mappa 12. Mappatura delle 7 sono utilizzate da istituzioni pubbliche o da associazioni di cittadini per attività culturali, didattiche e di intrattenimento aperte al pubblico - 2 ospitano ristoranti gestiti da privati | Autoreferenziale

Mappa 13. Mappatura delle 4 sono affittate come residenza - 3 sono oggetto di progetti di recupero ad uso residenziale | Autoreferenziale

Mappa 14. Mappatura delle 6 sono utilizzate senza titolo come residenza | Autoreferenziale

Mappa 15. Mappatura delle 59 sono le cascine di proprietà comunale | Autoreferenziale

Mappa 16. Mappatura delle 10 sono sede di strutture di accoglienza, cura e integrazione sociale gestite da soggetti | Autoreferenziale

Mappa 17. Mappatura delle 7 sono utilizzate da istituzioni pubbliche o da associazioni di cittadini per attività culturali, didattiche e di intrattenimento aperte al pubblico - 2 ospitano ristoranti gestiti da privati | Autoreferenziale

Mappa 18. Mappatura delle 4 sono affittate come residenza - 3 sono oggetto di progetti di recupero ad uso residenziale | Autoreferenziale

1. MOBILITA' | TURISMO SANITARIO

INDICE

MOBILITÀ | TURISMO SANITARIO

- 1.1 Introduzione al tema
 - 1.2 Il turismo sanitario nel mondo
 - 1.2.1 I principali motivi del trend
 - 1.3 La mobilità sanitaria in Italia
 - 1.3.1 La mobilità internazionale
 - 1.3.2 La mobilità interregionale
 - 1.3.3 La mobilità intrarregionale
 - 1.4 Implicazioni della mobilità sanitaria
 - 1.4.1 Implicazioni epidemiologiche
 - 1.4.2 Implicazioni sociali
 - 1.4.3 Implicazioni economiche
 - 1.5 La salute a Milano
 - 1.5.1 I presidi ospedalieri
 - 1.5.2 Istituzioni, enti e associazioni
 - 1.5.3 Mappatura
-

1.1



INTRODUZIONE AL TEMA

Le implicazioni della globalizzazione sui sistemi sanitari hanno ricevuto una crescente attenzione nella recente pubblicistica, in particolare in seguito al General Agreement on Trade in Services (GATS) del 1995. Questo ha sicuramente messo sia i politici che gli studiosi in ambito sanitario (Yach e Bettcher, 1998; Woodward, 2001) di fronte a sfide nuove, anche se non sempre del tutto inedite, ma che si propongono oggi con una complessità ed una importanza sicuramente accentuate rispetto al passato. Oltre alla relazione tra mobilità trans-nazionale e malattie trasmissibili, la globalizzazione ha importanti implicazioni anche per quanto riguarda gli scambi internazionali di beni e servizi legati alla salute e di individui (pazienti e professionisti).

Parlando in termini generali, esistono quattro modalità secondo cui il commercio internazionale dei servizi sanitari può realizzarsi:

A. "cross-border service supply", 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. "consumption abroad", 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.

La tesi si concentra sul caso rappresentato al punto (B) pur riconoscendo che esistono comunque correlazioni sia positive di complementarità sia di sostituzione tra i diversi casi sopraelencati (1).

Nota 1. La mobilità internazionale di pazienti, in particolare dai paesi più ricchi a quelli in via di sviluppo, funge spesso da stimolo agli investimenti di finanziatori stranieri nella costruzione di infrastrutture sanitarie nei paesi ospitanti, e viceversa, secondo un meccanismo self-reinforcing.

1.2

IL TURISMO SANITARIO nel MONDO

1.2.1 PRINCIPALI MOTIVI DEL TREND

Secondo la definizione formulata dal World Tourism Organisation (WTO) per turismo si intende *"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"* (2).

Risulta piuttosto chiaramente che il turismo soffre di per sé di una ambiguità di fondo che spesso ne limita l'identificazione come vero e proprio "settore": esso si manifesta infatti come insieme di specifici atti di consumo e di conseguenza i beni e servizi scambiati sui mercati turistici e le risorse utilizzate dai turisti sono identificabili con esattezza esclusivamente dal lato della domanda e non a priori, sulla base di caratteristiche merceologiche.

E' la motivazione del viaggio e soggiorno che determina 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 IXX 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

Nota 2. Per diverse definizioni di turismo si veda anche Burkart e Medlik (1974), Safari (1977).

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 climatoterapia 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

Nota 3. In questo segmento si possono distinguere tre diverse tipologie di turismo: "wellbeing holiday", include lo spostamento per trarre un beneficio fisico e psicologico di carattere generale e aspecifico che l'individuo percepisce in maniera indiretta e passiva (derivante anche dal solo rilassarsi, o dall'aria più pulita); "wellness tourism", caratterizza invece un viaggio che lega well-being e fitness, quindi un'attività fisica e mentale di tipo attivo (cure di bellezza, attività aerobica, attività di meditazione, massaggi, ecc.). Infine per "turismo termale" si intende invece il viaggio presso fonti termali o health resorts. In generale, soltanto negli ultimi due casi si può parlare di turismo medico-sanitario.



In senso orario da sinistra:

***Immagine 1.** Esempio di "wellbeing holiday"*

***Immagine 2.** Esempio di "fitness holiday"*

***Immagine 3.** Esempio di "turismo termale"*

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 al viaggio 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 del presente studio 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.

1.2.1 PRINCIPALI MOTIVI DEL TREND

Numerosi fattori alimentano e sostengono il recente trend verso una crescita del turismo medicosanitario (Garcia-Altés, 2005).

In particolare questo fenomeno si lega a cambiamenti demografici e negli 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 questi giocano nella ricerca delle cure più adatte al proprio caso sono elementi determinanti per capire come le possibilità di viaggiare per la salute sia diventato sempre più frequente. Oltre a questi fattori, si può spiegare la decisione individuale di viaggiare all'estero per ricevere cure mediche attraverso quattro elementi:

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

Nota 4. La prevalenza di malattie croniche nella popolazione anziana, ad esempio, può considerarsi uno degli elementi decisivi. Si tratta con maggiore frequenza di interventi non di emergenza che possono essere associati ad un viaggio internazionale per la cura.

CLINICA AYURVEDA_INDIA



La clinica effettua vari trattamenti per il benessere psico-fisico del paziente; Assicura un costo delle prestazioni sanitarie inferiori agli standard internazionali (inoltre, nel prezzo dei trattamenti è anche incluso il biglietto aereo); Consente l'alloggio nella struttura anche all'accompagnatore; Organizza, all'interno della struttura, corsi di meditazione e altre pratiche orientali. Inserisce nel pacchetto dei trattamenti anche viaggi culturali (città e natura).

Immagine 4.

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 pa-

zienti 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 na-

ARTEMIS HEALTH ISTITUTE_INDIA



L'istituto offre cure mediche a prezzi vantaggiosi rispetto agli standar del mercato internazionale; Offre un servizio di recupero e accompagnamento per l'aeroporto; Convenzioni con Hotel; Al suo interno vi sono vari ristoranti internazionali;

Immagine 5.

zionale quindi l'opzione estera si offre al paziente in alternativa al ricorso a strutture private nel proprio paese.

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 anonimo 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 sostanzialmen-



Immagine 6. Clinica chirurgica estetica Silvermounth, Ungheria, Budapest

te price-driven spicca il peso, in termini di numero di pazienti, dei paesi asiatici, come indicato nella tabella 1.

Per questo pare corretto, come primo passo nell'analisi esplorativa, concentrarsi su quest'area in fortissima espansione per quanto riguarda la crescita del turismo medico-sanitario.

Tra i paesi asiatici L'India si dimostra particolarmente attiva nell'"esportazione" di servizi sanitari. In particolare l'area di specializzazione preminente risulta essere

la chirurgia ed i servizi in aree come la neurologia, cardiologia, endocrinologia ed urologia. L'elevato standard qualitativo delle strutture e del personale fa dell'India una delle mete principali per il turismo sanitario internazionale. In India, un'operazione di bypass coronarico costa attorno alle 70.000 - 100.000 Rs, a fronte delle 1.5 - 2.0 milioni di Rs che costerebbe ad esempio negli USA. Ospedali privati altamente specializzati, come quelli che fanno parte della catena degli Apollo Hospitals trattano casi ed interventi su pazienti provenienti da tutto

COUNTRY/REGION	MEDICAL TOURIST
EUROPEAN UNION	12.000.000
NORTH AMERICA	6.000.000
ASIA	750.000
MIDDLE EAST	250.000
OTHER EUROPE	125.000
LATIN AMERICA	15.000
AUSTRALIA	10.000
AFRICA	5.000

Tabella 1. *Inbound international medical tourism trips by world region (2005).*

Fonte: *Elaborazione su dati TRAM - Tourism Research and Marketing 2006*

il mondo e non solamente dai paesi industrializzati. Ogni anno circa 50.000 pazienti arrivano in India dal Bangladesh spendendo complessivamente oltre 1 Milione di US\$ per cure ed interventi medico-sanitari (Rahman, 2001).

La Tabella 2 riporta alcuni dati indicativi sulla comparazione tra il prezzo medio di alcuni interventi medici in India rispetto al prezzo degli stessi servizi, praticato dalle strutture statunitensi. In molti casi il costo delle cure in India risulta di almeno tre o quattro volte inferiore rispetto agli USA.

Sulla comparazione di prezzo chiaramente devono essere fatte delle precisazioni, specificando che un semplice confronto può non tener conto di differenze qualitative, relative anche a trattamenti accessori e complementari. Si tratta poi di prezzi medi che spesso non riflettono la grande diversità che si trova all'interno del mercato indiano, dove la varianza è decisamente superiore rispetto alla distribuzione dei prezzi nel mercato USA, molto più concentrata attorno al valore medio che quindi riflette bene la realtà osservata.

Come si può notare le differenze riguardano anche interventi di prima necessità e specializzati (chirurgia a cuore aperto) per le quali vi è un crescente mercato che va di pari passo all'incremento qualitativo dei servizi offerti dalle strutture indiane.

Tuttavia tra le principali specializzazioni rimangono interventi di tipo "elective", quali la chirurgia plastica.

Anche le cure odontoiatriche rappresentano procedure generalmente esclu-

se dagli schemi di copertura assicurativa o per le quali in molti casi si ricorre al settore privato anche in un sistema di copertura

pubblica universale.

La tabella 3 mostra alcune indicazioni sulle differenze di prezzo per

Treatment	India Cost	US Cost
Open Hearth Surgery	4.500	18.000
Cranio-Facial Surgery	4.300	13.000
Neuro Surgery	6.500	21.000
Simple Spine Surgery	4.300	13.000
Simple Brain Tumor	2.100	6.500
Biopsy	1.000	4.300
Surgery	4.300	10.000
Parkinson Lesion	2.100	6.500
Porcelain Metal Bridge	300	1.800
Porcelain Metal Crow	80	600
Root Canal	100	600
Tooth Withenings	110	350
Tooth Impactions	100	500

Tabella 2. Prezzi medi indicativi per interventi medico-sanitari in USA e India

Fonte: <http://www.medical-tourism.us/>

DENTISTI IN ALBANIA_ALBANIA



La clinica dentistica offre prezzi molto vantaggiosi rispetto agli standar del mercato internazionale; Offre un servizio di recupero e accompagnamento per l'aeroporto; Mette a disposizione un'assistenza personalizzata che segue il paziente e il possibile accompagnatore nella visita della città, ed è reperibile 24h su 24h se necessario;

Immagine 7.

i servizi odontoiatrici in India e negli USA. Anche in questo caso si può percepire, con tutte le avvertenze del caso espresse anche sopra in termini di comparazione internazionale, una sensibile differenza che può comprendere anche il costo del viaggio.

Non è solamente l'India ad essere

attiva e dinamica nel crescente mercato internazionale dei servizi sanitari.

Alcune delle principali stime disponibili evidenziavano circa 150.000 arrivi nel 2001 per turismo sanitario a Singapore, mentre nel 2005 il numero era cresciuto a 200.000 nel 2005.

Dental Procedure	US Cost		India Cost (US\$)
	General Dentist	Top End Dentist	Top End Dentist
Smile Designing	-	8.000	1.000
Metal Free Bridge	-	5.500	500
Dental Implants	-	3.500	800
Porcelain Metal Bridge	1.800	3.000	300
Porcelain Metal Crown	600	1.000	80
Tooth Impactions	500	2.000	100
Root Canal Treatment	600	1.000	100
Tooth Whitening	350	800	110
Tooth Colored	200	500	25
Tooth Cleaning	100	300	75

Tabella 3. Dental treatment: confronto fra prezzi in India e USA (2004)

Fonte: Medical Tourism India (2005)

DENTISTI IN CROAZIA_CROAZIA



La clinica dentistica offre prezzi molto vantaggiosi rispetto agli standar del mercato internazionale; Offre un servizio di navetta, gratuito, da Mialno e Venezia; Organizza gite per visitare la città e le aree verdi della zona;

Immagine 8.

Le principali nazioni di origine sono la Malesia e l'Indonesia. In totale, le stime più attendibili mostrano che il periodo di permanenza medio dei pazienti stranieri è di circa 5 giorni e la spesa individuale di oltre 1.280 Euro.

La strategia del paese è chiaramente orientata all'attrazione di pazienti internazionali.

SingaporeMedicine è il risultato di un'iniziativa governativa lanciata nel 2004 che si propone di gestire e offrire supporto a questo specifico mercato in forte espansione: si stima che per il 2012 oltre un milione di pazienti stranieri all'anno arriveranno a Singapore, generando ricavi per tre miliardi di US\$ e almeno 13.000 nuovi posti di lavoro con un effetto trainante sull'economia nazionale. In particolare, la strategia del paese è quella di porsi come punto di riferimento per il mercato del Medio Oriente.

Anche Thailandia e Malesia sono paesi particolarmente interessati da questo crescente fenomeno. In un solo anno, dal 2002 al 2003, il numero dei pazienti stranieri arrivati in Thailandia per ricevere cure mediche è aumentato del 13%.

Il turismo sanitario in Malesia è cresciuto in maniera esponenziale negli anni più recenti, di pari passo con la crescita di strutture sanitarie private.

I pazienti stranieri sono passati da 39.140 nel 1998 a 174.189 nel 2004. Un mercato che ha un valore stimato attorno ai 24 milioni di Euro all'anno.

CLINICA DENTATURISM_ROMANIA



La clinica dentistica offre prezzi molto vantaggiosi rispetto agli standar del mercato internazionale; Offre un'assistenza personalizzata al cliente, attraverso l'affidamento ad un "Tutor"; Organizza gite per visitare le città e le aree verdi della zona;

Immagine 9.

1.3

LA MOBILITA' SANITARIA in Italia

1.3.1 LA MOBILITA' INTERNAZIONALE
1.3.2 LA MOBILITA' INTERREGIONALE
1.3.3 LA MOBILITA' INTRANAZIONALE

La mobilità sanitaria è il termine usato per definire il flusso di fondi che parte dal Fondo Sanitario Regionale o Nazionale italiano e 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.

Quindi, un residente in zona 1, che è utente designato della ASL 1, può però rivolgersi alla ASL 2 per un qualsiasi motivo; questa sua decisione fa sì che la regione alla quale appartiene la ASL 1, la volta successiva dovrà destinare i fondi delle prestazioni somministrate a quel suo assistito alla ASL 2.

Nel caso in cui le due ASL appartenano alla stessa regione questo flusso di capitali prenderà corpo a livello regionale; viceversa, se l'utente ha cambiato regione dove ricevere i servizi sanitari, il flusso si attuerà a livello nazionale destinando i fondi ad un'altra regione piuttosto che a quella della sua residenza, tramite un sistema di compensazioni sanitarie interregionali di carattere finanziario.

Sul piano amministrativo e burocratico si distinguono due tipi di mobilità:

Mobilità attiva: quando alla ASL arrivano fondi per le prestazioni effettuate verso utenti di ASL esterne.

Mobilità passiva: quando i fondi destinati ad una ASL vengono dirottati verso l'ASL che ha effettuato le prestazioni in sua vece.

L'osservazione ed il monitoraggio della mobilità sanitaria sta assumendo un ruolo primario entro la programmazione sanitaria di ogni regione.

Le direttrici di traffico (Tabella 4) 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). Seguono gli spostamenti all'interno della propria regione ossia la mobilità intraregionale (36%) e la mobilità internazionale (20%).

Quest'ultima, come si avrà modo di leggere, contempla:

A. casi di cittadini italiani che per curarsi vanno sia verso Paesi dell'Unione Europea che verso Paesi extra Unione Europea;

B. casi di italiani che si trovano all'estero per altri motivi e necessitano di assistenza sanitaria;

C. casi di stranieri presenti sul territorio italiano che necessitano di essere regolari con il permesso di soggiorno che irregolari.

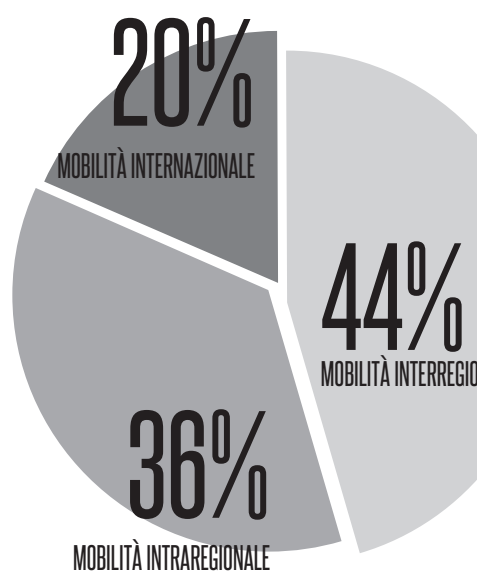


Tabella 4. Percentuali delle tre modalità di mobilità sanitaria

Fonte: Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, 2006;

1.3.1 LA MOBILITA' INTERNAZIONALE

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,



Immagine 10. Immagine evocativa della mobilità internazionale

Fonte: Autoreferenziale

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

CLINICA LUISENKLINIK_GERMANIA



La clinica è una clinica psichiatrica privata. Offre molti servizi tra i quali da l'opportunità di un'alloggio all'accompagnatore del malato, inoltre offre tutta una serie di attrezzature sportive quali campi da calcetto e una palestra, al suo interno vi è un ristorante e organizza gite nel territorio vicino.

ipotizzano ricadute particolarmente rilevanti in alcuni settori (le cure odontoiatriche, ad esempio) o per alcune aree geografiche (est europeo).

ALCUNI DATI

I dati sulla mobilità internazionale (Tabella 5) riguardano in maggioranza italiani che si recano all'estero per motivi di cura (60,9%), seguiti da stranieri in Italia (29%) e da segnalazioni che attengono a italiani domiciliati o residenti all'estero per altri motivi (10,1%).

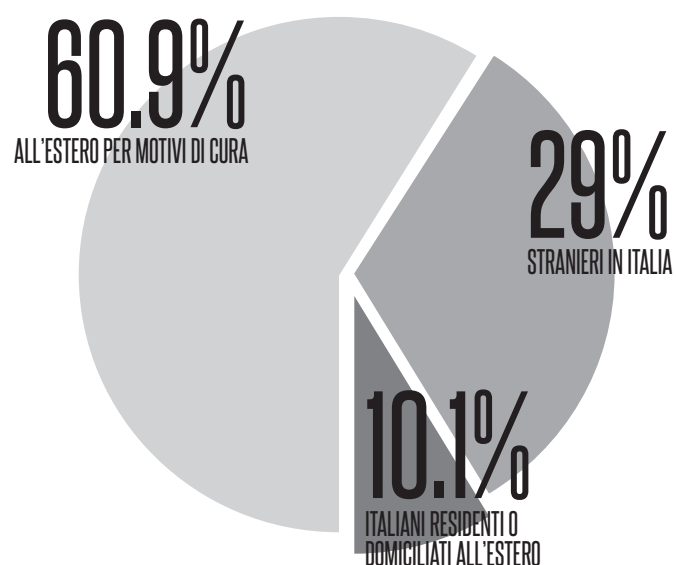


Tabella 5. Dati sulla mobilità internazionale

Fonte: Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

FÖLDI KLINIK_GERMANIA



La clinica è una clinica psichiatrica privata. Offre molti servizi tra i quali da l'opportunità di un'alloggio all'accompagnatore del malato, inoltre organizza eventi culturali legati all'arte, alla musica, e al cinema. Sono anche previste gite organizzate in città e nel territorio vicino.

Tra i motivi che inducono ad intraprendere questi "viaggi della speranza" troviamo la necessità di sottoporsi a specifiche terapie (28,1%), seguite da interventi chirurgici (21,9%) e malattie rare (15,6%) (Tabella 6).

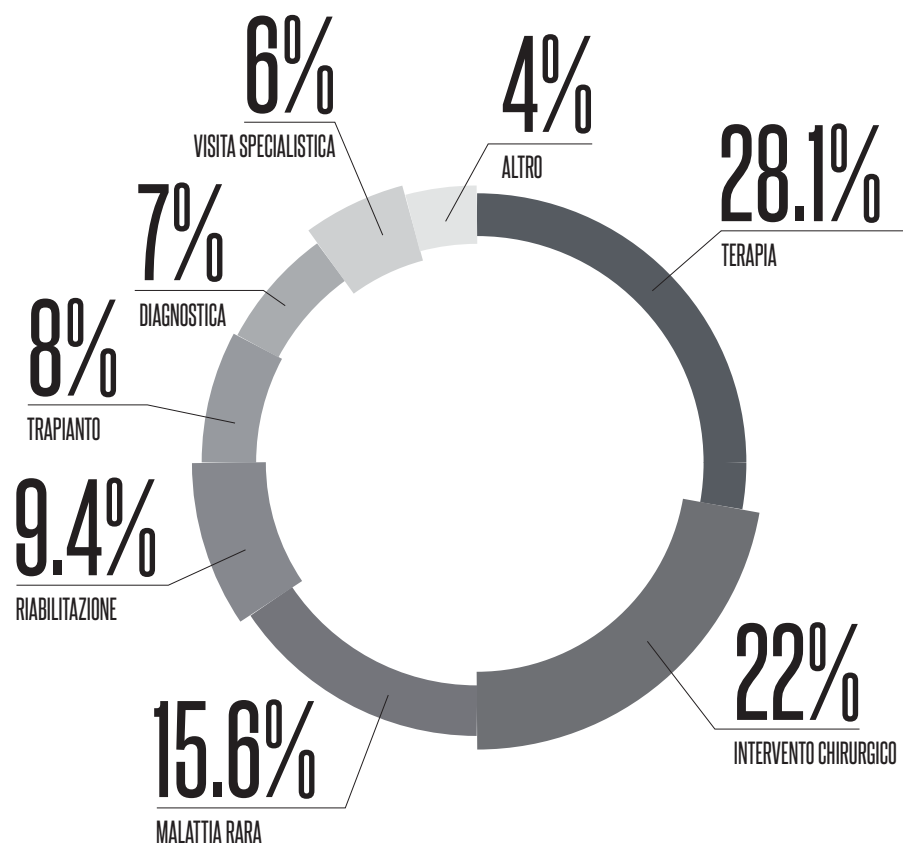


Tabella 6. Il perchè dei viaggi della speranza

Fonte: Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, 2006;

In Malesia risparmi il 40% e ti fai pure la vacanza



Turismo, relax e "ritocchi" di bellezza: sempre più vip e gente comune scelgono l'isola di Penang e Kuala Lumpur, capitale della Malesia, per sottoporsi a interventi di chirurgia plastica nelle cliniche specializzate. Il motivo? Il risparmio è sostanziale, si parla di una media del 40%.

Il beauty low cost - La tendenza è già affermata da più di tre anni negli Stati Uniti, dove sono presenti delle vere e proprie agenzie di tour operator che organizzano speciali "pacchetti", ma comincia a interessare anche l'Italia. "In un incontro avuto nel novembre del 2004 - spiega Rosa Lazzarini dell'Ente turismo malese - il ministro di Palang ha confermato il fenomeno esprimendo l'intenzione di investire nella Penisola con interventi promozionali".

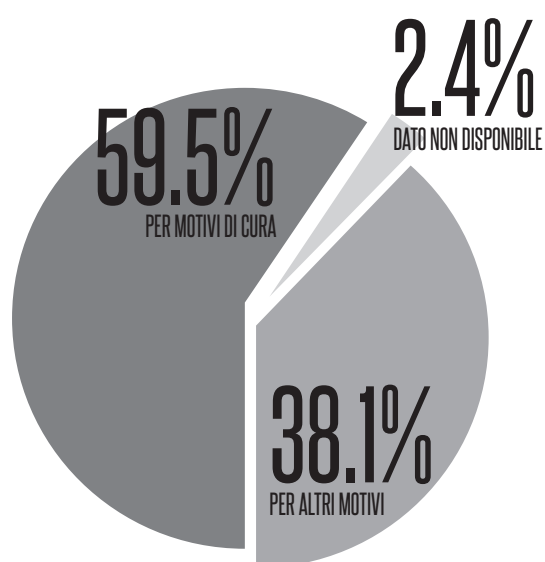
I maschi vanno a rifarsi il naso e non solo - I più interessati a questo nuovo turismo in Malesia sono gli uomini. Rinoplastica, riduzione delle rughe, ritocchi alle palpebre e in generale al viso sono gli interventi più richiesti. "Le cliniche locali - continua Lazzarini - sono veri e propri poli di eccellenza per la liposuzione, la ricostruzione del naso e lo schiarimento della pelle, intervento principale per la clientela asiatica".

Vai in vacanza e torni "rifatto" - L'affluenza è spalmata in quasi tutte le stagioni: le cliniche dell'isola di Penang e di Kuala Lumpur sono sempre aperte e le condizioni meteo non impediscono le vacanze in ogni periodo dell'anno. Gli enormi risparmi di natura economica (quasi la metà per alcuni tipi di interventi) e la possibilità di un viaggio di piacere costituiscono gli elementi per un forte richiamo in Malesia.

Nota 5: Articolo online

Fonte: www.palermomania.it | Articolo inserito il: 19/10/2007 - 12:24

Su 100 segnalazioni riguardanti italiani che, varcano il confine, hanno avuto a che fare con la sanità di altri paesi, più della metà (per la precisione il 59,5%) lo ha fatto per dichiarati motivi di cura, a fronte del 38,1% che si era recato all'estero per altri motivi e poi ha dovuto far ricorso a cure mediche (Tabella 7).



Ancora, tra coloro che si sono recati all'estero per motivi di cura, l'81% si dirige verso paesi dell'Unione Europea.

Tabella 7. Italiani che si recano all'estero

Fonte: Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

RESIDENZA VALLE DEI LAGHI_ITALIA



La residenza Valle dei Laghi è una residenza per anziani. La struttura ospita al suo interno un ristorante. Sono inoltre organizzati eventi tra gli ospiti della struttura, come giochi e feste di compleanno, è anche presente una cappella, e vengono organizzati delle gite naturalistiche nei parchi vicini.

1.3.2 LA MOBILITA' INTERREGIONALE

Se ora riduciamo concettualmente le distanze, ci imbattiamo nella mobilità interregionale. Anche in questo caso vi è innanzitutto una mobilità di lunga distanza: da una parte, ci si muove per cure importanti o perché ci si attendono esiti significativamente diversi da quelli attesi nel proprio territorio, dall'altra vi è una mobilità sostanzialmente stagionale legata alle vacanze. Secondariamente vi è una mobilità tra regioni di confine: in questo caso la mobilità interessa anche attività sanitarie minori (prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche, ...) che di per sé non troverebbero giustificazione in una mobilità di lunga distanza, ed ha caratteristiche peculiari da territorio a territorio al punto che diventa spesso oggetto di accordi bilaterali tra regioni su tematiche specifiche.

La mobilità interregionale suggerisce però due problematiche nuove: da una parte il tema dei diritti del cittadino, e dall'altra il tema delle informazioni. Per quanto riguarda i diritti, che ruotano attorno



Immagine 14. Immagine evocativa della mobilità interregionale

Fonte: Autoreferenziale

RESIDENZA SANITARIA DI OSPITALITÀ PROTETTA_ITALIA



La Residenza, situata a Roma, è stata inaugurata nell'anno 2000, in occasione del Santo Giubileo, con lo scopo principale di accogliere i pellegrini. Ora è al servizio dei pazienti e delle loro famiglie che hanno necessità di un alloggio comodo e confortevole a pochi passi dal Policlinico "Agostino Gemelli". LA struttura presenta tutte le comodità di un albergo di livello superiore, a tariffe agevolate per i pazienti e i loro parenti. Vi è anche un servizio ristorazione interno con la possibilità di personalizzare il menù.

La struttura alberghiera dispone di 43 camere, tutte con servizi privati e balcone dotate di climatizzazione, tv, telefono e frigo bar.

L'architettura, la modulazione degli spazi, i materiali impiegati e gli stessi colori trasmettono un senso di calore e serenità, elementi che, unitamente alla cordiale professionalità del personale di servizio, agevolano soprattutto quanti sono ospiti della Residenza, al seguito di parenti ospedalizzati, facilitandone con attenzione e familiarità il soggiorno.

al concetto di livelli essenziali di assistenza e di livelli aggiuntivi, essi risultano fortemente modificati dalle scelte locali effettuate dalle amministrazioni regionali (nomenclatori regionali, regole di compartecipazione e di esenzione diversificate, livelli aggiuntivi eterogenei), scelte che portano a differenze così importanti da porre il quesito sulla effettiva erogazione su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza. Sul versante delle informazioni, invece, molte prestazioni sono frutto di una mobilità solo apparente, in quanto originano dalla differenza tra il luogo dove il cittadino è domiciliato (ad esempio in Lombardia) e dove risulta residente (ad esempio in Sicilia): 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.

E' un problema di informazioni in quanto sia i sistemi informativi che oggi rilevano le attività sanitarie sia quelli che remunerano i sistemi sanitari regionali (finanziamento pro-capite) sono fondati sul concetto di residenza (e non di assistenza).

ALCUNI DATI

La volontà di sottoporsi ad intervento chirurgico in un'altra regione è il motivo principale della mobilità interregionale, questo dato arriva sino al 44% degli spostamenti. Seguono, a debita distanza, le visite specialistiche, le terapie e molte altre motivazioni (Tabella 8).

Tra tutte le segnalazioni che rientrano nella casistica della mobilità interregionale, il 56,8% 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).

Ancora più interessante è cogliere, tra coloro che si spostano tra re-

CASA RONALD McDONALD_ITALIA



La Casa si trova nelle vicinanze dell'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia, centro di eccellenza nello studio delle immunodeficienze primitive e nel trapianto di midollo osseo, e collabora in particolare con l'Ospedale dei Bambini per dare la possibilità di alloggio ai bambini affetti da rari deficit immunitari e da leucemie, nei periodi in cui sono costretti a recarsi in ospedale per essere sottoposti a terapie pre e post-trapianto o quando necessitano di costante osservazione da parte della struttura ospedaliera.

La Casa ha una superficie di circa 750 mq - più un'ampia area verde attrezzata, e si compone di: 7 mini-appartamenti completamente arredati e tutti dotati di soggiorno/cucina, camera, ripostiglio e servizi, funzionali alle esigenze dei bambini carenti nelle difese immunitarie che lì vivono assieme ai propri genitori; un'ampia sala giochi dove i bambini, accompagnati da genitori, operatori o volontari, possono ascoltare musica, disegnare e giocare con il materiale messo a loro disposizione; un locale per le attività psicomotorie; un'ampia lavanderia attrezzata.

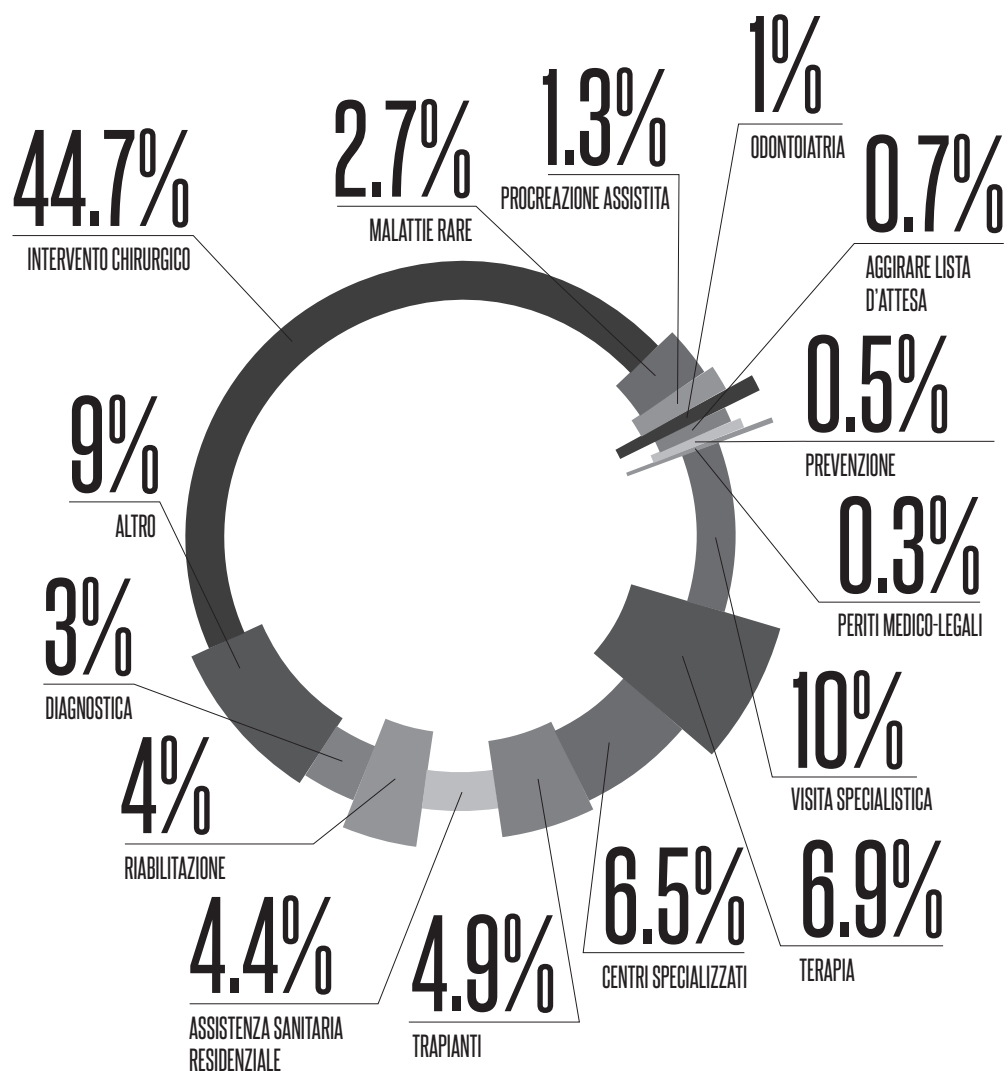


Tabella 8. Motivazioni della mobilità interregionale

Fonte: Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

gioni (Tabella 9), i flussi interni: al riguardo, le principali direttrici riguardano CENTRO-CENTRO e SUD-SUD (in ambedue i casi, nel 50% delle segnalazioni, chi si sposta da una regione decide di farlo privilegiando comunque un'altra regione della stessa area del Paese). Seguono

le direttrici ISOLE-SUD (percorso dal 37,5% degli isolani), il CENTRO-NORD (lo fa un cittadino del Centro Italia su tre). Di fatto, nessuno sceglie di andarsi a curare in Sicilia e Sardegna e nessuno dal Nord sceglie di andarsi a curare al Sud.

ISOLE	0%	0%	0%	0%
SUD	0%	12.5%	50%	37.5%
CENTRO	6.7%	53.3%	30%	10%
NORD	20.6%	34.9%	30.2%	14.3%
	NORD	CENTRO	SUD	ISOLE

Tabella 9. Flussi interregionali per motivi di cura

Fonte: Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

1.3.3 LA MOBILITA' INTRAREGIONALE

Vi è poi un terzo livello spaziale della mobilità che si muove questa volta entro le dimensioni regionali, un livello che normalmente viene messo in secondo piano (o trascurato) dagli analisti, e che è molto diversificato da regione a regione in virtù delle dimensioni territoriali delle stesse. Vi è innanzitutto una mobilità che riguarda ASL lontane tra di loro: non si va da Mantova a Varese (ad esempio) per una prescrizione di farmaci o per qualche esame diagnostico corrente, occorrono motivazioni più forti e ragioni più consistenti per farlo. Vi è poi una mobilità intraregionale che riguarda ASL che confinano tra di loro: se in alcuni casi qualche barriera geografica (montagne, laghi, fiumi) rende più difficoltoso il cammino, in generale si tratta di una mobilità che è legata al modo tutto particolare con cui viene diviso in maniera sanitaria il territorio di una regione (la provincia di Milano, ad esempio, era suddivisa in 4 ASL, di cui una era costituita dalla sola città di Milano). Vi è infine una mobilità tra comuni della stessa ASL e, in alcune

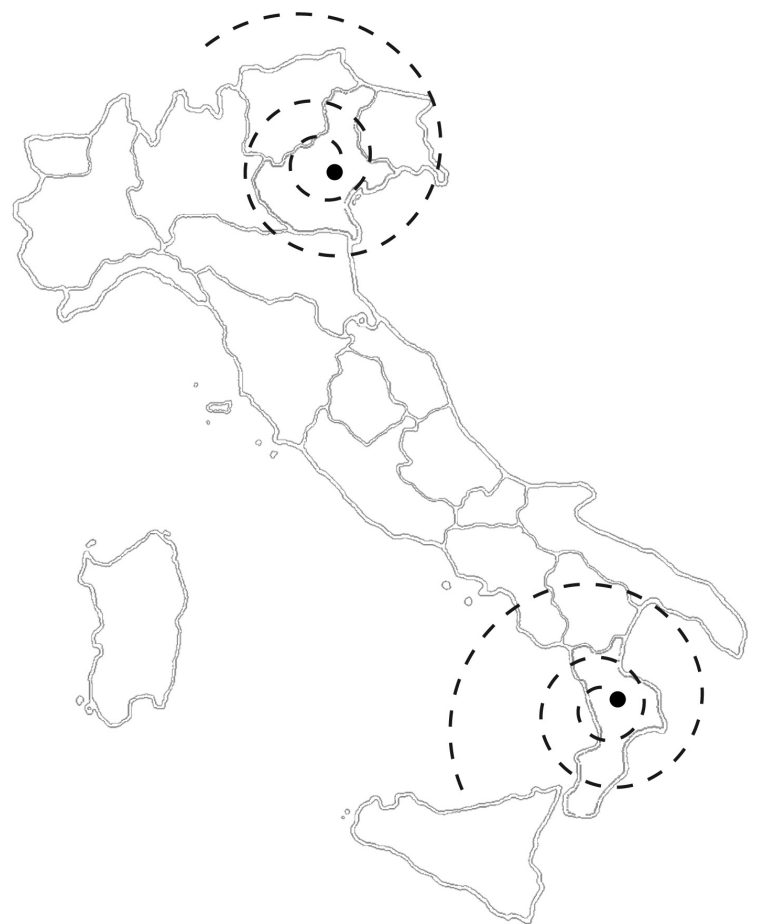


Immagine 17. Immagine evocativa della mobilità intraregionale

Fonte: Autoreferenziale

regioni dove vi è la presenza di grandi città, vi è anche una mobilità entro città.

Nel caso della mobilità entro regione sono di minore rilevanza gli aspetti della compensazione economica tra aree ma emergono altri elementi di rilievo quali la rete di offerta e la accessibilità dei servizi (il bacino di utenza delle strutture, i tempi di attesa, la comodità dei servizi dal punto di vista del paziente e della sua rete di sostegno - parenti, amici, ...). Meno rilevanti sono gli aspetti legati alla qualità della cura o all'esito della stessa, aspetti che sono visti più in termini di accessibilità e disponibilità di servizi che non di mobilità in senso stretto (visto che le distanze da percorrere risultano comunque ridotte).

ALCUNI DATI

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 (Tabella 10).

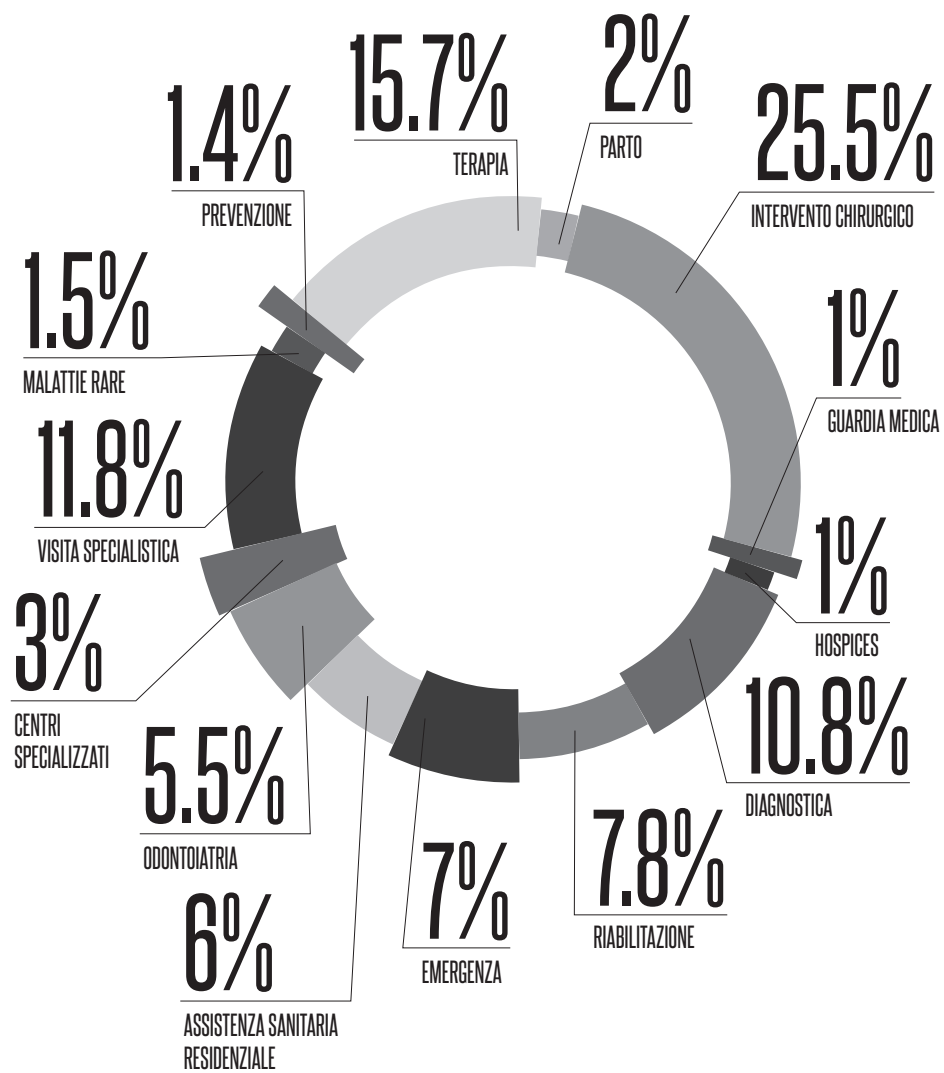


Tabella 10. Motivazioni della mobilità intraregionale

Fonte: Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

PISA HOTEL_ITALIA



Il Pisa Hotel è una struttura alberghiera convenzionata con l'ospedale "Cinisello", situato a Pisa. Essa mette a disposizione degli alloggi, che sono effettivamente dei mini appartamenti dotati di cucina autonoma e della lavatrice.

1.4

IMPLICAZIONI DELLA MOBILITÀ SANITARIA

1.4.1 IMPLICAZIONI EPIDEMIOLOGICHE
1.4.2 IMPLICAZIONI SOCIALI
1.4.3 IMPLICAZIONI ECONOMICHE

1.4.1 IMPLICAZIONI EPIDEMIOLOGICHE

La mobilità sanitaria attrae l'attenzione del pubblico quando è sintomo di un'inadeguatezza reale o percepita dell'offerta, ed è sotto il mirino della politica perché richiede meccanismi di compensazione equilibrati tra chi eroga e chi paga. Invece le implicazioni che la mobilità sanitaria ha per l'equità sono poco conosciute e sono ancor meno considerate nelle azioni di governo del fenomeno. Eppure due domande dovrebbero sorgere spontanee. La prima è se chi si muove lontano alla ricerca di un'offerta di assistenza più adeguata guarisca prima e meglio di chi si affida alla risposta del proprio servizio sanitario regionale; se così fosse la mobilità sanitaria sarebbe un meccanismo positivo per il bene del paziente. La seconda è se tutti fruiscano allo stesso modo di questa possibilità di muoversi alla ricerca di cure migliori; se così non fosse si potrebbero verificare disuguaglianze nell'uso di questa opportunità, e, conseguentemente, disuguaglianze negli esiti delle cure. Queste domande si fanno

tanto più critiche quando riguardano la quota della mobilità sanitaria che è attribuibile all'inadeguatezza quantitativa o qualitativa dell'offerta, che nel nostro paese concerne soprattutto alcune parti del servizio sanitario delle regioni del Mezzogiorno.

La prima domanda comincia a trovare risposte nel sistema nazionale di valutazione degli esiti, risposte che vanno proprio nel senso atteso: è dimostrato che per alcuni trattamenti cardiocirurgici di provata efficacia (intervento di Bypass aorto-coronarico e Valvuloplastica), i malati in mobilità interregionale dalle regioni del Mezzogiorno hanno risultati di sopravvivenza che sono migliori dei malati che rimangono a farsi curare nelle strutture della propria regione. Viceversa se si osservano le differenze per patologie dal cui trattamento non ci si aspetta un grande beneficio di sopravvivenza come il tumore del polmone, si osserva che i pazienti che si muovono lontano hanno la stessa sopravvivenza di quelli che cercano le cure vicino. La prima implicazione di questi risultati è che bisognerebbe considerare come positiva, almeno temporaneamente, la possibilità per i cittadini di recarsi verso centri di eccellenza di altre Regioni invece di farsi curare in strutture regionali che non offrano garanzie di efficacia, ad esempio per l'esiguo volume di attività. Ma contemporaneamente la programmazione sanitaria nazionale e regionale do-

vrebbe stabilire se questo ricorso ad un'offerta sanitaria a distanza sia davvero la soluzione più efficiente, cioè non possa essere corretto con una revisione della rete dell'offerta regionale propria o di confine, e non sia iniquo, se non sia cioè accessibile solo a qualcuno e non comporti costi sociali non sempre sostenibili da tutti.

Sembra proprio questo il caso dimostrato dall'indagine Istat multiscope sulla salute del 2000. In questa indagine sono stati seguiti 130.000 pazienti per tutti gli anni Duemila attraverso i dati di NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) sui ricoveri, permettendo di studiare quali siano le caratteristiche demografiche sociali e cliniche dei pazienti ricoverati negli ospedali della propria regione e di quelli ricoverati in ospedali di altre regioni a diversa distanza. L'identikit di chi va a curarsi lontano dalla propria regione è molto regolare e riguarda soprattutto i pazienti meno anziani, di alta posizione sociale e residenti nelle regioni del Mezzogiorno. In particolare il livello di istruzione è il principale determinante socio-economico dell'ospedalizzazione al di fuori dell'area di residenza; in misura minore il reddito e la qualità dell'abitazione. Le differenze si osservano per ogni regime e causa di ricovero, sono più accentuate per alcune cause di ricovero (come i ricoveri oncologici, cardiovascolari e ostetrici); sono più accentuate nei ricoveri non di "prossimità", cioè

man mano che ci si allontana dalla regione di residenza. La disponibilità di risorse materiali discrimina chi può viaggiare e chi non può viaggiare per la propria salute, ma di meno di quanto non discrimini il titolo di studio; cioè il possesso di credenziali educative, con tutto quello che significa dal punto di vista culturale e di status, si dimostra fondamentale nell'orientare la scelta della struttura di ricovero. Il fenomeno riguarda principalmente i ricoveri generati da carenza di offerta, a prescindere dal livello di appropriatezza organizzativa.

1.4.2 IMPLICAZIONI SOCIALI

Le trasformazioni più generali della società, a cavallo tra secondo e terzo millennio, hanno evidenti ripercussioni nel campo della salute e della sanità: l'allungamento della vita sulla crescita delle patologie croniche; la cultura dell'individualismo sulle aspettative nei confronti del benessere e delle cure; la crescita della ricchezza ed il consumismo sui comportamenti di domanda sanitaria e sulla spesa di tasca propria per prestazioni e farmaci;

lo sviluppo delle nuove tecnologie dell'informazione sulla auto-informazione e la auto-cura; l'esplosione dei trasporti e la internazionalizzazione crescente sulla disponibilità a spostarsi alla ricerca di risposte migliori ai propri problemi di salute.

Non deve quindi meravigliare che anche la mobilità sanitaria, ed in particolare quella dei ricoveri ospedalieri, si incroci con importanti ambiti di rilievo sociale e ne venga fortemente condizionata. Non è, ad esempio, da attribuire solo a problemi di tipo organizzativo e strutturale il divario dei tassi di ospedalizzazione tra diverse aree geografiche, visto che tutti gli studi condotti in tale ambito, ad esempio dal Censis, evidenziano nel sud una ricerca di sicurezza nella struttura ospedaliera maggiore che al nord, da ricollegare a fattori di natura squisitamente culturale. Gli atteggiamenti di non "obbedienza", di sfida dell'autorità medica e di informazione diretta sulle cure ed i possibili luoghi della cura, anche essi strettamente connessi ai cambiamenti socio-culturali in atto, sono alla base di molti spostamenti e ricoveri fuori regione. La diffusa cultura olistica, di ricerca di un sano equilibrio psico-somato-ambientale, da un lato, e, dall'altro, le forti aspettative nei confronti delle moderne tecnologie sanitarie, dei farmaci di ultima generazione, degli interventi chirurgici all'avanguardia, complicano ulteriormen-

te il quadro delle propensioni e dei criteri di scelta dei luoghi di cura, dei sanitari e delle cure stesse.

Anche le questioni più squisitamente socio-politiche, legate al processo di devoluzione delle responsabilità sanitarie dal governo centrale alle regioni ed alle aziende territoriali, non mancano di avere importanti ripercussioni sulle scelte per la salute e sulla mobilità, in quanto agiscono pesantemente su decisivi fattori di contesto. Ad esempio si va accentuando la spinta al confronto tra performance delle diverse sanità regionali, si producono elementi conoscitivi di valutazione comparativa prima inesistenti, si dà vita ai noti fenomeni di "neocentrismo regionale", che tanto impattano sulla percezione della libertà delle cure, si producono forme varie di conflittualità interistituzionale, territoriale e trasversale. Uno dei temi maggiormente toccati nell'ambito di questa area di intersezione tra modificazioni della cultura sociale diffusa, trasformazioni istituzionali e comportamenti relativi alle cure è ad esempio quello dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni. Esso rappresenta secondo la rilevazione 2009 del Forum per la ricerca biomedica il principale aspetto negativo della sanità per il 72,8% degli italiani, e per il 76,9% dei cittadini del sud e delle isole. Nella medesima rilevazione emergeva che il 39,6% sarebbe disposto a rivolgersi ai servizi di un'altra regione in caso di grave problema di

salute, e la cifra sale al 48,2% per il sud e le isole. L'8,5% dei meridionali intervistati, ed addirittura il 9,6% dei cittadini del centro, dichiarano di avere già compiuto una simile scelta nel passato (Tabella 11).

La ricerca condotta dal Censis nel 2007 su un campione di 2.524 utenti ospedalieri "migrati" da 7 regioni italiane (Umbria, Calabria, Molise, Veneto, Marche, Piemonte e Toscana) rappresenta un contributo ancora oggi molto significativo all'analisi delle motivazioni dei cittadini che, nell'arco degli ultimi cinque anni, avevano optato per il ricovero in un ospedale al di fuori della propria regione di residenza. La scelta rappresenta nella grande maggioranza dei casi una libera scelta del cittadino. Solo l'8,8% degli intervistati ha avuto bisogno di un ricovero al di fuori della propria regione perché ha subito un incidente o perché ha contratto una malattia nel periodo di vacanza. In merito ai fattori causali che sostanziano la scelta, l'indagine ha permesso di individuare tre principali aree di motivazioni: l'area della qualità, nei casi in cui la scelta è legata alla ricerca di prestazioni considerate di miglior livello (valida per il 66,2% dei pazienti), l'area pratico-logistica, legata al tentativo di ridurre al minimo i disagi correlati alle cure (30,9%), e l'area della necessità, per l'assenza delle prestazioni necessarie nella propria zona o per la lunghezza delle liste di attesa (26,2%).

In ogni caso i disagi dichiarati sono consistenti.

SI	34.6%	35.7%	35.4%	48.2%	39.6%
SI, MI E' GIA' CAPITATO DI FARLO	5%	1.2%	9.6%	8.5%	6.3%
NO, MI RIVOLGEREI A SOGGETTI DEL MIO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	60.4%	63.1%	55%	43.3%	54.1%
	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD-ISOLE	MEDIA ITALIANA

Tabella 11. Disponibilità a rivolgersi al Servizio Sanitario di un'altra regione in caso di un grave problema di salute - Per ripartizione geografica

Fonte: Indagine Fbm-Censis, 2009

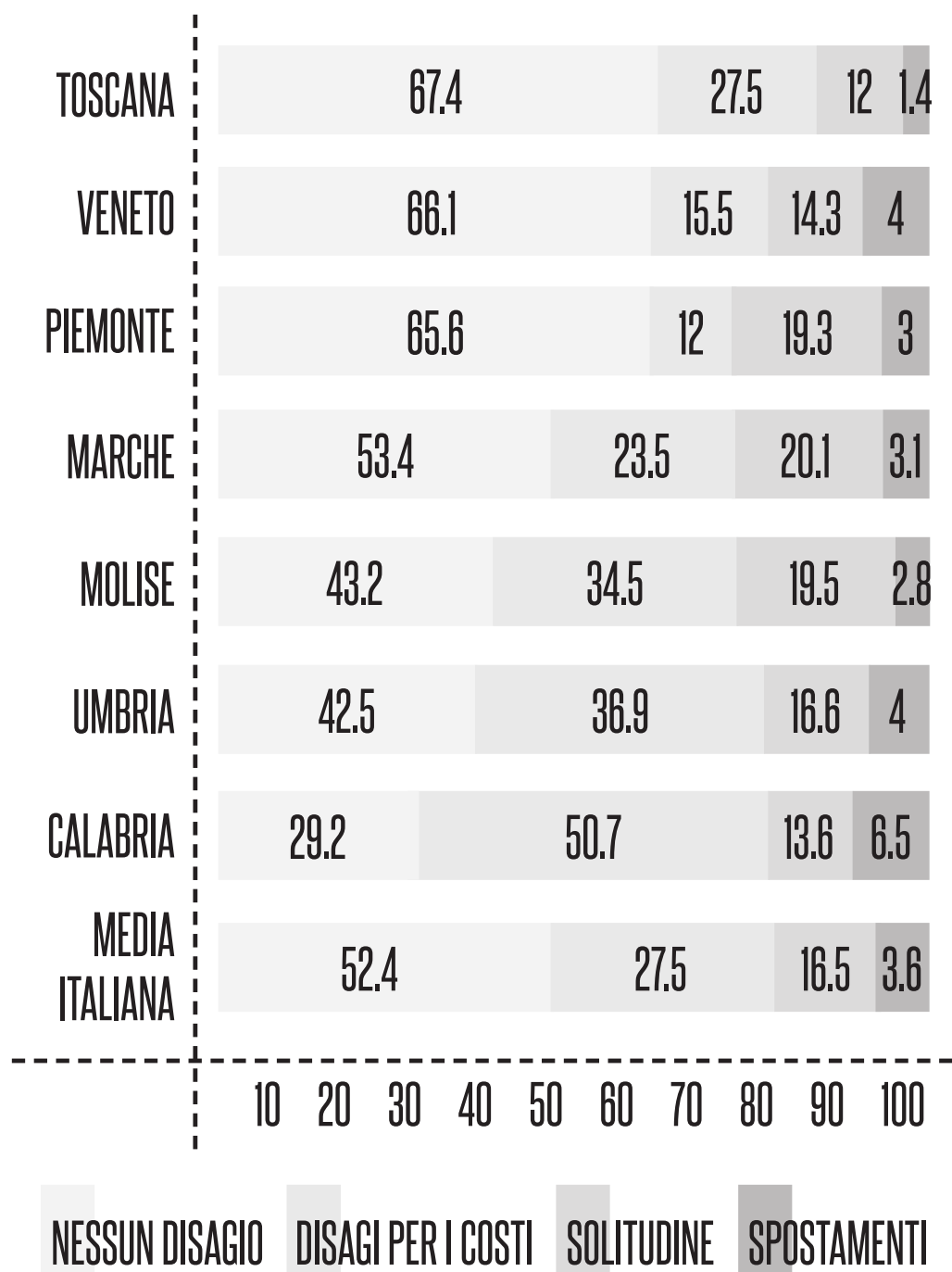


Tabella 12. I disagi per i pazienti migrati

Fonte: Indagine Fbm-Censis, 2007

1.4.3 IMPLICAZIONI ECONOMICHE

La mobilità nel campo della tutela della salute è un fenomeno strutturale destinato ad accrescersi. Esso, come abbiamo visto, riguarda diversi livelli, ossia la mobilità tra USL all'interno della stessa regione, tra regioni, tra stati. È utile soffermarci, a questo punto dell'analisi, sulla mobilità tra le regioni, e unicamente su quelle persone che scelgono di farsi curare altrove. È opportuno analizzare la mobilità derivante dalla percezione di diversa qualità dell'assistenza. Come è stato messo in evidenza precedentemente, in Italia si ha una forte mobilità dalle regioni del sud verso regioni del nord e in alcuni casi di ospedali specializzati del centro. Al riguardo occorre fare 3 tipi di considerazioni. Innanzitutto, può accadere che in alcuni casi (più o meno numerosi) la mobilità sia determinata non da differenze reali della qualità dell'assistenza ma di differenze percepite. Per vari motivi, che non si ha il tempo di approfondire (uno dei quali è senza dubbio il manifestarsi di casi di mala sanità reale o presunta), la

popolazione ritiene che nella propria ULS o nella propria regione la qualità sia insoddisfacente e perciò si rivolge ad ospedali o a presidi diagnostici, terapeutici, di riabilitazione di altre regioni. Per governare questo tipo di mobilità occorre individuare i punti di forza della sanità di ogni regione e portarli a conoscenza della popolazione. In secondo luogo va sottolineato che la mobilità determina un flusso di risorse dalle regioni di origine verso quelle di destinazione dei pazienti. In questi casi, pur salvaguardando la libera scelta dei cittadini, che è un principio fondamentale del nostro sistema, occorre evitare che gli ospedali e gli altri presidi destinatari della mobilità siano incentivati ad "attrarre" pazienti. Perciò per le prestazioni che possono essere erogate con elevata qualità anche nelle regioni di origine, sarebbe necessario definire delle "tariffe" inferiori ai costi variabili dell'erogazione dei servizi negli ospedali e nei presidi con mobilità in entrata. Invece, per le prestazioni che le regioni con mobilità in uscita non sono in grado di garantire con livelli di qualità soddisfacenti le tariffe dovrebbero essere poste ad un livello superiore ai costi fissi delle regioni con mobilità in entrata e inferiori ai costi fissi delle regioni con mobilità in uscita (questi ultimi sono in genere superiori ai primi, dato il divario di efficienza).

1.5

LA SALUTE A MILANO

1.5.1 I PRESIDI OSPEDALIERI
1.5.2 ISTITUZIONI, ENTI E ASSOCIAZIONI
1.5.3 MAPPATURA

1.5.1 I PRESIDI OSPEDALIERI

La realtà ospedaliera Milanese si presenta ricca e variegata.

Sono infatti presenti su tutto il territorio cittadino e nell'interland presidi ospedalieri che godono di fama Nazionale e internazionale; è proprio questo il motivo per cui, come si è visto nei primi capitoli, ogni anno migliaia di persone giungono da fuori regione per curarsi presso uno di questi centri.

I presidi, sparsi omogeneamente su tutta l'area, si dividono per tipologie: si trovano innanzitutto le *aziende ospedaliere* ossia quelle strutture di ricovero adibite anche a prestazioni specialistiche, si collocano in questa categoria gli ospedali più riconosciuti e famosi quali il "Niguarda" e il "Fatebenefratelli"; vi sono poi le *case di cura* che svolgono le medesime prestazioni ma che sono di statuto privato; a queste si aggiungono gli istituti di ricerca e cura che si dividono a loro volta in pubblici e privati, tra cui si annovera l'IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori"; ci

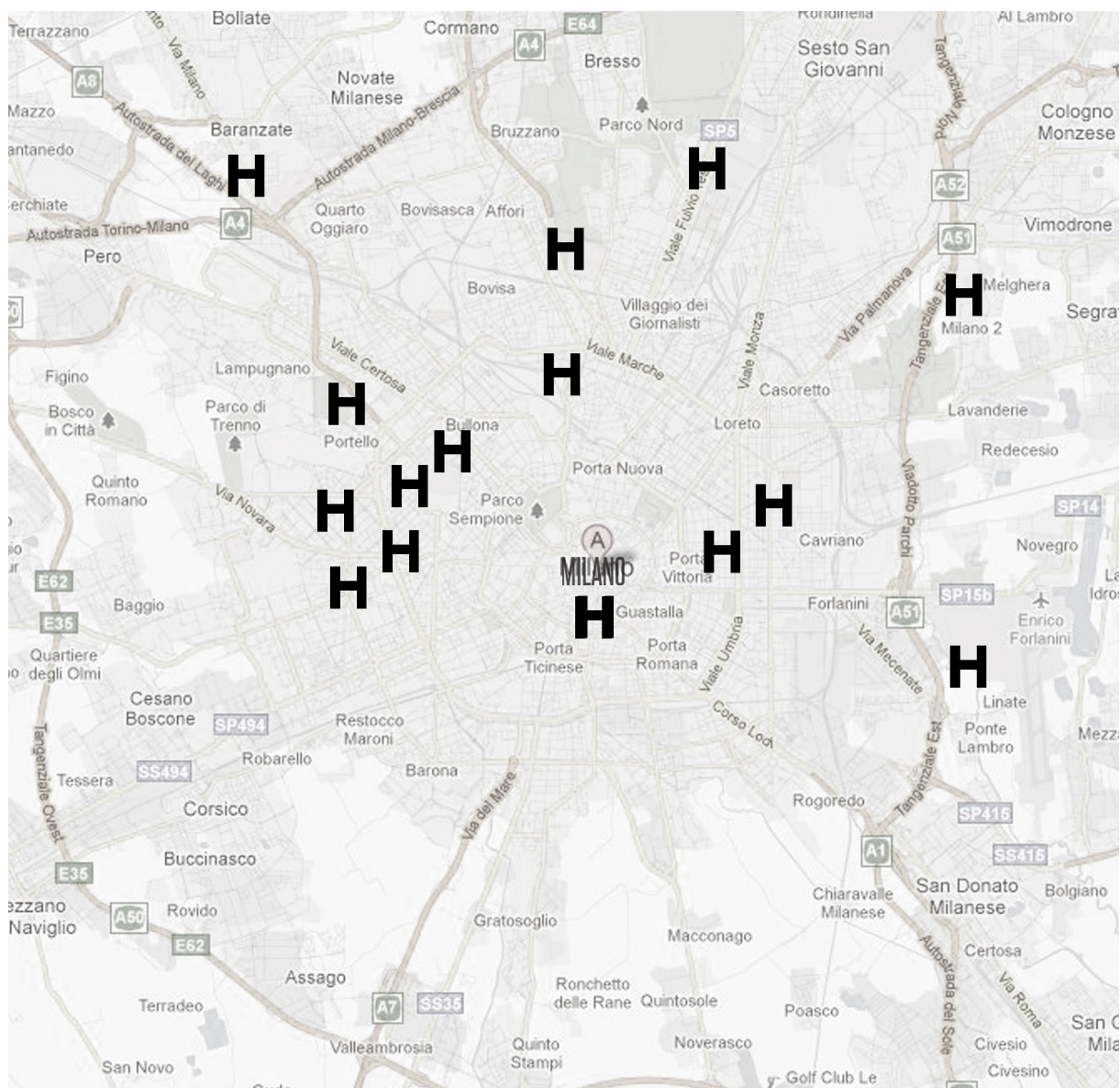
sono infine gli ospedali classificati ossia quei presidi che dispongono di una conduzione religiosa (attuale o di origine).

Vengono di seguito riportate delle mappature di queste categorie sul territorio Milanese.

I dati e le tabelle prendono in considerazione le strutture che annualmente ricevono la maggior parte del flusso di mobilità extraregionale.

1.5.2 ISTITUZIONI, ENTI E ASSOCIAZIONI

Il primo ospedale che si ricorda nell'area milanese è quello del "Brolo", non il primo in assoluto ma al servizio dell'intera città: era il 1158, quattro anni prima della resa al Barbarossa, e funzionò per oltre tre secoli. Cedette il suo ruolo primario dopo il 1456 alla Ca' Granda che divenne, per incorporazioni di altre opere benefiche, per lasciti e donazioni, una delle



Mapa 1. Mappatura generale presidi ospedalieri Milano

Fonte: Autoreferenziale

più importanti istituzioni milanesi. L'antica denominazione è ancora portata dall'ospedale di "Niguarda".

Attualmente il sistema sanitario a Milano, come in tutto il paese, non dipende più dall'autorità locale ma è di competenza della regione, che agisce sul territorio tramite le aziende sanitarie locali. Il sito ufficiale della regione Lombardia registra a Milano 31 ospedali, tra pubblici e convenzionati, specialistici o generali che coprono a 360° le patologie previste dai protocolli nazionali e ad essi ricorrono sovente pazienti provenienti da altre regioni. La sanità lombarda è tra quelle "virtuose", che non hanno cioè deficit di bilancio. Tra gli ospedali sono diversi quelli che appartengono alla categoria degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS. Ricordiamo l'Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta e la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Istituto Europeo di Oncologia, l'Istituto ortopedico Gaetano Pini e il Centro Cardiologico Monzino tra quelli specialistici. L'Ospedale Maggiore di Milano, l'Ospedale Niguarda Ca' Granda, l'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico e l'Istituto scientifico universitario San Raffaele tra quelli a indirizzo generale.

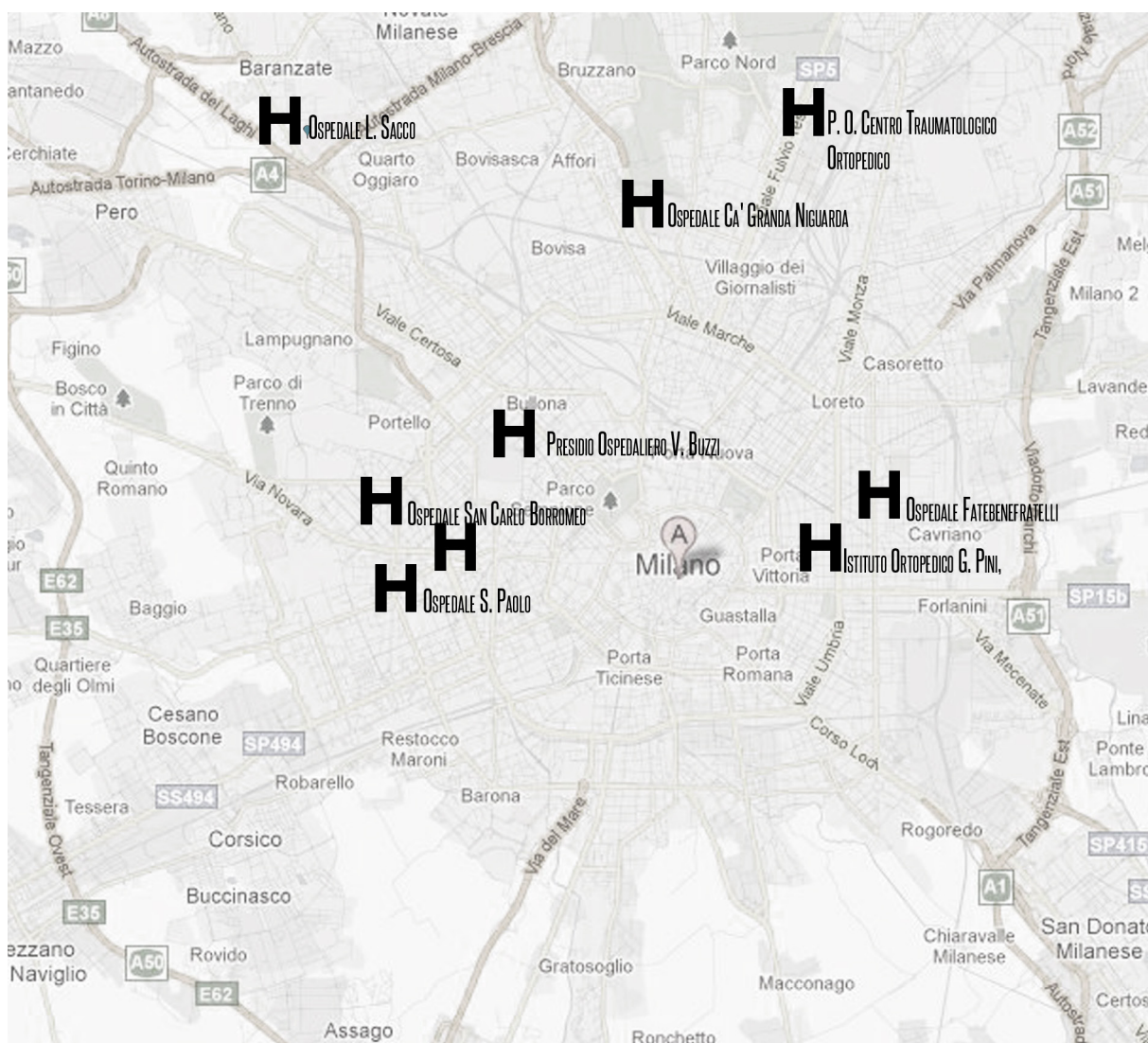
Accanto alla cura caritatevole degli ammalati, la filantropia milanese si è fatta carico, nel tempo, di fondare e sostenere istituzioni diventate

poi storiche e familiari nel panorama sociale cittadino per l'assistenza agli anziani e agli orfani: tra queste iniziative, le più importanti sono la "Baggina", i "Martinitti" e le "Stelline": una delle caratteristiche più importanti era il fatto che i "beneficati" dovessero, nelle loro possibilità, praticare e/o imparare un mestiere per mantenere o crearsi la dignità personale e un ruolo nella società.

A questo tema, si riallacciano le numerose iniziative per l'alfabetizzazione e per l'insegnamento delle arti e mestieri che troverà un largo seguito tra i protagonisti dell'industrializzazione.

Un importantissimo sostegno, sia di fondi che di idee innovative a fini sociali, è volto dalla Fondazione Cariplo.

1.5.3 MAPPATURA



Mapa 2. Aziende ospedaliere

Fonte: Autoreferenziale

CA' GRANDA NIGUARDA



L'ospedale è un luogo di cura e cultura per la salute che conta 4.100 operatori, di cui 750 medici e oltre 2.000 tra infermieri, tecnici sanitari e della riabilitazione e ostetriche. È sede di tutte le specialità cliniche per le patologie dell'adulto e del bambino con oltre 200 ambulatori e 70 strutture cliniche, che fanno del Niguarda un riferimento regionale, nazionale e internazionale.

Niguarda è, inoltre, sede:

di 26 centri di alta specializzazione di riferimento nazionale; della Banca dei Tessuti; della Centrale Operativa 118 di Milano e Provincia; dell'Unità Mobile Sanitaria per la gestione delle Grandi Emergenze; del Centro Antiveicoli; del Centro Grandi Ustionati; del Trauma Center; dell'Unità Spinale Unipolare; del Centro per le Malattie Rare (oltre 120 patologie trattate);

È tra i più attivi Centri Trapianti in Italia.



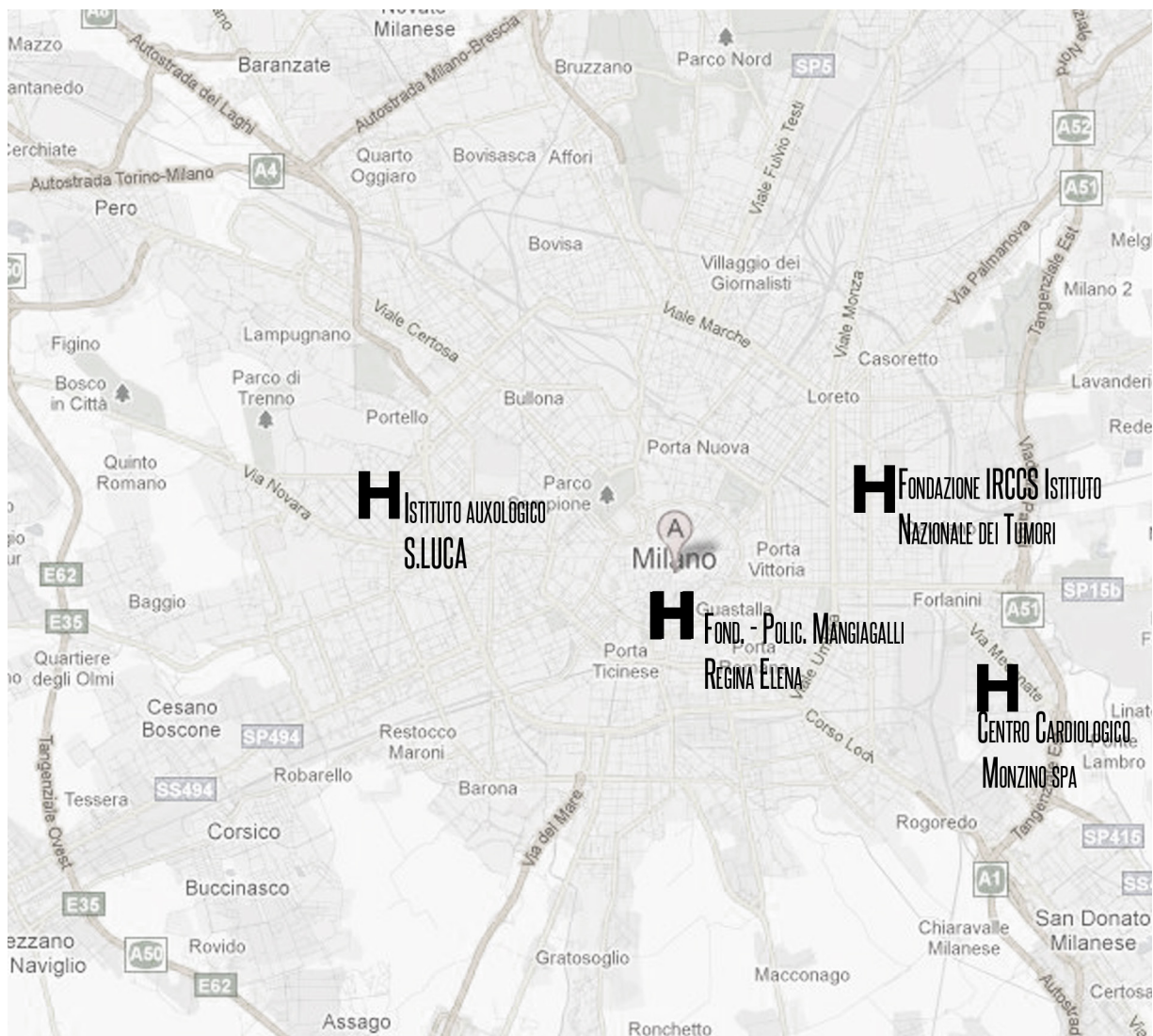
Mappa 3. Case di cura

Fonte: Autoreferenziale

CASA DI CURA COLUMBUS



La Casa di Cura Columbus nasce a Milano negli anni Quaranta. Fra il 1935 e il 1940 le Missionarie del Sacro Cuore di Gesù acquistano il palazzo in via Buonarroti, opera dell'architetto Sommaruga, ed affidano all'arch. Giò Ponti il progetto di ampliamento e di conversione della struttura in casa di cura. Nel 1949 entra in funzione la Casa di Cura con i reparti di ostetricia e ginecologia, medicina e chirurgia generale. L'ampliamento effettuato da Giò Ponti ha rappresentato uno dei primi progetti di architettura di ospedale dove l'aspetto esterno e gli interni assomigliassero ad una casa; Ponti sosteneva che solo in questo modo il paziente poteva sentirsi trattato da uomo e non da malato. I particolari accorgimenti costruttivi, dimostrano la bontà delle sue idee anche oggi, dopo quasi 60 anni dalla progettazione.



Mappa 4. Istituti di ricerca

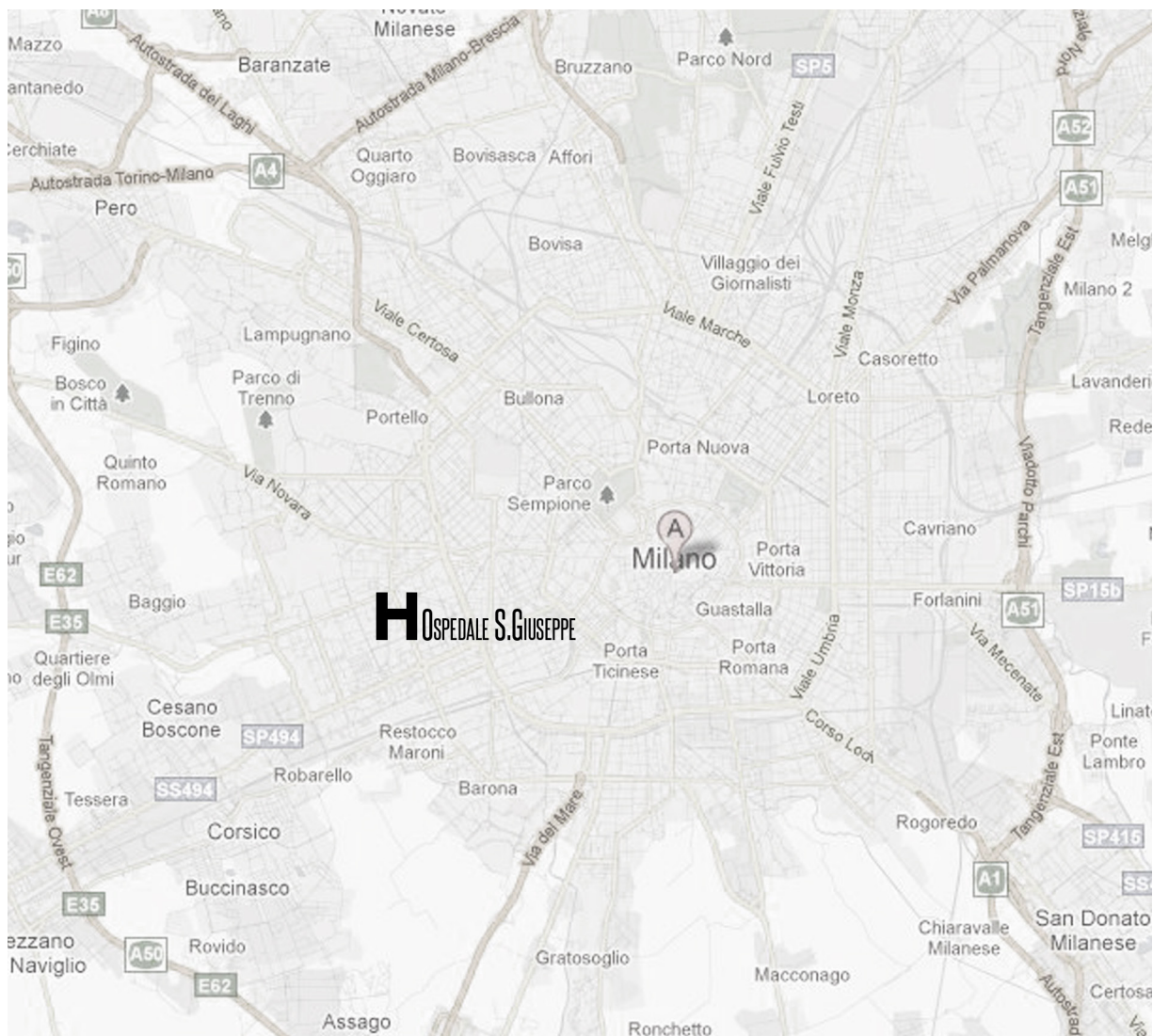
Fonte: Autoreferenziale

IRCCS_ISTITUTO NAZIONALE TUMORI



L'Istituto è stato fondato nel 1925 come Ente Morale con il nome di Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo Studio e la Cura del Cancro. I primi reparti sono stati inaugurati nel 1928. Nel 1969 è stato ultimato un monoblocco per degenze, ambulatori e servizi di diagnostica e terapia e nel 1984 un secondo blocco per degenze e servizi. Nel 1995 è stata ultimata la costruzione di un terzo blocco con le unità operative di oncologia sperimentale, la radioterapia con degenza e le unità di terapia intensiva e di cardiologia. Nel 2006 è stato trasformato in Fondazione. Fin dalla fondazione gli obiettivi dell'Istituto Nazionale dei Tumori di via Venezian sono stati così definiti: La ricerca nel campo dei tumori, per capirne meglio i meccanismi biologici e per migliorare continuamente i sistemi di diagnosi e le cure; la diagnosi e la cura dei tumori, con i metodi che vengono riconosciuti internazionalmente come i più validi; l'informazione oncologica dei cittadini e la formazione del personale medico e infermieristico impegnato nel trattamento del cancro.

Immagine 21.



Mapa 4. Ospedale classificato

Fonte: Autoreferenziale

OSPEDALE SAN GIUSEPPE



LL'Ospedale San Giuseppe, ospedale classificato fondato nel 1875 dall' "Ente Morale Provincia Lombardo Veneta dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, detto dei Fatebenefratelli", dal 2009 è gestito dal Gruppo MultiMedica. La struttura ospedaliera dispone di 357 posti letto accreditati e offre prestazioni in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery ed ambulatoriali.

Prevenzione, diagnosi, processo terapeutico, decorso post-terapeutico, processo di riabilitazione e home care devono costituire un processo assistenziale continuo. Per questa ragione, MultiMedica ha invertito la logica di progressiva frammentazione in unità operative specialistiche e ha deciso di adottare strutture dipartimentali con lo scopo di condividere le risorse umane, fisiche e di know-how professionale.

2. L'OSPITALITÀ

INDICE L'OSPITALITÀ

2.1 Le strutture ricettive nel contesto italiano

- 2.1.1 Strutture alberghiere
- 2.1.2 L'albergo diffuso
- 2.1.3 Strutture extra alberghiere
- 2.1.4 Il bed&breakfast
- 2.1.5 L'agriturismo
- 2.1.6 L'ostello
- 2.1.7 Strutture all'aperto

2.2 Modelli collaborativi di ospitalità

- 2.2.1 Il couchsurfing
- 2.2.2 Il cohousing
- 2.2.3 L'housing sociale

2.3 Ospitalità sanitaria a Milano

- 2.3.1 Residenza sanitaria di ospitalità protetta
 - 2.3.2 Casa funny
 - 2.3.3 Casa amica
 - 2.3.4 Casa prometeo
 - 2.3.5 Hotel san rafael
 - 2.3.6 Mappatura
-

2.1

STRUTTURE RICETTIVE NEL CONTESTO ITALIANO

2.1.1 ALBERGHIERE
2.1.2 L'ALBERGO DIFFUSO
2.1.3 EXTRA ALBERGHIERE
2.1.4 BED&BREAKFAST
2.1.5 L'AGRITURISMO
2.1.6 L'OSTELLO
2.1.7 ALL'APERTO

L'Italia è quarta nel mondo per numero di camere d'albergo. Al primo posto ci sono gli Stati Uniti con 4,4 milioni di stanze, seguiti dal Giappone con oltre 1,5 milioni e dalla Cina con 1,3 milioni. L'Italia offre poco più di 1 milione di camere e distanzia notevolmente la Spagna che dispone di quasi 800 mila camere e la Francia che ne offre circa 630 mila. Se mettiamo a confronto la capienza ricettiva europea, l'Italia non ha rivali: oltre 1 milione di camere ed oltre 2 milioni di posti letto, rispetto a Germania (890 mila camere e 1,6 milioni letti), Spagna (800 mila camere e 1,6 milioni letti) e Francia (630 mila camere e 1,7 milioni letti).

Anche nei numeri assoluti dei pernottamenti l'Italia è ai vertici preceduta soltanto dalla Spagna. In Spagna, infatti, si sono registrati circa 246 milioni di pernottamenti (anno 2005-ultimissimi dati ufficiali Istat), segue l'Italia con 240 milioni, la Germania con 200 milioni e la Francia con 198 milioni. L'Italia dispone quindi di oltre 1 milione di camere in 33,5 mila alberghi capillarmente distribuiti sull'intero territorio nazionale, un numero che ci pone ai vertici mondiali dell'ospitalità, dietro solo a Stati Uniti, Giappone e Cina, che di certo non possono essere paragonati per dimensione ed estensione del territorio all'Italia. Oltre a questo, nel Bel Paese in questi ultimi anni sono sorti quasi 12 mila bed & breakfast e circa 11 mila palazzi d'epoca e castelli potrebbero presto essere convertiti ad uso ricettivo.

Sul territorio italiano sono dissemi-

nate oltre trentatremila strutture alberghiere, a queste si aggiungono altri trentacinquemila indirizzi di strutture ricettive extralberghiere e all'aperto.

Il servizio offerto risulta quindi vasto e differenziato, esso comprende dalle soluzioni economiche a quelle più lussuose, dalle più semplici e quelle più raffinate.

In Italia le strutture ricettive turistiche si dividono in tre grossi gruppi:

- A. alberghiere
- B. extra-alberghiere
- C. all'aperto

2.1.1 STRUTTURE ALBERGHIERE

A questo gruppo appartengono:

- 1. Alberghi - Hotel
- 2. Residenze turistico alberghiere
- 3. Motels
- 4. Beauty farm
- 5. Villaggi albergo

1. Sono "alberghi" le strutture ricettive, a gestione unitaria, aperte al pubblico che, ubicate in uno o più stabili o parti di stabili, forniscono alloggio, servizi accessori ed eventualmente ristorazione, in camere, suite o unità abitative fornite di servizio autonomo di cucina, destinate alla ricettività. Negli alberghi la capacità ricettiva può riguardare le unità abitative in misura non superiore al 40 per cento del totale.

2. Sono "residenze turistico-alberghiere" e possono utilizzare la specificazione "residence", le strutture che forniscono alloggio, servizi accessori ed eventualmente ristorazione, in unità abitative costituite da uno o più locali, fornite di servizio autonomo di cucina, camere o suite e che posseggono i requisiti indicati nell'atto di Giunta regionale di attuazione. Nelle residenze turistico alberghiere la capacità ricettiva può riguardare camere o suite in misura non superiore al 40 per cento del totale.

3. Possono assumere la specificazione di "motel" gli alberghi particolarmente attrezzati per l'alloggiamento e l'assistenza delle autovetture o delle imbarcazioni. I motel, qualunque sia il numero di stelle assegnato, assicurano uno standard minimo di servizi di autorimessa nonché servizi di primo intervento, di assistenza meccanica, rifornimento di carburante, ristorante o tavola cal-

da e fredda, bar.

4. Possono assumere la specificazione di "beauty farm" gli alberghi che forniscono servizi specializzati finalizzati a cicli di trattamenti dietetici ed estetici.

5. Possono assumere la specificazione di "villaggio albergo" le aziende alberghiere caratterizzate dalla centralizzazione dei servizi in funzione di più stabili facenti parte di uno stesso complesso ed inseriti in area attrezzata per il soggiorno e lo svago della clientela.

2.1.2 L'ALBERGO DIFFUSO

L'albergo diffuso può essere definito come un albergo orizzontale, situato in un centro storico, con camere e servizi dislocati in edifici diversi, seppure vicini tra di loro.

L'albergo diffuso è una struttura ricettiva unitaria che si rivolge ad una domanda interessata a soggiornare in un contesto urbano di pregio, a contatto con i residenti, usufruendo dei normali servizi al-

berghieri. Tale formula si è rivelata particolarmente adatta per borghi e paesi caratterizzati da centri storici di interesse artistico ed architettonico, che in tal modo possono recuperare e valorizzare vecchi edifici chiusi e non utilizzati, ed al tempo stesso possono evitare di risolvere i problemi della ricettività turistica con nuove costruzioni.

L'albergo diffuso è la grande occasione per il sistema di offerta italiano di sperimentare e proporre ai mercati della domanda stili di ospitalità originali, nei quali proporre il proprio approccio ospitale, la propria cultura dell'accoglienza, senza prendere in prestito procedure e modalità gestionali standard.

PUNTI FORZA

L'offerta dell'albergo diffuso si pone nel mercato turistico come tipologia ricettiva in grado di offrire diversi plus:

1. Capacità di soddisfare i desideri di un'utenza esigente ed esperta: si tratta di persone che hanno il gusto di viaggiare, che hanno trascorso vacanze e soggiorni in diversi tipi di alberghi e località, e che sono alla ricerca di formule innovative e al tempo stesso in grado di rispec-

chiare il più possibile le caratteristiche del luogo (5).

2. Rispetto dell'ambiente culturale: la proposta dell'albergo diffuso si muove direttamente nella direzione di recupero del patrimonio artistico e culturale dei centri minori, perseguito con tenacia sia dalla politiche comunitarie che da quelle nazionali e locali, e mostra di possedere la potenzialità per incrementare il reddito e l'occupazione dei piccoli centri, per mantenere o incrementare la popolazione, senza per questo intervenire contaminando la cultura, l'ambiente, l'identità dei luoghi. L'albergo diffuso può avere la funzione di "animatore" culturale ed economico dei centri storici, in particolare nelle città di piccole dimensioni; con l'apertura di un albergo diffuso che utilizza la "reception" anche come "ufficio informazioni" della località, magari in accordo con la Pro Loco, il centro storico può rivitalizzarsi mantenendo al suo interno una complessità di funzioni, residenziale, commerciale, artigianali.

3. Autenticità: a differenza degli alberghi tradizionali, l'albergo diffuso permette ai turisti di vivere l'esperienza di un soggiorno in case e palazzi progettati per essere vere abitazioni, con aspetti strutturali, quali muri, spazi, infissi, arredi ed impianti diversi da quelli progettati per "turisti".

4. Articolazione della proposta: il turista che si indirizza verso l'albergo diffuso ha a sua disposizione un vasta gamma di scelte tutte offerte dallo stesso operatore ricettivo. Il prodotto "albergo diffuso" è di per sé differenziato in termini di diverso livello di comfort delle varie unità abitative, diversa distanza dal centro, diverse caratteristiche architettoniche degli edifici... e consente una politica di differenziazione (anche di prezzi) con l'intendimento di rivolgersi con proposte diverse a differenti fasce di utenza.

5. Originalità-Novità della proposta: una soluzione ricettiva in gran parte originale comporta una maggior visibilità ed offre numerosi vantaggi in termini di strategia di posizionamento nel mercato turistico.

6. Servizi alberghieri: gli alberghi diffusi garantiscono tutti i servizi alberghieri, dal ristorante alle sale comuni, alla piccola colazione eventualmente servita anche in camera; e quindi alloggio, vitto e servizi accessori. Inoltre la dimensione complessiva dell'albergo diffuso permette di personalizzare i servizi, di aumentare il coinvolgimento degli ospiti, di avviare il processo di fidelizzazione e di sviluppare il passaparola.

7. Stile gestionale: si caratterizza nell'universo ricettivo per l'atmosfera originale, per le modalità

Nota 5. S. Plog nel suo volume "Leisure Travel" afferma che i turisti in vacanza desiderano unicità, non uniformità. Più l'albergo riflette l'architettura locale, i costumi e lo stile di vita dell'area, in maniera personalizzata, differenziandosi dagli altri alberghi, più ha possibilità di avere successo". S. Plog, *Leisure Travel*, John Wiley & Sons Inc. 1991.

L'ALBERGO DIFFUSO "SAS BENAS"



L'Albergo Diffuso "Sas Benas" si caratterizza per la presenza di diverse unità immobiliari dislocate nel centro storico di Santu Lussurgiu, distanti non più di 200 metri dall'unità centrale, che, oltre a disporre di camere per gli ospiti, è anche reception e ristorante. L'albergo è composto da 18 camere, tutte dotate di servizi privati, per un totale di 36 posti letto.

Sas Benas propone una vacanza in piena tranquillità, fuori dai canoni classici dell'idea di turismo, dedicandosi con particolare attenzione alla conoscenza delle tradizioni, dell'arte, della musica e dell'artigianato e alla degustazione dei prodotti locali.

di erogazione dei servizi e per il suo collegamento con il territorio. L'albergo diffuso ha uno stile unico perché rispecchia contemporaneamente la personalità di chi lo ha voluto e lo spirito del territorio. La gestione ha l'obiettivo di offrire un'esperienza legata al territorio anche nei tempi e nei ritmi del servizio, oltre che nei servizi e nei prodotti offerti.

8. Declinazione: gli alberghi diffusi possono assumere un tema che caratterizzi la loro proposta ospitale. Sas Benas di Santulussurgiu ad esempio è un albergo diffuso che ha per tema la musica, molte delle sue camere si trovano nella vecchia casa della musica del paese, ed in esse si trovano diversi strumenti musicali anche di pregio. Inoltre la gestione dell'albergo è in grado di offrire la possibilità di partecipare a laboratori ed eventi musica.

2.1.3 STRUTTURE EXTRA ALBERGHIERE

A questo gruppo appartengono:

1. Case per ferie
2. Ostelli della gioventù
3. Affittacamere
4. Locande
5. Case e appartamenti
6. Bed and Breakfast
7. Agriturismo
8. Residence d'epoca
9. Residenze rurali
10. Foresterie per turisti
11. Case religiose
12. centri soggiorno studi

1. Sono **"case per ferie"** le strutture attrezzate per il soggiorno a fini turistici di persone singole o di gruppi, organizzate e gestite senza scopo di lucro, al di fuori dei normali canali commerciali, da enti pubblici, da associazioni o da enti privati operanti per il conseguimento di finalità sociali, culturali, assistenziali, religiose o sportive, nonché da enti o aziende per il soggiorno di propri dipendenti e loro familiari.

Nelle case per ferie possono essere altresì ospitati dipendenti e familiari di altre aziende o assistiti di altri enti con cui venga stipulata apposita convenzione.

2. Sono **"ostelli della la gioventù"** le strutture ricettive attrezzate prevalentemente per il soggiorno e il pernottamento per periodi limitati dei giovani e degli accompagnatori di gruppi di giovani.

Gli ostelli sono gestiti, di norma, da enti pubblici, enti di caratte-

re morale o religioso, associazioni operanti, senza scopo di lucro, ai fini del turismo sociale e giovanile. Gli ostelli possono essere gestiti anche da altri operatori privati, previa convenzione con il Comune, che regolamenti le tariffe e le condizioni di esercizio dell'attività.

3. Sono esercizi di **"affittacamere"** le strutture, gestite in forma imprenditoriale, composte da non più di sei camere destinate a clienti, ubicate in non più di due appartamenti ammobiliati in uno stesso stabile, nelle quali sono forniti alloggio ed eventualmente servizi complementari. Le caratteristiche strutturali ed igienico-edilizie dei locali adibiti ad attività di affittacamere sono quelle previste per i locali di civile abitazione dai regolamenti comunali edilizi e di igiene. L'attività di affittacamere può essere esercitata in modo complementare rispetto ad un esercizio di ristorazione qualora sia svolta da uno stesso titolare e gestore in una struttura immobiliare unitaria. In tal caso l'esercizio può assumere la specificazione tipologica di **"locanda"** (4).

5. Sono **"case e appartamenti"** per vacanza gli immobili composti da uno o più locali, arredati e dotati di servizi igienici e cucine autonome, gestiti in forma imprenditoriale, per l'affitto ai turisti, senza offerta di servizi centralizzati ad eccezione del servizio di ricevimen-

to e di recapito, nel corso di una o più stagioni turistiche con contratti aventi validità non superiore a cinque mesi consecutivi.

6. Si intende per esercizio saltuario di alloggio e prima colazione e può assumere l'identificazione di **"bed & breakfast"** l'attività di ospitalità e somministrazione della prima colazione nell'abitazione di residenza o abituale dimora, avvalendosi della propria normale conduzione familiare e garantendo la compresenza con gli ospiti, avvalendosi della normale conduzione familiare, senza la fornitura di servizi aggiuntivi e in ogni caso senza organizzazione in forma d'impresa, in non più di tre stanze e con un massimo di sei posti letto, più un eventuale letto aggiunto per stanza in caso di minori di dodici anni. L'ospitalità può essere fornita per un massimo di centoventi giorni nell'arco del periodo di disponibilità all'accoglienza o, in alternativa, per un massimo di cinquecento pernottamenti nell'arco dell'anno solare.

7. Per **"attività agrituristiche"** si intendono le attività di ricezione ed ospitalità esercitate dagli imprenditori agricoli, in forma singola o associata, nei limiti dell'art.2135 del codice civile, iscritti nel Registro di cui all'art. 8 della legge 29 dicembre 1993, n. 580 (Riordinamento delle camere di commercio artigianato e agricoltura) e dai familiari di cui all'art. 230 bis

del codice civile, attraverso l'utilizzazione della propria azienda, in rapporto di connessione e complementarietà rispetto alle attività di coltivazione del fondo, di silvicoltura, di allevamento di animali che devono comunque rimanere principali.

8. Sono "**residence d'epoca**" le strutture ricettive alberghiere ubicate in complessi immobiliari di particolare pregio storico-architettonico, dotate di mobili e arredi d'epoca o di particolare livello artistico.

9. Le attività ricettive in "**residenze rurali**" (country-house) sono strutture localizzate in ville padronali o fabbricati rurali con una pertinenza di terreno di almeno 5.000 metri quadrati da utilizzare per l'animazione sportivo-ricreativa, composte da camere con eventuale angolo cottura, che dispongono di servizio di ristorazione aperto al pubblico e con il limite massimo di trenta coperti.

10. Le "**foresterie per turisti**" sono strutture ricettive normalmente adibite a collegi, convitti, istituti religiosi, pensionati.

11. Le "**case religiose**" di ospitalità sono strutture ricettive caratterizzate dalle finalità religiose dell'ente gestore.

12. I "**centri soggiorno studi**" sono strutture ricettive, gestite da enti pubblici, associazioni, organizza-

zioni sindacali, soggetti privati operanti nel settore della formazione dedicati ad ospitalità finalizzata all'educazione e formazione in strutture dotate di adeguata attrezzatura per l'attività didattica e convegnistica specializzata, con camere per il soggiorno degli ospiti dotate dei requisiti previsti per le strutture alberghiere classificate a due stelle.

2.1.4

BED&BREAKFAST

Il B&B si sviluppa, in Italia, nel 2000, soprattutto per l'esigenza di fronteggiare il previsto aumento di flusso turistico in occasione del Giubileo, attraverso una formula semplice e flessibile, capace di integrare la ricettività extra-alberghiera senza eccessivi vincoli burocratici.

Tale formula presenta il pregio di consentire un rapido adattamento alle situazioni di saturazione del sistema ricettivo tradizionale con un'offerta differenziata ed elastica, capace cioè di riadattarsi ai periodi di routine senza particolari contraccolpi, dal momento che l'esercizio di tale attività non necessita dell'impiego di specifiche

B&B RESIDENCE SAN LORENZO DESENZANO DEL GARDA



Camere e appartamenti con bagno privato, angolo cottura, televisione e collegamento a internet wireless. Nei mesi estivi l'aria condizionata ha un prezzo aggiuntivo di dieci euro a camera a notte. Letto aggiuntivo ha un costo di 10 euro al giorno. I bambini al di sotto dei 4 anni non pagano. Si applicano sconti su medio periodo e per le camere/appartamenti che possono ospitare più persone.



Servizi offerti:

Accesso per Disabili; Condizionatore/climatizzatore; Parcheggio; Piscina; Giardino; Angolo Cottura; Televisione; Internet;

risorse, ma della normale organizzazione familiare.

I soli adempimenti che la prima legge (del 1999) richiedeva erano la dichiarazione di inizio di attività al Comune competente e l'acquisizione del preventivo assenso dell'assemblea condominiale nel caso di abitazioni con ingresso non autonomo.

Lo sviluppo spontaneo, non organizzato, di queste piccole imprese è uno dei primi aspetti problematici, inevitabili, che si incontrano nell'esaminarne le caratteristiche. La mancanza di una normativa unificante a livello nazionale può influire, ma non costituisce un ostacolo determinante allo sviluppo ottimale del B&B, che, con differenze minime fra una regione e l'altra, si sta ormai decisamente affermando.

In ogni regione, infatti, ha preso forma una ricetta ormai consolidata e condivisa, che prevede lo sviluppo del concetto di qualità - intesa come differenziazione, specificità, capacità innovativa, tendenza alla collaborazione con imprese simili, enti pubblici, amministratori locali - e dell'idea di progettazione, programmazione e organizzazione dell'impresa stessa, concepita all'interno di un sistema territoriale. Iniziative da guardare con favore, ad esempio, sono quelle intraprese dalle diverse associazioni di esercenti, di proprietari, di enti pubblici locali, per l'istituzione di corsi/seminari diretti a diffondere e approfondire la conoscenza della ricettività B&B nei diversi aspetti culturali, nor-

mativi ed economici.

Nel 1999, ad esempio, è stata fondata in Italia la prima Associazione Nazionale dei Bed & Breakfast e degli Affittacamere (ANBBA), l'ente rappresentativo di categoria per gli operatori del settore dell'ospitalità familiare in Italia, che opera, senza fini di lucro, al servizio dei propri associati e del pubblico per orientamenti, informazioni e prenotazioni.

In questo modo, si sono uniti per riuscire a promuoversi in modo autonomo, riuscendo a ridurre fortemente le spese (ad es. di intermediazione) e ad aumentare il potere contrattuale dei gestori. In Italia, ad ogni modo, la domanda cresce a ritmi incessanti e l'offerta, ancora in fase organizzativa, si sta adeguando alla domanda in modo spontaneo.

2.1.5

L'AGRITURISMO

Dopo un periodo di promozione culturale e politica, l'agriturismo è entrato per la prima volta nella legislazione italiana, a livello locale, nel 1973 (provincia autonoma di Trento); a livello statale, la prima legge-quadro per la disciplina del settore è stata emanata nell'83.

B&B IL PIOPPO E LA FONTE_PAVIA



Cascina del 1740 interamente ristrutturata a 30 minuti da Rho Fiera e a 40 minuti dal centro di Milano, con grande giardino e parcheggio interno, in parte adibita a B&B.

Ogni appartamento del B&B è indipendente, ampio e confortevole con bagno riservato all'ospite che lo occupa.

La prima colazione, abbondante e varia secondo le esigenze degli ospiti, è servita in camera o in giardino.



Alda e Sergio (i proprietari) vi aiuteranno a organizzare le escursioni più adatte alla stagione in treno o in auto, garantendovi se necessario il trasporto alla stazione più vicina.



Caratteristiche:

E' consentito portare animali (piccola taglia); Le Camere hanno il condizionatore/climatizzatore; Parcheggio; Giardino; Angolo Cottura; Televisione; Internet;

Attualmente sono vigenti una nuova legge-quadro statale (Legge 20 febbraio 2006, n. 96), che indica alle Regioni i principi generali di definizione dell'attività agrituristica, e leggi regionali che indicano alle imprese criteri e limiti per l'esercizio dell'attività stessa.

Secondo la Legge 96/2006, per attività agrituristiche si intendono le attività di ricezione e ospitalità esercitate dagli imprenditori agricoli, anche nella forma di società di capitali o di persone, oppure associati fra loro, attraverso l'utilizzazione della propria azienda in rapporto di connessione con le attività di coltivazione del fondo, di silvicoltura e di allevamento di animali.

Possono essere addetti allo svolgimento dell'attività agrituristica l'imprenditore agricolo e i suoi familiari, nonché i lavoratori dipendenti a tempo determinato, indeterminato e parziale, che sono considerati lavoratori agricoli ai fini della disciplina previdenziale, assicurativa e fiscale vigente. Il ricorso a soggetti esterni è consentito esclusivamente per lo svolgimento di attività e servizi complementari.

Rientrano fra le attività agrituristiche:

a. dare ospitalità in alloggi o in spazi aperti destinati alla sosta di campeggiatori.

b. somministrare pasti e bevande costituiti prevalentemente da prodotti propri e da prodotti di aziende agricole della zona, ivi compresi i prodotti a carattere alcolico e superalcolico, con preferenza per i prodotti tipici e caratterizzati dai marchi DOP, IGP, IGT, DOC e DOCG o compresi nell'elenco nazionale dei prodotti agroalimentari tradizionali.

c. organizzare degustazioni di prodotti aziendali, ivi inclusa la mescolta di vini.

d. organizzare, anche all'esterno dei beni fondiari nella disponibilità dell'impresa, attività ricreative, culturali, didattiche, di pratica sportiva, nonché escursionistiche (trekking, mountain bike, equiturismo), anche per mezzo di convenzioni con gli enti locali, finalizzate alla valorizzazione del territorio e del patrimonio rurale.

L'attività agrituristica può essere realizzata esclusivamente in edifici rurali preesistenti nelle aziende agricole e non più utili alla conduzione del fondo. Sono previsti aiuti finanziari regionali nel quadro dei Piani di Sviluppo Rurale sostenuti dall'Unione Europea.

Secondo le più recenti statistiche ISTAT (2006), in Italia le aziende agrituristiche sono 16.765, di cui 13.854 offrono alloggio con 167.087 posti letto, 7.898 ristorazione,

CORTE VIRGILIANA_MANTOVA



Nella parte più antica della corte sono stati ricavati sei confortevoli alloggi autonomi, climatizzati, arredati con mobili antichi, dotati di bagno privato ed di piccola cucina. La prima colazione, servita direttamente in alloggio si compone di latte appena munto, marmellate fatte in casa, burro, jogurt e pane.

Un alloggio è attrezzato per disabili.

Sono ammessi animali domestici e sono a disposizione degli ospiti biciclette per escursioni sull'argine del fiume Mincio.

Per i bimbi vi è un parco giochi apposito, i grandi potranno rilassarsi nel parco, all'ombra di grandi piante secolari. E' presente anche un campo di calcetto.



Servizi:

Ammessi animali; Servizi per disabili; Spazio giochi bimbi; Fattoria didattica; Vendita prodotti tipici; Biciclette disponibili; Internet;



9.643 attività ricreative, culturali e didattiche. La regione con l'offerta più rilevante è la Toscana (3.798 aziende) seguita dal Trentino-Alto Adige (2.865) e dal Veneto (1.012). Secondo recenti stime dell'Agriturismo (2007), il fatturato annuo del settore si aggira sul miliardo di euro.

Inizialmente concepito come una forma di accoglienza molto semplice, organizzata dagli agricoltori allestendo sommariamente alloggi in edifici aziendali resi disponibili dal rapido ridimensionamento degli occupati in agricoltura, l'agriturismo si è via via evoluto offrendo comfort e servizi adeguati alle esigenze del turismo moderno, pur coerenti con la connessione all'attività agricola prevista dalla legge. In crescita anche l'offerta di servizi didattici con la diffusione delle cosiddette fattorie didattiche che accolgono studenti per far conoscere i diversi aspetti dell'attività agricola e della preparazione di molti alimenti (vino, olio, miele, formaggi, salumi, ecc.).

L'offerta di agriturismo è in costante crescita. Dapprima concentrata in piccole aziende agricole nelle zone collinari e montane, interessa oggi anche grandi aziende, pure di pianura, dando un prezioso sostegno ai redditi agricoli e contribuendo alla conservazione del paesaggio attraverso il recupero degli edifici rurali abbandonati, al consolidamen-

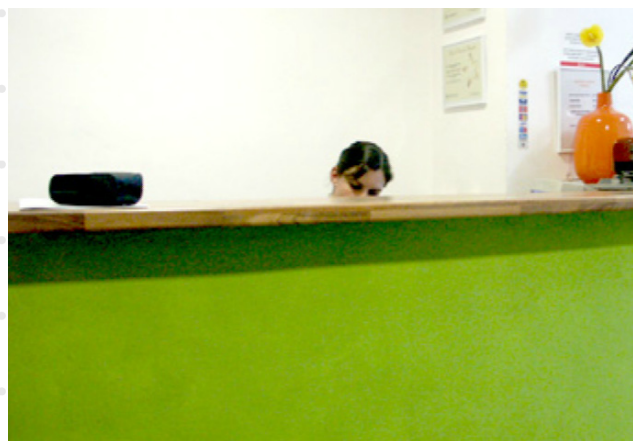
to dell'occupazione in agricoltura, e alla valorizzazione dei prodotti tipici del territorio. L'agriturismo ha inoltre dato impulso allo sviluppo di altre forme di turismo rurale (piccoli alberghi di charme, bed and breakfast, case vacanze) che richiamano clienti ugualmente interessati al mondo agricolo, ma la cui attività è svincolata dalla concreta attività lavorativa nei campi.

Anche la domanda di agriturismo si è notevolmente modificata negli ultimi anni: prima interessava una ristretta cerchia di appassionati di tradizioni e specialità enogastronomiche, oggi coinvolge larghi strati popolari motivati dal contatto con la natura, la buona tavola, la tranquillità, i prezzi generalmente contenuti. Le aziende, inizialmente ad apertura prevalentemente stagionale, attualmente sono per lo più attive per l'intero arco dell'anno, ospitando per i fine settimana come per periodi più lunghi durante le vacanze estive. Crescono gli ospiti stranieri che si stimano nell'ordine del 27% del totale.

2.1.6 L'OSTELLO

La nascita degli ostelli si deve all'idea del maestro Richard Schirrmann che nel 1909 trasformò in confortevoli camerate le aule scola-

INDIGO YOUTH HOSTEL_VALENCIA



L'ostello mette a disposizione:
Zona tè e caffè accessibile 24h; Reception aperta 24h; Internet gratuito; Ripostiglio per le valigie gratuito; Cassaforte per oggetti preziosi gratuita; Armadietti; Servizio di informazioni turistiche; Lavanderia; Cucina attrezzata sempre disponibile; Atmosfera accogliente e familiare; Prezzi contenuti;

stiche non utilizzate durante le vacanze estive.

Dopo quella prima esperienza, nel 1912 Richard Schirrmann crea il primo "Ostello per la Gioventù". Fu aperto nel castello ristrutturato di Altena, in Germania.

Attualmente gli ostelli sono organizzati nell'Hostelling International (HI); organizzazione senza fine di lucro, composta da più di 90 associazioni che rappresentano circa 4.000 ostelli in più di 80 paesi nel mondo.

Hostelling International, era originariamente chiamata International Youth Hostel Federation (Federazione Internazionale di Ostelli per i Giovani, IYHF). Questi primi ostelli, erano infatti una forte espressione dell'ideologia dell'inizio secolo XX. La gente povera, necessitava andare in cerca di cibo e sostentamento. Per questo era soprattutto un movimento giovanile, rivolto a loro, e saranno questi a dirigerlo; per cui, i costi diverranno minimi.

Negli anni 60, 70, nasce invece un nuovo tipo di viaggiatore: questa volta vuole conoscere semplicemente altri paesi, superare le "grandi distanze" per entrare in contatto con altri giovani come lui e conoscere nuove culture.

Fatta eccezione per altri tipi di ospitalità, l'ostello rimaneva fino a

poco tempo fa il detentore del prezzo più basso in assoluto sul mercato; una qualsiasi persona se non disponeva di ingenti capitali per pagarsi gli alberghi, e non contava sui rimedi di fortuna, per girare il mondo s'iscriveva all'associazione e poteva tranquillamente pernottare negli ostelli sparsi per tutto il globo, a una cifra veramente modica.

Attualmente però, soprattutto con l'avvento di Internet, altre organizzazioni totalmente gratuite gli hanno strappato questo primato. Oggigiorno, non è neanche più strettamente necessario essere iscritti per pernottare, o avere l'età massima di 25 o 30 anni, come lo era invece una volta.

Infatti, dormire in un ostello comporta spesso anche disagi; il bagno, dormitori e cucine sono in comune, e quest'ultima non è garantito ci sia. Insomma, i rischi di furto o altro rimangono pur sempre elevati. E, visto che sono sorte anche altre forme di ospitalità in questi ultimi anni, alcune delle quali totalmente gratuite, sono sempre di più le persone che preferiscono scegliere quest'ultime, invece degli ostelli. Come il Servas per esempio, o l'Hospitality Club, o CouchSurfing.

OSTELLO BELLO_MILANO



L'ostello si trova a pochi passi dal Duomo e da altri luoghi di interesse storico, perfetto per uscire la sera e per lo shopping.

Altri servizi: WI-FI gratuito; bagno privato in ogni camera; aria condizionata; abbondante colazione; bar ristorante con tipica cucina italiana - drink di benvenuto e assaggi gratuiti per gli ospiti; tipica cucina della nonna a disposizione degli ospiti con orto e aromi; grandi e luminose terrazze con amache e barbecue.



Eventi culturali gratuiti durante la settimana (installazioni artistiche, mostre, degustazioni, dibattiti, cineforum, musica dal vivo, mercatini, etc. etc.)

Ampie e accoglienti aree con giochi, ping pong, calcio balilla, subbuteo, tv satellitare, videogiochi etc. etc. Strumenti musicali a disposizione degli ospiti (piano, chitarra, basso, tastiera, etc). Grande libreria e book exchange

MICHELBERGER HOTEL_BERLINO



“Perché lasciare lo spirito ribelle e creativo di Berlino sullo zerbino?”, devono essersi chiesti nel concepire gli spazi comuni e le stanze del Michelberger. Ed in effetti soggiornare qui vuol dire amplificare l’esperienza di viaggio nella capitale tedesca. A partire dal grande spazio in cui sorge la reception, una discreta isola circolare in legno, i rimandi alla città abbondano, senza cadere nel nostalgico. L’atmosfera è pervasa da richiami all’architettura moderna e da memorie dell’operoso passato dell’edificio, restituite attraverso il pavimento in calcestruzzo e i telai di ferro delle librerie.

2.1.7 STRUTTURE ALL'APERTO

Sono strutture ricettive all'aperto:

1. Villaggi turistici
2. Campeggi

1. I **"villaggi turistici"** sono strutture ricettive aperte al pubblico, a gestione unitaria, allestite ed attrezzate su aree recintate destinate alla sosta ed al soggiorno di turisti. I villaggi turistici possono anche disporre di piazzole di campeggio attrezzate per la sosta ed il soggiorno di turisti provvisti di propri mezzi mobili di pernottamento.

2. I **"campeggi"** (camping) sono strutture ricettive aperte al pubblico, a gestione unitaria, allestite ed attrezzate su aree recintate destinate alla sosta ed al soggiorno di turisti in prevalenza provvisti di propri mezzi mobili di pernottamento. I campeggi possono anche disporre di unità abitative mobili, quali tende, roulotte o caravan, mobilhome o maxicaravan, autocaravan o camper, e di unità abitative fisse, per la sosta ed il soggiorno di turisti sprovvisti di propri mezzi mobili di pernottamento.

2.2 MODELLI COLLABORATIVI DI OSPITALITÀ

2.2.1 COUCHSURFING
2.2.2 COHOUSING
2.2.3 L'HOUSING SOCIALE

2.2.1

COUCHSURFING

Il couch surfing letteralmente si traduce in "saltare da un divano all'altro" ed è l'ultima frontiera del viaggiare "low cost", ospiti di chi mette a disposizione una stanza o anche solo il divano di casa oppure un pezzo di giardino in cui piantare la tenda.

Un'esperienza che non solo offre la possibilità di viaggiare a costi molto bassi ma anche di conoscere gente in tutto il mondo, vivere nelle loro case, stringere amicizie perchè, come recita lo slogan dei couch surfer, "il mondo è più piccolo di quello che pensi!"

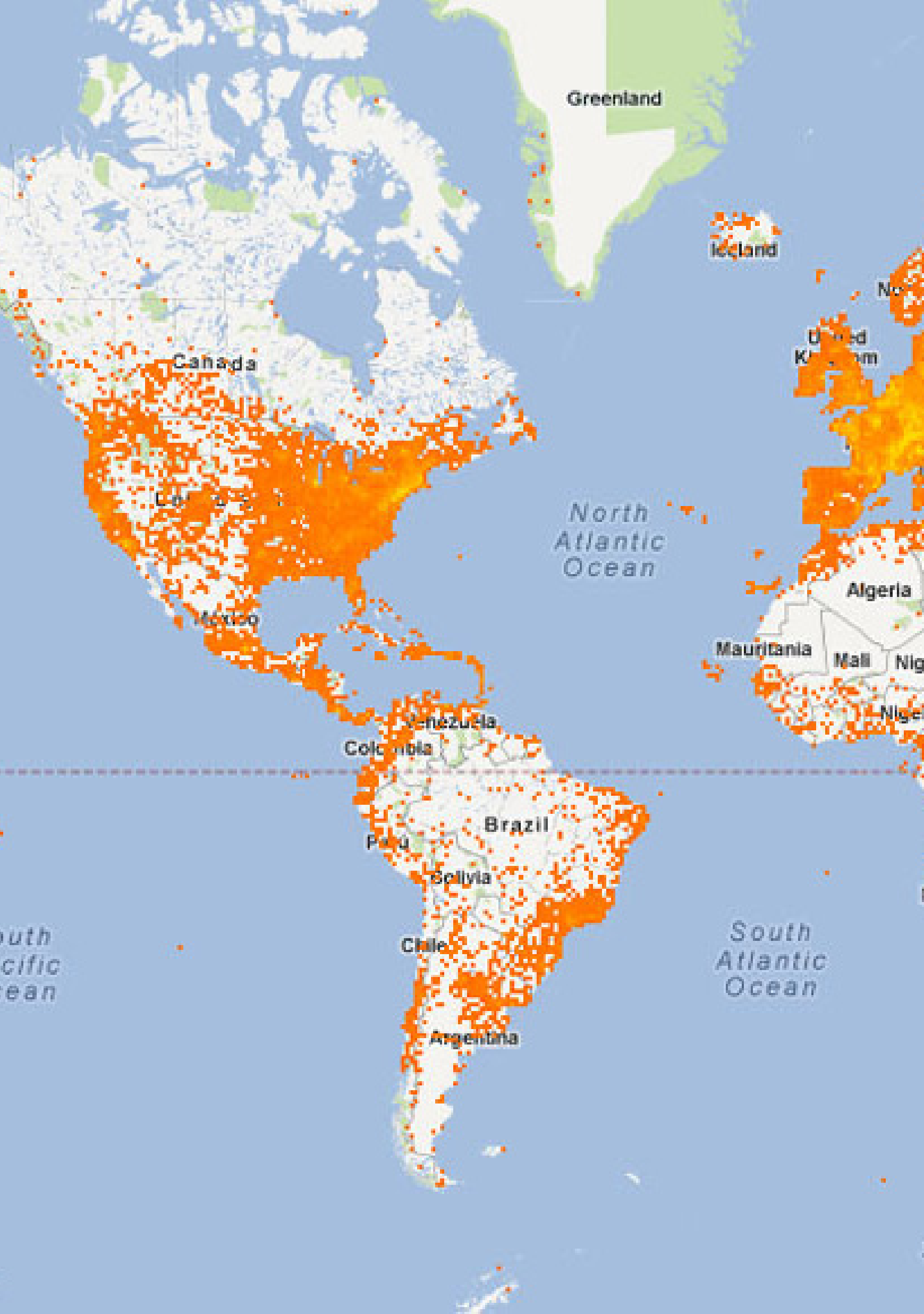
Dalla Francia all'Australia, dallo Zambia al Montenegro si trovano "surfer" in tutti i paesi del mondo. Non c'è un limite di permanenza e - come è scritto sul sito www.couchsurfing.com - questa può "essere breve come il tempo di prendere una tazza di tè oppure una notte o due che possono anche diventare mesi o più!". Couchsurfing.com è il sito veterano di questo servizio che oggi conta quasi 59.000 iscritti (1.500

gli italiani) di 187 paesi ed 11.332 città in cui sono presenti couch surfer che offrono ospitalità.

Per esempio: "Elfosil" offre ospitalità a Bariloche per far scoprire a tutti le bellezze della Patagonia, "Rowanina" a Sheffield, "Cruciangirl" delle Isole Vergini mette a disposizione una sistemazione per "gente tranquilla", "Enrique" a Vigo (Galizia, Spagna), "Opeador" a Barcellona....

Stati Uniti, U.K., Australia, Germania, Italia e Portogallo sono i paesi più ospitali ma sistemazioni si trovano praticamente in tutto il mondo. In cambio dell'ospitalità si fa qualche lavoretto domestico oppure ci si impegna a ricambiare la gentilezza. Richieste più che accettabili considerando che in questo modo l'alloggio in un paese straniero verrà a costare praticamente zero.

Per usufruire del servizio è necessario iscriversi usando un nickname; in seguito potrete inserire i vostri dati e diverse foto che molti ormai prendono in considerazione quasi più del tipo di sistemazione offerta, considerando il couch surfing anche un'ottimo strumento per conoscere persone nuove, oltre che di vacanza a bassissimo costo.



Greenland

Iceland

Canada

United Kingdom

USA

North Atlantic Ocean

Mexico

Algeria

Mauritania

Mali

Nigeria

Venezuela

Colombia

Brazil

Peru

Bolivia

Chile

South Atlantic Ocean

Argentina

South Pacific Ocean

COUCHSURFING_TESTIMONIANZE



"CouchSurfing è un network animato dalla comunità. Sento che arricchisce le vite di tutti coloro che lo usano. Mettendo da parte i nostri stereotipi, le nostre inibizioni e i nostri pregiudizi possiamo tutti vivere in armonia, fare esperienza del mondo che sta oltre i tuoi confini mentali e fare amicizie in tutto il mondo. La vita non sarà più la stessa, sarà interessante, piena di nuove esperienze ed amicizie."

Anthony Sibbald (United Kingdom)



"CouchSurfing è sorprendente. Ho aderito a questa comunità un paio di anni fa. Da allora, ho avuto esperienze incredibili con tutte le persone che ho ospitato, conosciuto ad incontri, e di cui ho surfato il divano, dalla Francia al Vietnam. Nella vita quotidiana, può essere difficile trovare persone profondamente motivate, anti-conformiste, colte con alti obiettivi nella vita: persone veramente interessanti. Ma CouchSurfing è pieno di queste persone. Si tratta di un conglomerato di buone intenzioni, persone, di buon karma, e basta saltarci dentro per godere di questo mondo."

IWANNAGOTOTAHITI (Spain)

Immagine 30.

2.2.2

COHOUSING

Il cohousing è un nuovo modo di concepire l'abitazione, questo sistema sta attualmente arrivando anche in Italia, direttamente dai paesi scandinavi. I primi progetti sono in via di realizzazione in diverse città del nostro paese, dove, se attecchirà come altrove, promette di rivoluzionare molti aspetti del nostro vivere quotidiano e di quello con i nostri vicini. Il cohousing, o co-residenza, è l'esperienza quotidiana che migliaia di persone in tutto il mondo hanno scelto di vivere in una comunità residenziale a servizi condivisi, una sorta di "villaggio urbano".

Ogni inquilino, cioè, vive nella propria abitazione privata, ma condivide con i propri vicini degli spazi in comproprietà che favoriscono lo scambio, le relazioni, i servizi comuni, la salvaguardia dei propri interessi di quartiere. Questi aspetti non sono da sottovalutare, se si considera che, come rilevato da sempre più ricerche sociali, le nostre città sono sempre più malate di nuove solitudini sociali dovute

soprattutto alla crisi della famiglia e delle relazioni di vicinato (a volte non sappiamo neppure chi siano i nostri vicini di pianerottolo). Il cohousing ha fra le sue ragioni d'essere anche proprio il recuperare le dinamiche relazionali e di sostegno reciproco del quartiere e del vicinato, tipico delle generazioni che ci hanno preceduto. Nato in Danimarca negli anni Sessanta, si è diffuso in tutto il mondo, specialmente in Svezia, Olanda, Inghilterra, Stati Uniti, Canada, Australia, Giappone, è approdato in Italia grazie all'agenzia per l'innovazione sociale "Innosense Partnership" che, attraverso la costituzione della società "Cohousing Ventures", sta curando la realizzazione dei primi progetti esecutivi in diverse città italiane.

Questo nuovo modo di concepire l'abitare coniuga l'autonomia dell'abitazione privata ai vantaggi di servizi, risorse e spazi condivisi, con evidenti benefici sia dal punto di vista sociale che ambientale, oltre che economico. Chi decide di aderire a uno dei progetti di cohousing - ogni villaggio è in genere costituito da 20-40 unità abitative in cui possono insediarsi famiglie o single, giovani o anziani - acquista un appartamento che fa parte di un progetto più ampio (un po' come avviene per le cooperative). La differenza sta, però, nel fatto che ognuno partecipa attivamente, insieme a tutti gli altri aderenti, alla

GREENHOUSE COHOUSING_MILANO



GreenHouse è un modello residenziale innovativo che integra funzioni abitative, produttive e ludiche in un progetto che pone forte attenzione alla sostenibilità e al risparmio energetico.

Le famiglie che abiteranno gli appartamenti di GreenHouse (da 50 a 150 mq) avranno infatti a disposizione, oltre ai 400 mq di spazi comuni (lavanderia, hobby room, area relax, area fitness, biblioteca, stanza della musica, living con cucina, area giochi per i bambini, appartamento per gli ospiti e solarium) un particolare spazio comune: una serra verticale di circa 500 mq per la coltivazione di verdura e piccoli frutti.



GreenHouse sarà costruita in classe energetica A, utilizzando la geotermia e i pannelli fotovoltaici per il riscaldamento e raffreddamento a costo zero. Questo significa che chi vivrà a GreenHouse godrà non solo del privilegio di abitare in una casa con l'orto e tantissimi spazi comuni, ma non pagherà mai più bollette per il riscaldamento e il raffreddamento.



GreenHouse, sarà realizzato in cooperativa libera da Cohousing.it che gestirà tutto il processo di costruzione dell'edificio e la progettazione partecipata e la formazione della comunità residenziale. Come in tutti i progetti cooperativi, i costi delle abitazioni di Greenhouse saranno ridotti ai costi effettivi di acquisto dell'area, progettazione, costruzione, facilitazione sociale, accompagnamento e direzione lavori, serra verticale e spazi comuni inclusi nel costo.

progettazione del proprio quartiere scegliendo gli spazi comuni che più interessano alla comunità, col vantaggio di conoscere i propri vicini prima di acquistare casa. Nel momento in cui si aderisce a un determinato progetto vengono, infatti, organizzati incontri periodici in cui tutti gli aspiranti coresidenti si conoscono e si confrontano sulle linee guida della vita comune. Quindi scelta e destinazione d'uso degli spazi in condivisione, gestione delle spese comuni, scelta di materiali o impianti da utilizzare (come, per esempio, l'utilizzo di impianti fotovoltaici per l'energia e così via). In genere le costruzioni in coresidenza sono realizzate ex-novo oppure sono il frutto del recupero di vecchie strutture quali cascine o ex fabbriche, sempre comunque localizzate su ampie aree cittadine o di campagna che consentano di ricavare, oltre alle abitazioni, spazi comuni per favorire il senso di comunità tra i residenti. Al centro del cohousing, dunque, la cosiddetta progettazione partecipata che ha lo scopo di ricavare nel quartiere quegli spazi condivisi che incontrano le esigenze che di comune accordo gli abitanti della comunità individuano insieme. Tra questi i più gettonati sono play-room per bambini o micronidi di quartiere, aree relax (smoking room, sale proiezioni, sale giochi), palestre, piscine, hobby-room attrezzate, stanze per gli ospiti, orti e giardini, spazi cucina con tavolata per ritrovar-

si insieme e fare feste, lavanderie automatiche e stirerie, magazzini e dispense per la spesa comune.

Nell'esperienza dei paesi in cui già esiste da tempo non mancano neppure esperienze di car sharing (la coproprietà cioè di automobili, pulmini o furgoni) o di costituzione di gruppi d'acquisto attraverso cui avere un maggiore potere contrattuale nei confronti dei fornitori, bypassando gli intermediari. Un modo intelligente, dunque, per risparmiare.

In genere i progetti di cohousing sono molto sensibili all'impatto ambientale. Per cui non è raro che le coresidenze prevedano l'applicazione dei dettami della bioarchitettura, dell'utilizzo di energia "pulita" e di materiali naturali. Il tutto ovviamente compatibilmente con i budget che i coresidenti hanno a disposizione. Proprio l'ultimo progetto targato cohousing si chiama infatti GreenHouse ed è un progetto di coresidenza speciale perché avrà un importante spazio comune oltre a quelli abituali per un cohousing: una serra verticale per la produzione di ortaggi e piccoli frutti per il sostentamento delle famiglie che vi andranno a vivere. Il tutto senza trascurare l'efficienza energetica e il rispetto per l'ambiente (geotermia, fotovoltaico...). Il progetto verrà realizzato a Milano, nel quartiere Lambrate, e sarà pronto nel 2012.

2.2.3

L'HOSING SOCIALE

L'attuale emergenza abitativa è molto differente dal passato. Circa trent'anni fa la domanda era diversa, prima di tutto meno povera, numerosa e compresa in una fascia sociale di elevata omogeneità. La risposta a tali esigenze era obbligata proprio perché la sua dimensione e il suo potenziale carattere strumentale rientrava nel quadro motivazionale alla base delle politiche sociali e abitative.

Lungo gli ultimi vent'anni la domanda povera di abitazione è andata radicalmente modificandosi fino ad assumere svariate e numerose caratteristiche: una sorte di disagio pluridimensionale ad assetto variabile. I programmi di edilizia sociale devono essere visti come operazioni in grado di inserirsi in una strategia di riequilibrio tra domanda e offerta abitativa.

Devono inoltre essere letti come strumenti da collegare alle politiche di sostegno all'occupazione in una logica di forte integrazione tra costruzione e fornitura dei servizi.

Vista la frammentarietà della domanda abitativa, non è possibile pensare che oggi una sola e unica politica possa rispondere al problema abitativo.

È necessario effettuare una frammentazione del mercato, sviluppando un'analisi che classifichi il mercato in termini di fabbisogni, esigenze e aspettative diversificate.

Le politiche devono essere differenziate e mirate per rispondere alle esigenze dei diversi soggetti che compongono la domanda, dai senza casa, alle fasce sociali che non riescono ad accedere al mercato abitativo, agli extracomunitari, ai giovani.

In questo senso va sicuramente recuperata e ripensata l'esperienza dell'edilizia sovvenzionata e dell'edilizia convenzionata integrata, adeguandola alle nuove esigenze e alla frammentazione della domanda sul territorio, attraverso come si è detto una centralità delle funzioni residenziali e dei servizi. In particolare deve essere posta particolare attenzione al campo dell'affitto; la formula della locazione per periodi medio-lunghi deve dare risposte sia in termini di flessibilità che di temporaneità. Questo fattore è ancora più importante in un periodo in cui il modo di lavorare, la maggiore mobilità lavorativa, soprattutto per i giovani, richiede una adeguata politica sociale che si adegui alle esigenze di mobilità,

ADELAIDE WHARF_LONDRA



Adelaide Wharf è un progetto innovativo che comprende 147 abitazioni e 650 mq di spazi dedicati a uso ufficio.

Il progetto prevede la realizzazione di alloggi sociali da destinare a fasce bisognose ed alloggi da destinare al mercato libero. Tale soluzione permette di garantire un equilibrato mix sociale, che permette di evitare l'esclusione sociale degli abitanti.

L'area di progetto è situata sul canale Regent a Hackney, un quartiere di Londra destinato alla riqualificazione urbana.

L'edificio è composto da sei piani fuori terra ed è circondato su tre lati da un'ampia area verde, mentre sul quarto lato affaccia sul canale.

Numero alloggi: 73 alloggi a libero mercato, 74 di housing sociale, 33 in affitto a canone camierato, 41 destinati al Progetto Keyworker. Totale alloggi 147.

LOUIS BLANC_PARIGI



Eseguito su incarico della Régie Immobilière de la Ville de Paris (RIVP), società semi-pubblica che gestisce e costruisce alloggi sociali per conto del Comune di Parigi, l'edificio si sviluppa su un piccolo lotto di 550 mq, in 45 rue Louis Blanc, a Parigi.

La suddivisione interna è realizzata con partizioni di cartongesso, sistema costruttivo a secco di semplice e rapida esecuzione. Gli architetti hanno scelto di valorizzare la zona dedicata al living/pranzo, lasciando la cucina a vista nella maggior parte dei casi, oppure direttamente comunicante, e riducendo al minimo gli spazi di distribuzione.

soprattutto per quanto riguarda il tema della casa.

Infatti molti segmenti della nuova domanda che non trova risposte adeguate è espressione dei cambiamenti e delle trasformazioni nei rapporti di lavoro, su cui peseranno sempre di più la flessibilità contrattuale e i processi di delocalizzazione.

L'UTILITA' SOCIALE

L'obiettivo di interventi di housing sociale è quello di incrementare il mix sociale, promuovendo la coesione sociale.

La risposta a tali esigenze può essere soddisfatta tramite interventi di housing sociale, in quanto tali interventi non sono rivolti solo alla carenza quantitativa degli alloggi o al problema dell'onerosità. Infatti mentre da una parte l'housing sociale permette di soddisfare i bisogni abitativi garantendo abitazioni adeguate a prezzi accessibili, dall'altra parte pone attenzione alla qualità degli alloggi e degli spazi di relazione.

Grazie ad un approccio integrato con le realtà locali, come imprese, scuole, rappresentatrici locali e fornitori di servizi si rendono tali aree luoghi in cui è piacevole risiedere, incrementando lo sviluppo economico locale e, allo stesso tempo, sod-



Immagine 34, 35. Housing sociale, Donnybrook, quartiere residenziale a Londra

disfacendo i bisogni emergenti dei nuovi nuclei familiari.

LA DIVERSITÀ EUROPEA

A livello europeo si riscontrano diversi trend che si modificano a seconda del paese e del luogo preso in esame.

Esistono grandi differenze tra i Paesi europei per ciò che riguarda le dimensioni del settore dell'affitto sociale, come differenti sono i criteri di allocazione.

Si possono riscontrare principalmente due criteri: (7)

- modello universalistico, considera il bene abitativo come una responsabilità pubblica nei confronti dell'intera popolazione.

L'assegnazione degli alloggi avviene tramite liste d'attesa con o senza criteri di priorità, mentre gli enti locali riservano un certo numero di alloggi vacanti per quei nuclei familiari che presentano un urgente bisogno abitativo. Tra i Paesi che utilizzano questo modello si trovano Svezia, Danimarca e Paesi Bassi.

- modello "targeted" si basa invece sull'assunzione che gli obiettivi delle politiche abitative siano realizzati in misura prevalente del mercato, e riconosce come beneficiarie del social housing solo quelle famiglie per le quali il mercato non è in grado di provvedere a un'abitazione dignitosa a prezzi accessibili.

Questo modello può essere a sua volta suddiviso in due sottogruppi, l'approccio generalista che assegna gli alloggi ai nuclei familiari che ricadono al di sotto di un reddito, e segue la tradizione di social housing propria dell'Europa Occidentale, che si rivolgeva ai lavoratori e ai percettori di redditi medi. In quest'approccio gli affitti sociali hanno un livello massimo fisso, e le famiglie beneficiano di indennità abitative che sulla base del reddito coprono parte dell'affitto.

Il secondo approccio è quello residuale, che concentra su una categoria più ristretta di beneficiari, tipicamente i nuclei familiari più disagiati, quali disabili, disoccupati, anziani, genitori soli. Generalmente a tale approccio corrisponde l'assegnazione diretta di una sistemazione da parte delle autorità locali in base al bisogno.

Se da un lato i Paesi che ricadono nella categoria universalistica tendono ad avere una minore percentuale di stock in proprietà rispetto ai Paesi che hanno un approccio targeted, dall'altro gli Stati di tipo generalista presentano un set-

Nota 7. M. Baldini, M. Federici, "Il social housing in Europa", CAAP, Dipartimento di Economia Politica, Università di Modena e Reggio Emilia.

CARABANCHEL_MADRID



Il progetto del collettivo Dosmasunos arquitectos fa parte del programma municipale della città di Madrid che prevede la costruzione di 59.000 alloggi da realizzare entro il 2011, tra cui 32.500 di iniziativa pubblica. Il nucleo abitativo base è un appartamento di 42 mq con soggiorno, camera, bagno e cucina, ripetuto per 102 volte.

La pianta è studiata per avere la migliore esposizione del soggiorno e della camera, verso sud; la fascia dei servizi, bagno e cucina, è posizionata a nord, con affaccio sul cortile. Solo ad alcuni alloggi sono aggiunti i moduli di ampliamento: un modulo singolo, composto da una camera di 9 mq, oppure un modulo doppio, di 20 mq, con due camere e un bagno. Tale soluzione ha permesso di ottenere appartamenti di differente taglio da 42, 53 o 66 mq.

Questo accorgimento consente di rispondere alle diverse esigenze della committenza, che richiedeva 52 alloggi con una camera da letto, 35 con due camere e 15 con tre camere.

tore privato degli affitti piuttosto ristretto mentre quelli di tipo residuale mostrano un mercato privato degli affitti di dimensione maggiori rispetto a quello sociale.

Una volta definiti i criteri per l'accesso, l'effettiva assegnazione degli alloggi avviene generalmente sulla base di liste d'attesa e criteri di priorità, che possono essere cronologici o socio-economici.

Un sistema innovati per l'assegnazione degli alloggi è stato invece introdotto per la prima volta dalla città di Delft, nei Paesi Bassi, ed è ora applicato anche in Inghilterra. Esso vuole essere un sistema basato sulle preferenze degli utenti, oltre che su criteri di bisogno: le Housing Associations pubblicano su giornali o siti internet specializzati un lista dei propri alloggi vacanti e i candidati per il social housing possono presentare domanda per l'alloggio, scegliendo quello che più si addice alla proprie esigenze. L'effettiva assegnazione avviene poi sulla base di criteri di priorità, di età, di tempo. (8)

Gli operatori attivi nel settore del social housing sono responsabili di diverse attività, necessarie per l'erogazione finale del servizio: la scelta del promotore incaricato della costruzione di alloggi sociali, la costruzione materiale, il finanziamento, la proprietà legale delle strutture di social housing, la loro gestione e la pianificazione di una strategia.

Oggi in Europa il concetto di social

housing tende a comprendere oltre allo stock abitativo pubblico una serie di associazioni e fondazioni volontarie e senza scopo di lucro, di società pubbliche o private senza scopo di lucro, di organizzazioni cooperative e anche investitori privati che forniscono social housing. In tutta Europa si registra negli ultimi anni un progressivo decentramento delle competenze e responsabilità in campo abitativo dallo Stato centrale alle amministrazioni regionali e locali.

Il settore privato risulta sempre più coinvolto nel social housing, in particolare nelle attività di costruzione e di finanziamento.

Le organizzazioni private volontarie senza scopo di lucro sono riconosciute come un valido strumento per la fornitura di social housing in sostituzione a quella statale. Il ruolo di questo settore è diffuso soprattutto nell'Europa occidentale, nel Regno Unito e nei Paesi Scandinavi.

L'ASPETTO ECONOMICO

Il finanziamento del social housing si presta a molteplici soluzioni,

Nota 8. M. Baldini, M. Federici, "Il social housing in Europa", CAAP, Dipartimento di Economia Politica, Università di Modena e Reggio Emilia.

che vedono ai propri estremi l'impegno pubblico e quello privato.

I Paesi Bassi forniscono l'esempio di un settore di social housing reso finanziariamente indipendente dal governo centrale: a partire dal 1995, quando il governo annullò i prestiti pendenti e cancellò i sussidi, gli investimenti delle housing associations sono finanziati da prestiti ottenuti sul mercato dei capitali.

L'eliminazione dei sussidi alle housing associations è stato possibile perché nei Paesi Bassi il settore degli alloggi sociali dati in affitto è particolarmente ampio e le housing associations presentano una solida struttura finanziaria, che consente loro di ottenere prestiti a tassi di interesse inferiori al 1%. (9)

In tutta Europa, fino agli anni 80, il finanziamento dei nuovi interventi di social housing avveniva invece per la maggior parte attraverso prestiti statali.

Il settore degli alloggi sociali richiede infatti prestiti a lungo termine e solo il finanziamento pubblico poteva garantire bassi tassi di interesse sul privato.

Un importante contributo al finanziamento degli investimenti viene anche dalla mobilitazione dei risparmi, istituzionali e privati. Per quanto riguarda i primi, gli attori più importanti sono rappresentati dai fondi pensione e dalle compagnie di assicurazione.

Un altro strumento per generare risorse a basso costo è rappresentato dai "revolving funds", utilizzati in particolare in Francia ed Austria. Questi fondi ricevono sussidi che successivamente sono convertiti in prestiti a lungo termine e a basso tasso di interesse per il social housing. Il rimborso del prestito va ad aumentare le risorse del fondo, cosicché i sussidi possono essere ridotti ed eventualmente soppressi. Infine il ruolo dei sussidi, i cosiddetti "object subsidies", il cui scopo è quello di ridurre i costi per la costruzione e i costi operativi. Una tendenza in Europa è quella di spostare i sussidi direttamente al soggetto, chiamati anche housing allowances o housing benefits: essi sono legati al reddito e alle caratteristiche del nucleo familiare. Sono in questo modo più flessibili, poiché possono diminuire o aumentare quando si modificano i redditi o le dimensioni del nucleo.

Nota 9. M. Baldini, M. Federici, "Il social housing in Europa", CAAP, Dipartimento di Economia Politica, Università di Modena e Reggio Emilia.

THIN FLATS_ PHILADELPHIA



L'intero edificio, a pianta rettangolare, si sviluppa su 5 livelli, compresi il piano terra e la copertura piana. Dal punto distributivo, prevede 8 unità abitative che si sviluppano su 2 livelli, destinando a ciascuna una porzione di verde privato. Per le unità inferiori, è stato ricavato, sul lato nord, un giardino esclusivo con relativo posto auto. Per gli appartamenti che occupano il secondo e terzo piano, è stato previsto un giardino pensile in copertura, con zone living pavimentate con lastre di calcestruzzo riciclato.

Particolarità di questa costruzione è la profondità delle stecche, in rapporto 4 a 1 rispetto alla facciata, è stato necessario introdurre lucernari in copertura per illuminare la parte interna e l'utilizzo di pareti in vetro traslucido, dal punto di vista distributivo, collocando nella parte centrale i servizi, lesone cucine e i collegamenti verticali.

2.3

OSPITALITÀ SANITARIA A MILANO

2.3.1 RESIDENZA SANITARIA DI OSPITALITÀ PROTETTA

2.3.2 CASA FUNNY

2.3.3 CASA AMICA

2.3.4 CASA PROMETEO

2.3.5 HOTEL SAN RAFAEL

2.3.6 MAPPATURA

Hotel, residences, case di accoglienza sparsi su tutto il territorio nazionale vengono utilizzati non solo dall'utenza che vi si reca per motivi ludici o di vacanza ma vengono utilizzati anche da quel flusso di persone che si sposta per motivi legati alla salute, di cui si è parlato durante il capitolo sulla mobilità sanitaria.

Esistono poche strutture dedicate unicamente a questo tipo di utenza, molte però (soprattutto quelle in prossimità degli ospedali) offrono tariffe agevolate.

2.3.1 RESIDENZA SANITARIA DI OSPITALITÀ PROTETTA

Roma. La struttura è stata pensata per famiglie, laici, religiosi, singoli; in struttura religiosa; asso-

ciato a Cits - Centro Italiano Turismo Sociale. La Residenza è nata per risolvere i problemi logistici del soggiorno di pazienti e loro parenti, studenti, docenti, congressisti e per chi effettua terapie senza il ricovero ospedaliero.

2.3.2 CASA FANNY

Pavia. La struttura è stata inaugurata il 13 dicembre 2008 ed è composta da 42 appartamenti (6 monocali e 36 bifocali) ed è gestita dalla Fondazione AEP - Amici dell'Ematologia di Pavia voluta dalla signora Barbara Fanny Facchera. Lo scopo della residenza, in quanto struttura dedicata e protetta, è quello di migliorare la qualità della vita del malato e delle famiglie, offrendo ospitalità socio-sanitaria in locali sicuri e accoglienti dove trascorrere la degenza da interventi e terapie o brevi soggiorni per visite e controlli.

Nei 50 appartamenti della Residenza Fanny vengono ospitati, assieme alle loro famiglie, i malati durante le cure, i day-hospital e durante i lunghi periodi post-trapianto, per malattie del sangue o per altre patologie. 6 monocali e 44 bilocali, tutti dotati di cucina e servizi privati vanno a comporre la Residenza, voluta da Barbara Fanny Fac-

chera, per garantire ai malati e ai loro parenti una struttura per l'ospitalità socio-sanitaria protetta. Un bus navetta collega poi la Residenza al Policlinico San Marco di Pavia.

In tutto possono quindi essere accolte circa 1200 - 1400 persone che potranno beneficiare degli alti standard qualitativi messi a disposizione dalla Fondazione Barbara Fanny Facchera o.n.l.u.s., che gestisce la struttura.

2.3.3 CASA AMICA

Milano. CasAmica è un'associazione di volontariato nata nel 1986 per offrire ospitalità ai malati e ai loro familiari che provengono da tutta Italia per curarsi negli Istituti Sanitari di eccellenza di Milano.

Una grande famiglia dove, condividendo quotidianamente gli spazi, si trovano coraggio e forza.

L'Associazione CasAmica nasce a Milano dall'intuizione di Lucia, una giovane mamma di quattro figli, che alla metà degli anni '80, uscendo di casa ogni mattina per accompagnare i suoi figli a scuola, si imbatte nelle persone che dormono sulle panchine di Piazzale Gorini, nei pressi

dell'Istituto Nazionale dei Tumori. Sono persone che di giorno sono in cura presso la struttura e la notte, per mancanza di mezzi e provenendo da fuori Milano, non hanno un alloggio dove stare. Persone angosciate e disorientate che oltre ad un tetto hanno bisogno di aiuto morale e psicologico.

L'intuizione di Lucia la porta a realizzare nel 1986 la prima Casa di Accoglienza della neonata Associazione CasAmica Onlus di cui è, da allora, Presidente. Le sei camere e i quattro bagni della prima casa di accoglienza, più di venti anni fa, sono diventate OGGI quattro Case a Milano, aperte 365 giorni l'anno, capaci di ospitare fino a oltre 100 persone al giorno.

"... ogni mattina c'è qualcosa di strano, nelle vicinanze di quei due grossi centri ospedalieri ... persone che si risvegliano sulle panchine, che trascorrono le notti dentro l'automobile.

Perché? Chi sono? Sono persone in cura o che assistono i propri familiari degenti. Dopo qualche pernottamento diventa impossibile sostenere le spese presso un albergo.

Dormono all'aperto d'estate o si rifugiano nei sotterranei dell'ospedale, con la speranza che nessuno faccia lasciare loro quel luogo riparato dalla paura, che una grande città incute a quanti non la conoscono ..."

(testimonianza di una mamma)

2.3.4 CASA PROMETEO

Per 4 anni l'Associazione si è concretamente impegnata al fine di portare a termine il Progetto: un appartamento pronto ad accogliere pazienti malati di tumore al fegato, al pancreas, alle vie biliari nonché ospitare persone che hanno vissuto un trapianto di fegato e i loro familiari. Dopo l'esperienza della malattia, anche le cure e i controlli sono spesso momenti difficili per chi deve raggiungere Milano da molto lontano. CasaPrometeo è, per tutti, una piccola, grande certezza. Un luogo sicuro e confortevole a disposizione di quanti ne avranno bisogno, per poter soggiornare tutti i giorni necessari. L'appartamento è composto da tre camere da letto, ognuna fornita di due letti un bagno privato, da un ampio spazio comune, da un angolo cottura e da uno spazio lavanderia; il tutto per consentire a pazienti e famigliari un soggiorno più sereno.

Le Camere sono doppie con bagno. Servizio di pulizia e cambio biancheria 3 volte a settimana. Zona cucina/soggiorno in condivisione, piccolo

spazio lavanderia.

L'Hotel Rafael, situato a ridosso dell'ospedale San Raffaele, apre le sue porte a tutti coloro che sono in viaggio verso il capoluogo lombardo: una costruzione nuova, moderna e imponente, che sfrutta la propria posizione per garantire ottimi collegamenti con la città e con le grandi vie di comunicazione.

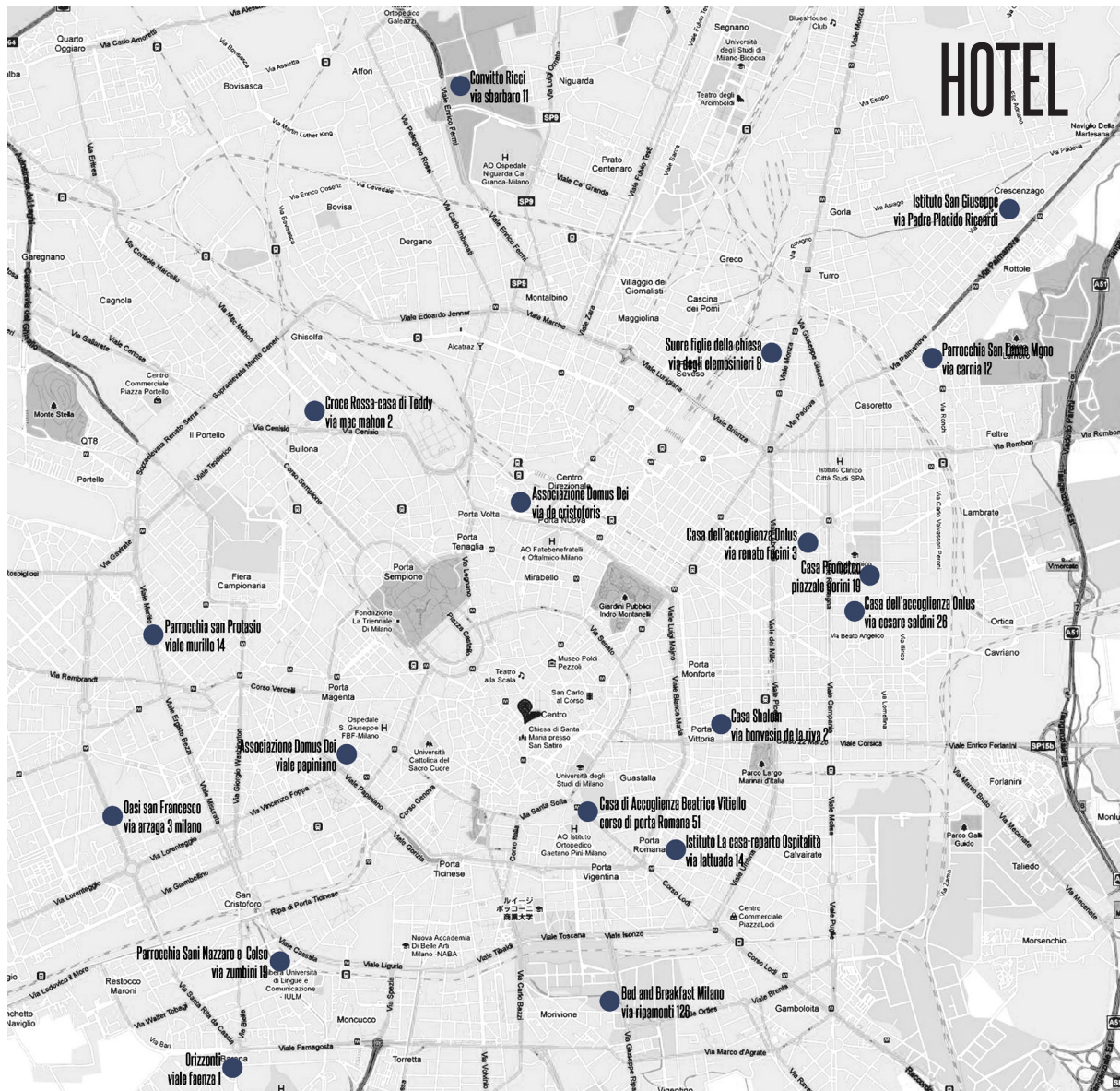
2.3.5 HOTEL SAN RAFAEL

Luogo per il ricercatore interessato a convegni e seminari scientifici, così come per l'uomo d'affari in cerca di tranquillità e discrezione ma soprattutto per i parenti dei degenti.

Struttura: 208 camere Standard di cui 12 per ospiti con mobilità ridotta; 8 Junior Suite; Ristorante "Il Raffaello"; Bar "Il Raffaello"; Saletta "Il Raffaello";

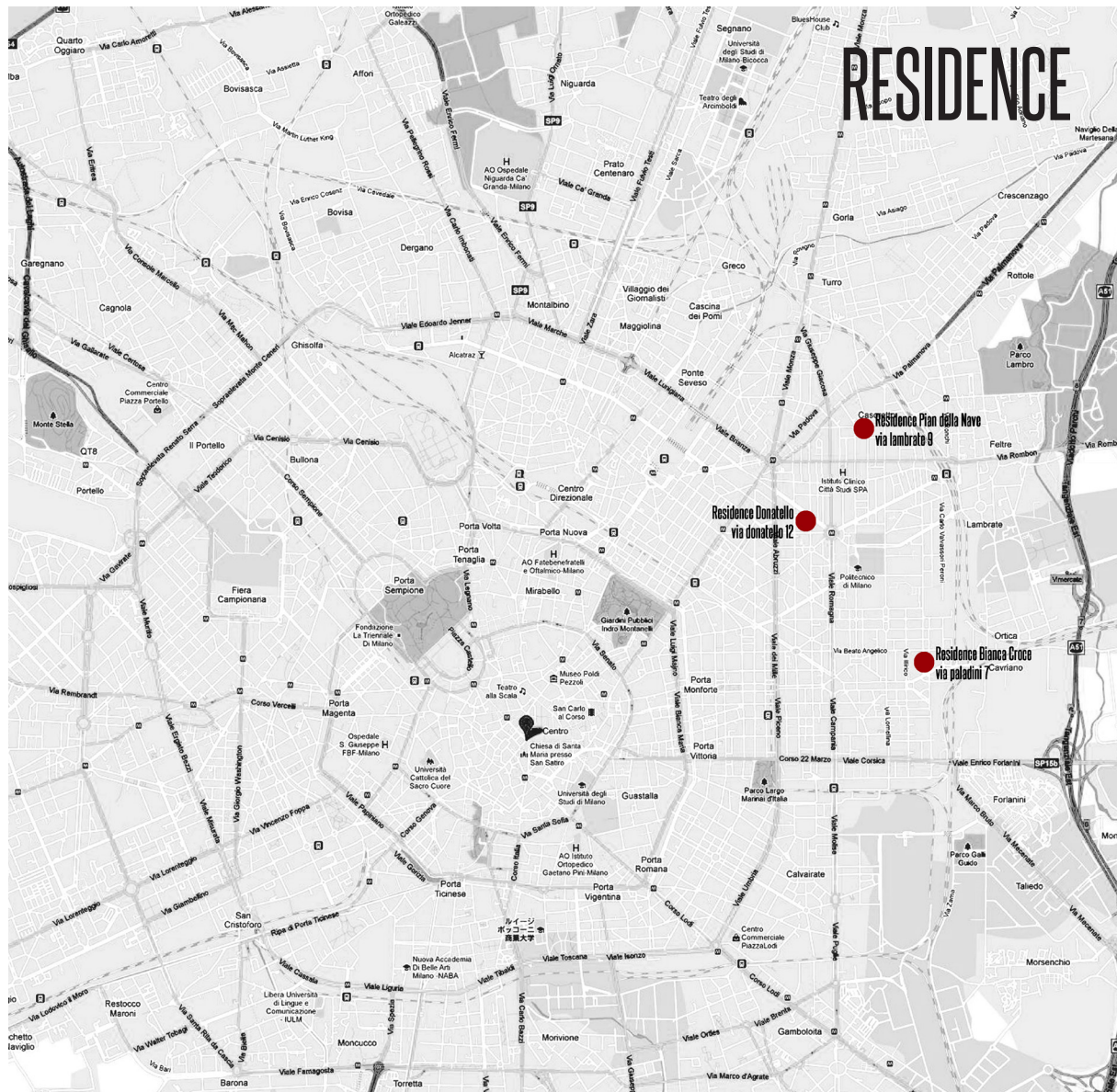
Dotazioni: Parcheggio esterno tele sorvegliato a pagamento, esclusivo per i clienti; Giardino; Cassette di sicurezza gratuite, al Ricevimento Locale stireria, al piano terra Distributore automatico di bevande fredde, al piano terra;

2.3.6 MAPPATURA



Mapa 5. Hotel convenzionati

Fonte: Autoreferenziale



Mappa 6. Residene convenzionati

Fonte: Autoreferenziale



Mapa 7. Case di accoglienza convenzionate

Fonte: Autoreferenziale

3. LA CASA RURALE

INDICE

LA CASA RURALE

3.1 Introduzione alla casa rurale

3.2 Cenni storici

3.3 Gli spazi verdi

3.4 Rapporto ambiente | casa rurale

3.5 Le cascine di Milano

3.5.1 Situazione attuale

3.5.2 Mappatura

3.5.3 Il progetto "CASCINE EXPO 2015"

3.1 INTRODUZIONE ALLA CASA RURALE

Molti, davanti al vuoto rigorismo geometrico al quale ci ha abituato la cattiva architettura delle città moderne, così chiusa nei quartieri periferici delle metropoli, con i loro monotoni blocchi edilizi e gli ampi viali deserti, spesso hanno provato disgusto per ogni volume edilizio elementare, e hanno guardato con liberazione ai vecchi centri urbani con il loro confuso e caotico accavallarsi di stili architettonici diversi e di forme bizzarre.

Una sensazione simile viene provata di fronte a fattorie agricole, in cui la scatola edilizia è spezzata in una curiosa e confusa sovrapposizione di volumi. Queste considerazioni sono tutte vere, ma solo se rimangono sul piano di sensazioni provate dall'osservatore.

Infatti, dire che essendo la natura sinuosa e articolata allora anche l'architettura contadina sarà sinuosa e articolata non è vero. Come ormai è stato più volte osservato, quasi tutta la natura invisibile e visibile ha forme rigorosamente regolari, organizzate secondo strutture con precisione matematica.

Le tipologie di casa rurale (contadina) italiana possono essere ricondotte a tre epoche storiche ben definite, queste coincidono con le tre ondate di colonizzazione urbana delle campagne della penisola, e cioè quella del tardo Medioevo, del Rinascimento e dell'Illuminismo.

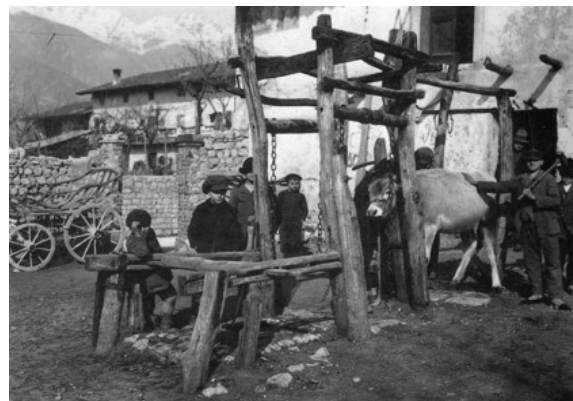


Immagine 38, 39, 40. Scene di vita contadina

3.2

CENNI STORICI

Tardo Medioevo.

Il primo grande slancio di colonizzazione agraria fu opera della piccola nobiltà inurbana e della borghesia di nuova formazione dei castra medievali, cioè dei villaggi agricoli fortificati. Uno degli eetti principali di questo inurbamento fu quello di aumentare il numero dei proprietari fondiari cittadini, i cui possedimenti, organizzati secondo le forme regolari dei campi chiusi, formavano una cerchia di breve raggio attorno al castrum. E' dunque l'ambiente urbano dei castra a dare impulso alla colonizzazione delle terre ed è a questo fenomeno che va ricollegata l'origine immediatamente urbana dell'architettura rurale tra l'XI e il XIV secolo.

Un esempio di questa tipologia edilizia è la classica casa unitaria multipiano, diusa ancora oggi nell'Italia centrale. Una variante di questo tipo è la cosiddetta casa-torre isolata nel podere che evidentemente tradisce le sue origini cittadine, poiché l'esigenza di svilupparsi in altezza non è sicuramente legata ai grandi spazi liberi della campagna. Il modello più diretto di questa tipologia è la torre d'abitazione dei cavalieri inurbati, detta anche palatium, come possiamo vedere ancora oggi a San Gimignano, "la città delle belle torri (Immagine 1)", o a Bologna, e in altri casi ancora.

Questa tipologia consiste in un parallelepipedo regolare sviluppato in

altezza. Al nucleo originario della torre si aggiungono talvolta altri elementi e volumi edilizi come la scala esterna, il portico e la loggia. Questo blocco edilizio, nato all'interno del borgo murato, è stato trasferito di peso sia dal punto di vista tipologico che formale in aperta campagna, e costituisce il nucleo primitivo di molte antiche fattorie toscane, attorno al quale si sono aggiunte nel corso del tempo altri corpi edilizi, parallelamente all'ampliarsi delle attività agricole e all'aumento della popolazione contadina.

Nella maggioranza dei casi questo processo di crescita non avviene casualmente, senza regole precise. Analizzando il fenomeno si può osservare come dopo la prima ondata di colonizzazione rurale, quando la casa di campagna si identificava sia nella tipologia che nella forma a quella di città, si verificò un progressivo distacco dell'abitazione agricola da quella urbana, cioè un lento e continuo adattamento alle funzioni del lavoro sui campi.



Immagine 41. Vista di San Gimignano

Rinascimento.

Al momento della colonizzazione rinascimentale l'edilizia di campagna stava già avviandosi verso un suo sviluppo autonomo. Il problema delle stalle, degli spazi di deposito e d'immagazzinamento, per citarne alcuni, aveva spinto ad alterare sensibilmente l'impianto originale nato dal borgo per esigenze urbane. Questo è il momento in cui avviene uno scollamento all'interno dell'architettura rurale tra la tipologia e la forma, o per meglio dire, tra l'organizzazione funzionale degli spazi e l'aspetto formale della costruzione.

E' ancora questo il momento in cui si inizia ad immaginare il concetto di villa da parte degli architetti rinascimentali, come l'Alberti, che da un lato doveva adattarsi alle esigenze del lavoro agricolo e dall'altro, cioè sul piano formale, doveva costituire l'idealizzazione delle forme dell'architettura che non potevano essere realizzate nella città per mancanza di aree edificabili.

La villa rinascimentale rappresenta dunque un anello di congiunzione tra il mondo rurale e quello urbano, non si tratta cioè di una pura e semplice trasposizione dell'architettura urbana nelle campagne, bensì dell'architettura ideata dai cittadini per la campagna. Da un lato era espressione degli ideali estetici vicini alla cultura della città, e dall'altra era centro di produzione,

abbastanza rispondente alla sua funzione economica.

All'interno della villa rinascimentale, la funzionalità produttiva e il piacere estetico riuscirono a coesistere in un equilibrio perfetto. La regolarità degli impianti planimetrici e la distribuzione gerarchica degli spazi costituivano agli occhi dei contemporanei una garanzia di produttività, oltre che la migliore soluzione formale.



Immagine 42. La villa-fattoria di Cosimo de' Medici a Careggi, realizzata da Micheluzzo

E, come per le classi egemoni, anche per quelle subalterne il modello della villa rinascimentale diventò il punto di riferimento per l'architettura rurale.

Il gusto per il blocco unitario, la ricerca delle simmetrie e il razionalismo delle soluzioni, presenti nelle case coloniche toscane tra il XVI e il XVII secolo, tradiscono le forti influenze delle architetture colte, delle ville-fattorie di architetti come Michelozzo o di Buontalenti.

In territorio veneto il modello della villa fu denito dalle architetture di campagna del Palladio nelle loro forme meno auliche e ricercate, e più funzionali.

Mi preme sottolineare come il processo di crescita dell'originario blocco edilizio regolare con ripetute aggiunte di volumi minori disposti irregolarmente (quello che oggi viene denito come "spontaneità" dell'architettura rurale) non può considerarsi come una scelta libera e intenzionale da parte dell'agricoltore, bensì di un modo di fare rispetto al quale il costruttore è obbligato a sottostare per motivi superiori, quali la povertà, la mancanza di materie prime e via dicendo. Mentre, dove il costruttore/progettista ha modo di progettare l'edificio ex novo o ha tempo per pianificare l'ampliamento di una parte, troviamo nella maggioranza dei casi volumi

architettonici chiusi e organizzati geometricamente secondo schemi derivati dai modelli colti teorizzati e realizzati dagli architetti urbani.

Illuminismo.

La terza grande ondata di colonizzazione delle campagne è avvenuta durante l'età illuminista. Ancora una volta è l'architettura colta a proporre e imporre i propri modelli alla classe subalterna, politicamente e culturalmente più debole e perciò più facilmente acculturabili sul piano formale e stilistico. Come prima Michelozzo, Alberti, Palladio e Buontalenti, per citare alcuni nomi dei principali teorici e progettisti di ville ed edifici rurali, anche nel Settecento sono numerosi gli architetti e gli ingegneri che progettano e realizzano case-fattorie nelle campagne, e non si tratta solo di abitazioni signorili, ma anche strutture per fattori e salariati.

Sicuramente si può affermare che il gusto per il pittoresco e per l'irregolarità, interpretati oggi come spontaneità della costruzione contadina, non è certo la caratteristica principale dell'edilizia rurale, ma è la semplicità e la regolarità delle forme ciò che in primo luogo è ricercato dall'architetto rurale, e non tanto per un motivo di ordine estetico, ma per praticità, funzionalità ed economicità costruttiva.



Immagine 43. Villa Medicea di Artimino, chiamata anche "La Ferdinanda" o "Villa dei cento camini", realizzata da Bernardo Buontalenti a Carmignano



Immagine 44. Vista dall'alto di "Cascina Cavriana", situata a est di Milano

3.3

GLI SPAZI VERDI

Il giardino ha in origine una funzione essenzialmente utilitaria. Dalle descrizioni più antiche, come quella del giardino di Alcinoo nell'*Odissea*, esso compare come frutteto o verziere, e anche quelli più favolosi, come i giardini pensili di Babilonia, non erano altro che una vasta riserva naturale di prodotti agricoli, necessari in caso di assedi della città.

Il giardino decorativo nacque invece, indipendentemente dal primo, nell'Estremo Oriente e a Roma, e forse anche nel Messico degli Aztechi e nel Perù degli Inca. Comunque è Roma il luogo dove viene codificato per l'occidente europeo il tipo di giardino decorativo e il suo schema compositivo e planimetrico, che rimase canonico per tutto il Medioevo, costituito da una gelosa recinzione dell'area e geometria delle aiuole.

Con la caduta dell'impero romano il giardino ornamentale non per scomparire. Qualche traccia di giardino poteva essersi conservata nelle aree dei chiostri, ma nel complesso fu il giardino utilitario, l'orto, il vero protagonista del verde domestico, questo fatto rimase inalterato almeno sino al XV secolo.

Nei borghi medievali l'orto vicino alla casa, specie quella signorile, costituiva un'esigenza vitale per gli abitanti, poiché costituiva l'unico modo di sopravvivenza in

caso d'interruzione di tracci, dovute ad assedi, calamità o altre sciagure. L'orto si apriva sul retro della casa e tra l'altro rappresentava anche un'uscita di sicurezza in caso d'incendio delle abitazioni.



Immagine 45. Immagine di un orto

Ma cosa si coltivava in questi orti? Tra le tante testimonianze a riguardo una fra tutto è di grande interesse, e si riferisce alla famosa pianta del monastero di San Gallo, dove su pezzi di pergamena è tracciata la planimetria di un vasto complesso monastico che doveva essere edificato in sostituzione del primitivo e antichissimo centro. Il monastero costituiva una vera e propria città e avrebbe permesso la vita al suo interno di ben 250 persone. Fra i tanti servizi, la pianta indicava un giardino di erbe medicinali e l'orto dei monaci.

Il giardino di erbe medicinali, situato vicino alla casa del medico, è costituito da un piccolo recinto di 11,5 m per 8,5. Esso è circondato da un muro o da un recinto, come tutti i giardini dell'antichità. Il perimetro interno è contornato da una serie di aiuole, ciascuna delle quali è riservata alla coltivazione di un'unica specie.

All'interno del recinto, a distanza costante, sono disposte due file di aiuole sempre rettangolari, e, a differenza delle altre esse sono percorribili tutte intorno. Le specie coltivate sono: il mughetto, la rosa, il fagiolo rampicante, il crescione, il costo, il eno greco, il rosmarino, la menta, la salvia, la ruta, il giaggiolo, la mentuccia, il comino, il levistico e il nocchio. Tutte specie utilizzate terapeuticamente. C'è da osservare che dai monasteri l'uso delle erbe si diffuse poi alle residenze nobiliari e con-



tadine, in modo tale che verso l'inizio dell'epoca moderna divennero parte integrante di ogni orto.

L'orto è un rettangolo di terra di 16 per 25 m, circondato da un muretto o recinto. Esso è organizzato su due ordini di aiuole separate da un vialetto centrale. Ciascun ordine è formato da 9 aiuole rettangolari. Le aiuole sono leggermente sollevate dal piano di camminamento. Inoltre è interessante osservare come nessuna aiuola sia posta lungo il perimetro, permettendo così di raggiungere le piante da tutti i lati, consentendo così una più agevole lavorazione delle piante.

La planimetria dell'orto di San Gallo è rimasta tipica no al Cinquecento e oltre, ed è ancora possibile scorgere lo stesso principio distributivo anche negli orti contadini attuali.

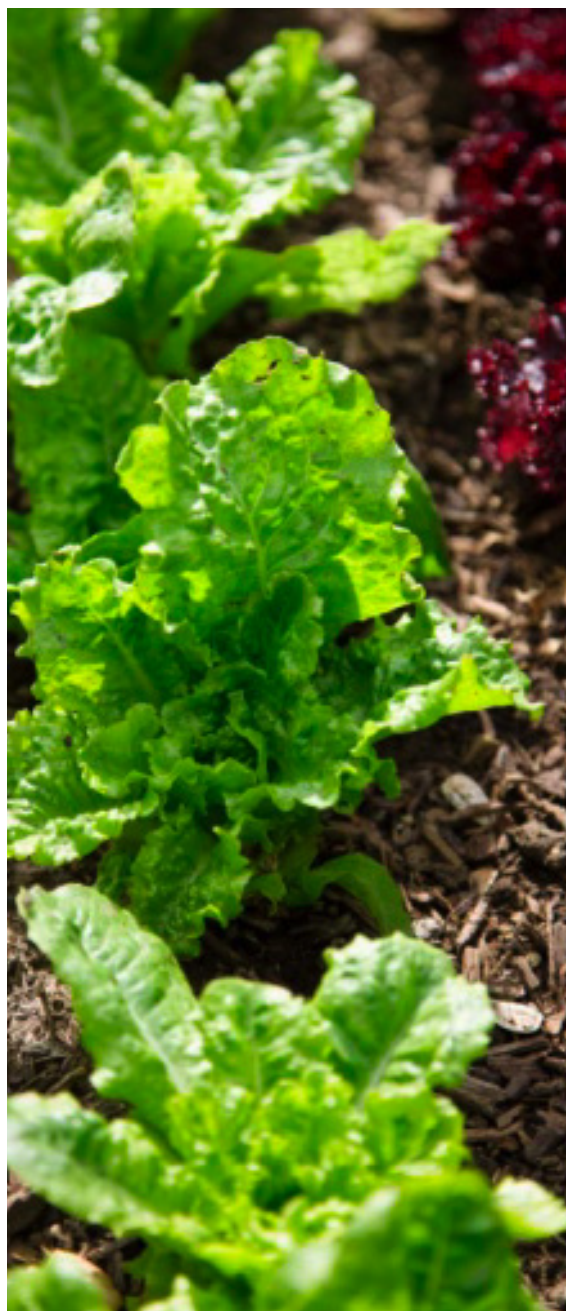


Immagine 48, 49. Immagini di un'orto

Le specie coltivate sono: la cipolla, il porro, il sedano, il coriandolo, l'aneto, il papavero, il ravanello, la bieta, l'aglio, lo scalogno, il prezzemolo, la lattuga, il cavolo e il nocchio. In questo elenco non sono inseriti i fagioli, le lenticchie, le barbabietole, le carote e le tante varianti del cavolo che richiedono appezzamenti di terreno più grandi.

Bisogna tener conto che le varietà dei tipi di coltivazione era allora assai minore di quella attuale, per cui si può dire che l'orto dei monaci di San Gallo costituiva un tipo di verziere assai ricco e diversificato. Anche se gli orti contadini dovevano coltivare un numero molto ridotto di varietà di specie, tuttavia l'organizzazione dell'impianto dell'orto di campagna era praticamente identica a questo modello.

Nei casi in cui la ristrettezza del terreno a disposizione non permetteva una così specializzazione delle aiuole, l'orto non si limitava a solo verziere, ma accoglieva anche alberi da frutto e orti.

In periodo medievale, ma anche la casa contadina di epoca posteriore, a parte il caso di orti di grandi dimensioni, che consentivano vere e proprie colture estensive, il più delle volte il piccolo appezzamento di terreno permetteva di introdurre soltanto qualche vite e pochi alberi da frutto oltre che al verziere. A queste era aggiunto qualche ore, come gigli, rose, garofani, e gelsomini, ma nel complesso l'aspetto

dell'orto si mantenne spoglio, perché esso era essenzialmente utilitaristico.

Comunque sia, l'uso di coltivare qualche ore nell'orto si è mantenuto sino ai giorni nostri nel mondo contadino.

L'orto e la sua composizione costituiscono uno degli elementi della casa rurale che più si sono dimostrati stabili nel corso del tempo.

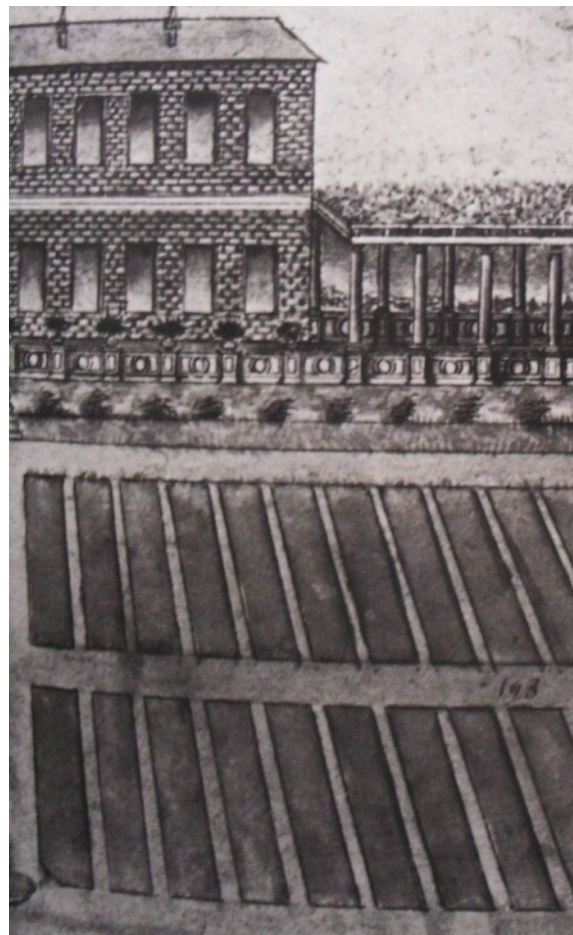


Immagine 50. Disegno d'epoca del Monastero di San Gall

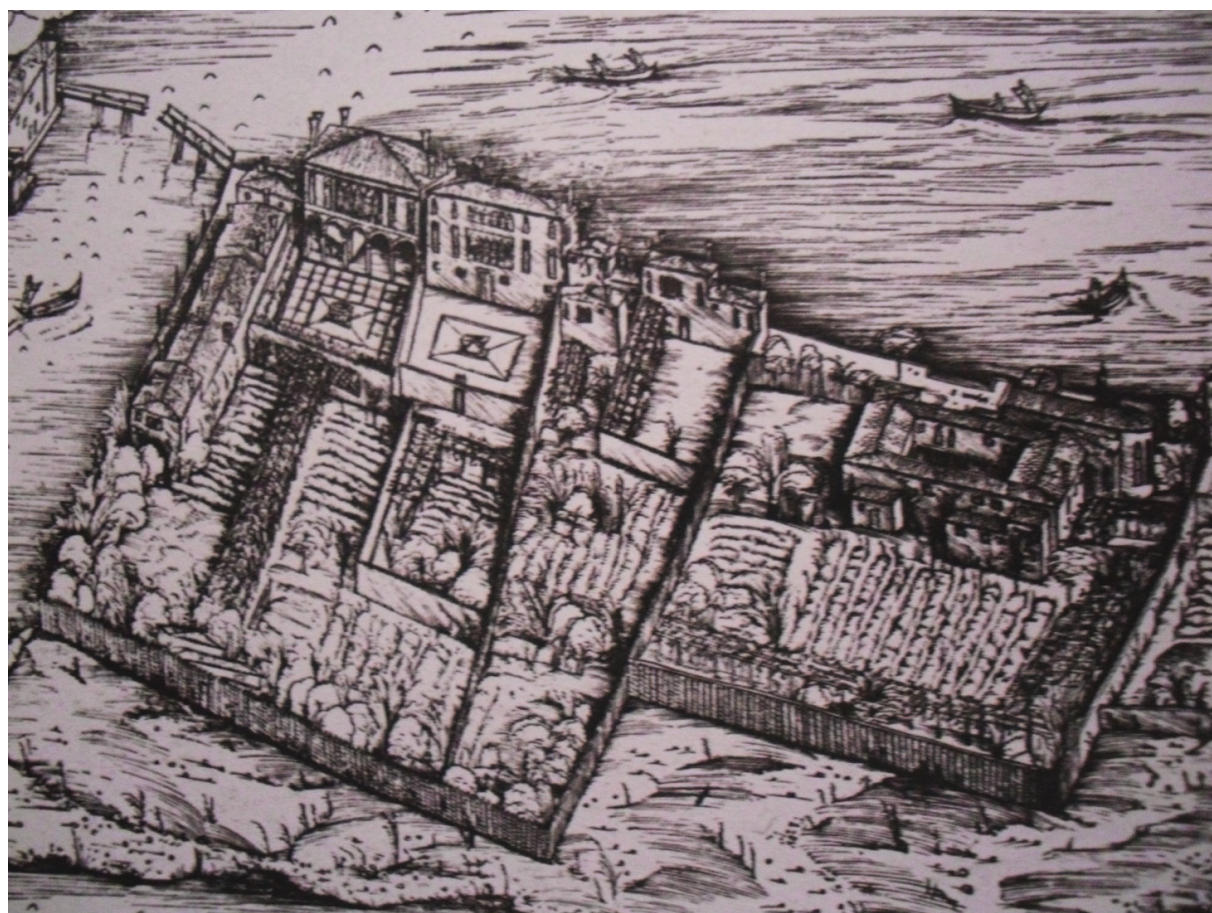


Immagine 51. Disegno d'epoca del Monastero di San Gallo

3.4 
RAPPORTO
AMBIENTE | CASA RURALE

La possibilità di giungere a tipologie di costruzioni stabili ed altamente fungibili è stata condizionata dalla capacità ed abilità di sfruttare al meglio, coordinandole e correlandole, le risorse ambientali, in relazione alle condizioni siche dei luoghi. L'attitudine a variare ed innovare i tradizionali e rigorosi schemi strutturali - compositivi, permetteva di costruire edifici sempre diversi, ottenendo uno spettro di soluzioni e di risultati architettonici molto più vario di quanto possa apparire ad uno sguardo superficiale sulle testimonianze architettoniche.

Così come per l'utilizzo dei materiali, anche per le tipologie abitative non vi erano forme fisse e rigide: in base alle risorse disponibili, al clima e alle attività produttive, la dimora contadina mutava i suoi spazi. Le peculiarità abitative non erano tanto legate all'area geografica definita dalla latitudine e dall'altitudine, quanto, piuttosto, alla modalità di gestione del territorio determinata dalla morfologia del terreno e dalle caratteristiche climatiche della zona. Emblematico di questo fenomeno era lo spostamento primaverile ed estivo delle famiglie con il bestiame. Gli insediamenti rurali, inseriti in una complessa rete di percorsi che garantivano l'utilizzazione degli alpeggi sul versante alpino, a tutte le quote, nelle stagioni più propizie, erano inevitabilmente condizionati dall'attività

della transumanza.

L'assetto delle comunità rurali, organizzate inizialmente secondo un'economia di sussistenza legata all'agricoltura e all'allevamento del bestiame, si modificò ulteriormente con lo sviluppo della coltivazione a vigneto su terrazzamento attraverso un significativo intervento antropico del territorio. Superata una certa quota, al posto della vite si coltivavano diverse specie di cereali, l'avena, il miglio, il panico e il mais. Un'altra risorsa fondamentale era lo sfruttamento dei castagneti i quali favorirono una coltivazione intensiva e, in alcune zone, un certo tipo di monocoltura. Dove il terreno non era adatto alla coltivazione, era mantenuto a prato.



Immagine 52. Casa rurale del Nord-Italia

Questi fenomeni avevano notevoli ripercussioni anche a livello insediativo in quanto gli aspetti del ciclo produttivo condizionavano direttamente la struttura della dimora. Le caratteristiche architettoniche - volumetria edilizia, tipologia - erano strettamente legate alle risorse economiche disponibili sul territorio (vigneti, castagneti, pascoli, allevamento) e in tal senso è possibile individuare specifiche tipologie connesse ai caratteri della produzione agricola di una zona. Per esempio: i comuni di Postalesio, Montagna, Castione erano contraddistinti da un modello di dimora pensata per le esigenze della coltivazione dei 'vigneti'; Arigna, e in generale gli insediamenti orobici di mezza costa, dalla dimora dei 'castagneti'.

Elemento comune della casa rurale è costituito dal coesistere di ambienti in cui si svolgeva la vita domestica, il lavoro, la vita sociale; ambienti tra loro organizzati in modo molto libero. Nella struttura di questi organismi lo spazio 'privato' è minimo. La dimora rurale è strettamente legata all'attività produttiva: residenza e lavoro sono intesi in modo unitario.

Altre motivazioni e vocazioni potevano inuire sulle caratteristiche della costruzione, come ad esempio la necessità di controllare il territorio attraverso una rete strategica di fortificazioni. Al riguardo, è

interessante sottolineare come molti degli insediamenti, hanno come matrice comune la "casa a torre". L'impronta originaria era data da una primitiva forma di casa a torre (6/7 metri per lato) con, al piano terra, il ricovero del bestiame ed al primo piano le diverse stanze di abitazione. La struttura compatta, la cui forma chiusa ed essenziale sottolinea l'originaria esigenza di difesa e protezione, si articolava, in relazione al luogo ed alle circostanze, in strutture miste in legno e pietra e, in tempi successivi, dopo il 1600, in più complesse insediamenti a corte.



Immagine 53. Casa rurale Toscana



Immagine 54. Esempio di "Masseria", casa rurale Pugliese e Sicula

Ettuando un'analisi sistematica, si può osservare come un evidente elemento di dierenza delle tipologie abitative fosse dato dal variare delle attività antropiche e dal materiale costruttivo, generalmente reperibile in loco e scelto in base alle caratteristiche tecniche specifiche.

L'utilizzo pressoché esclusivo dei materiali locali, legno e pietra, era legato sia al particolare contesto economico-sociale, che al razionale sfruttamento delle loro caratteristiche costruttive e strutturali.

Quando entrambi gli elementi erano disponibili e tra loro compatibili venivano utilizzati coerentemente con le rispettive specificità: il legno nelle strutture resistenti a trazione e flessione (solai, architravi, strutture di copertura), la pietra nelle strutture a compressione (muri, fondazioni, piedritti). L'uso di questi materiali ha naturalmente condizionato forme e proporzioni delle dimore rurali. Le dimensioni degli edifici erano commisurate alla lunghezza delle travi di legno (tronchi degli alberi) reperibili in zona e le falde del tetto proporzionate una all'altra per equilibrare pesi che variano rapidamente, per esempio quando nevicava o quando essa viene appesantita dalla pioggia. I muri erano dimensionati su carichi variabili e capaci di assorbirli in modo elastico (strutture in legno) o rigido (strutture di pietra) e di

distribuirne sul terreno uniformemente gli effetti. Le nestre e le aperture erano proporzionate con i carichi e calibrate alle esigenze di aerazione e d'illuminazione in modo da non creare ponti di dispersione termica; i dettagli del tetto, incastri e giunti, spesso prefabbricati e tali da richiedere un'accurata progettazione.

Il pietrame prevalentemente utilizzato per le dimore temporanee veniva posato a secco o attraverso l'uso di leganti poveri; i muri, a seconda della tipologia dell'edificio, potevano essere costituiti da pietre informi o da massi più grandi squadrati.



Immagine 55. Esempio di casa rurale in terra cruda



Immagine 56. Esempio di casa rurale in pietra

3.5

LE CASCINE DI MILANO

3.5.1 SITUAZIONE ATTUALE
3.5.2 MAPPATURA
3.5.3 IL PROGETTO "CASCINE EXPO 2015"

L'individuazione delle cascine esistenti in quello che oggi è il territorio del comune di Milano è ricavabile attraverso lo studio e l'analisi della cartografia ancora reperibile, leggendo la quale è possibile non solo localizzare i vari insediamenti (non tutti ovviamente ancora esistenti), ma anche datare gli stessi, e ciò confrontando le mappe delle varie epoche al fine di individuare in quale periodo, approssimativamente, una cascina venne fondata.

Le due mappe più antiche, buona fonte per la rappresentazione delle campagne attorno a Milano, sono quelle preparate in occasione delle visite pastorali di Carlo Borromeo a partire dal 1566, che si svolsero nelle pievi di Segrate e di Cesano. Nel 1600 venne invece data alle stampe la prima edizione della carta di Giovanni Battista Clario, intitolata "carta dei dintorni di Milano per il raggio di 5 miglia di braccia milanesi". Questa mappa, molto dettagliata e con l'indicazione di tutti gli insediamenti rurali compresi in un territorio che si sviluppava nei sette chilometri di distanza dalle mura spagnole, permette di reperire tutte le cascine esistenti a questa data, avendone l'autore inserito il relativo nome. Per l'epoca settecentesca sono utilizzabili le 2387 mappe di campagna del catasto teresiano, redatte tra il 1721 e il 1723 e volute da Carlo VI (anche se poi il complesso lavoro fu terminato solo nel 1760 sotto il

governo di Maria Teresa).

La validità degli accertamenti e delle rilevazioni del catasto teresiano durarono fino alla metà dell'Ottocento, quando venne sostituito dal nuovo catasto per il Lombardo-Veneto.

L'analisi si chiude con la carta edita dal tenente Giovanni Brenna, del 1833-1842, raffigurante Milano al centro e il territorio agricolo circostante, esteso a nord fino a Sesto San Giovanni, a est fino a Peschiera, a sud fino a San Giuliano/Quinto de Stampi, ad ovest fino al borgo di Seguro.

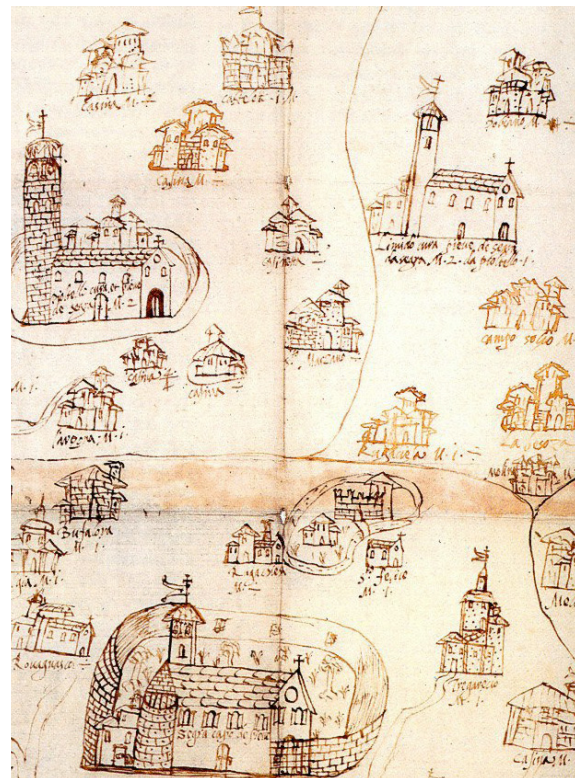


Immagine 57. Disegni a penna su carta, con inchiostro seppia - Area Segrate



Immagine 58. Giovanni Battista Claricio: Carta dei dintorni di Milano

Le cascine oggi presenti nel territorio milanese sono state nel passato degli importanti centri economici, oltre che abitativi e di servizi. Esse erano collocate, per quanto riguarda la bassa milanese, in maniera diffusa ed isolata nelle campagne, e ne costituivano il fulcro: erano artefici delle trasformazioni del territorio in cui si inserivano, e contemporaneamente erano anche espressione di tale territorio. Se guardiamo le cartografie del 1888 riconosciamo gli assi portanti di tale sistema (le strade che fuoriescono dal capoluogo, i canali, i navigli ed i fiumi, i fontanili e le rogge, la trama degli appezzamenti del terreno agricolo, ecc.) su cui si inseriscono le cascine. In alcuni casi, nel tempo, attorno ad esse si sono sviluppati degli insediamenti maggiori. Altre volte, sono state inglobate nel territorio urbanizzato di Milano.

3.5.1 SITUAZIONE ATTUALE

Oggi a Milano si contano più di cinquanta cascine di proprietà comunale molte delle quali abbandonate o sott'utilizzate. Disposte a raggiera

all'interno dei confini del comune, rappresentano esempi di architettura agricola lombarda di grande valore storico, culturale e ambientale. Negli anni, alcune di queste cascine sono state inglobate nel tessuto urbano dallo sviluppo della città, altre si trovano invece ancora in aree agricole o all'interno di parchi; alcune sono tuttora parzialmente utilizzate per l'attività agricola, altre sono parzialmente abitate ma hanno perso la dimensione agricola, altre ancora sono abbandonate e in rovina. Questo stato di abbandono progressivo, fuori da un disegno urbanistico chiaro e definito, ha favorito la perdita di un patrimonio architettonico di grande valore. Il tema dell'Expo 2015, espresso nel dossier di candidatura, impone una riflessione attenta, capace di portare a nuovo, innovare appunto, ciò che la città può offrire a partire da ciò che già esiste e che, per molti anni, ha rappresentato un suo elemento distintivo. Una risorsa di luoghi votati all'abitare e all'alimentazione.

Se, storicamente, l'identità delle cascine milanesi è legata all'abitare, all'agricoltura e all'alimentazione, negli anni recenti a queste vocazione se ne è aggiunta un'altra che si è sviluppata - a volte anche in modo informale - intrecciandosi con quella originaria oppure sostituendola. Molte cascine milanesi sono state infatti recuperate e tenute in vita da soggetti del terzo settore e associazioni di cittadini

che al loro interno hanno trovato spazi disponibili e flessibili per ospitare attività sociali e culturali di diverso tipo e servizi per i cittadini: centri di accoglienza, comunità di alloggio e cura, centri sociali, spazi per la cultura, l'arte, la didattica e il tempo libero.

Un progetto di recupero e valorizzazione di luoghi e pratiche

La struttura delle cascine di proprietà comunale, la loro ubicazione all'interno della città consolidata, la contiguità con aree densamente abitate e con le infrastrutture civili di Milano, rendono questo un eccezionale patrimonio per Milano. Cascine Expo 2015 propone la trasformazione del loro insieme - o di una parte di esso - in un sistema di luoghi polifunzionali dedicati a quattro questioni vitali per la città: l'agricoltura, l'alimentazione, l'abitare e la cura del territorio. Si interpreta così la missione di Milano sede di Expo 2015, potenziandone il ruolo di città-laboratorio per diventare società urbana sostenibile, promotrice di diritti basilari per tutti i cittadini: cibo, casa, lavoro, salute, educazione, qualità dell'ambiente. Le cascine urbane milanesi, si organizzano per affrontare una nuova fase della loro vita, senza rinunciare allo loro identità originaria, ospitando un insieme di pratiche legate alla produzione agricola e alla dimensione sociale, e diventando nuovi luoghi di incontro, accoglienza e partecipazione di

altissimo valore ambientale e culturale.

Un sistema in rete con la città e il territorio

Cascine Expo 2015 si pone come dispositivo per la promozione e la razionalizzazione di energie e pratiche



Immagine 59. Cascina Boldinasco, via De Lemene, 48/50 - Milano

attive nel territorio. Le cascine sono in quest'ottica gli epicentri di reti più ampie esterne ed interne alla città. Funzionano come terminali dell'agricoltura dell'area intorno a Milano connettendo la città al territorio e fanno parte del più vasto sistema delle reti sociali pubbliche e private che agiscono nella città. Costituiscono l'interfaccia tra queste reti e i cittadini: ospitando spazi di commercio sostenibile, luoghi di ristoro e di formazione sul tema dell'agricoltura, dell'alimentazione e dell'ambiente e spazi e servizi dedicati a chi ha bisogno di una residenza temporanea per ragioni di lavoro, di studio, di momentanea fragilità economica e sociale o perché è di passaggio a Milano.

Uno spazio per la ricerca, la discussione e la didattica

In preparazione dell'Expo 2015 le cascine riportate a nuovo rappresentano altrettanti luoghi di decentramento per ospitare convegni, master di formazione, laboratori a stretto contatto con le università e i relativi programmi di scambio internazionale, sui temi legati alla sostenibilità, all'ambiente, alla cittadinanza. Sono laboratori della partecipazione attiva, aperti ai territori e motori di nuove e possibili progettualità. Un'occasione per generare consuetudine ed etica delle buone prassi.



Immagine 60. Cascina Caldera, via Caldera, 65 - Milano



Immagine 61. Cascina San Bernardo, via Sant'Arialdo, 133 - Milano



Immagine 62. Cascina Villa Landa, via Corelli, 142 - Milano

3.5.2 MAPPATURA



Mappa 8. 59 sono le cascate di proprietà comunale

Fonte: Autoreferenziale

LETTERA DELL'EX SINDACO L. MORATTI

A Milano ci sono 58 cascine di proprietà comunale.

Molte di esse sono utilizzate come sede dalle associazioni del volontariato cattolico e laico e alcune mantengono un rapporto diretto con la coltivazione della terra. Altre ancora ospitano operatori nel settore della formazione e dei servizi.

Ma alcune giacciono ancora in uno stato di semi-abbandono e di sottoutilizzo e aspettano da anni di essere recuperate e valorizzate.

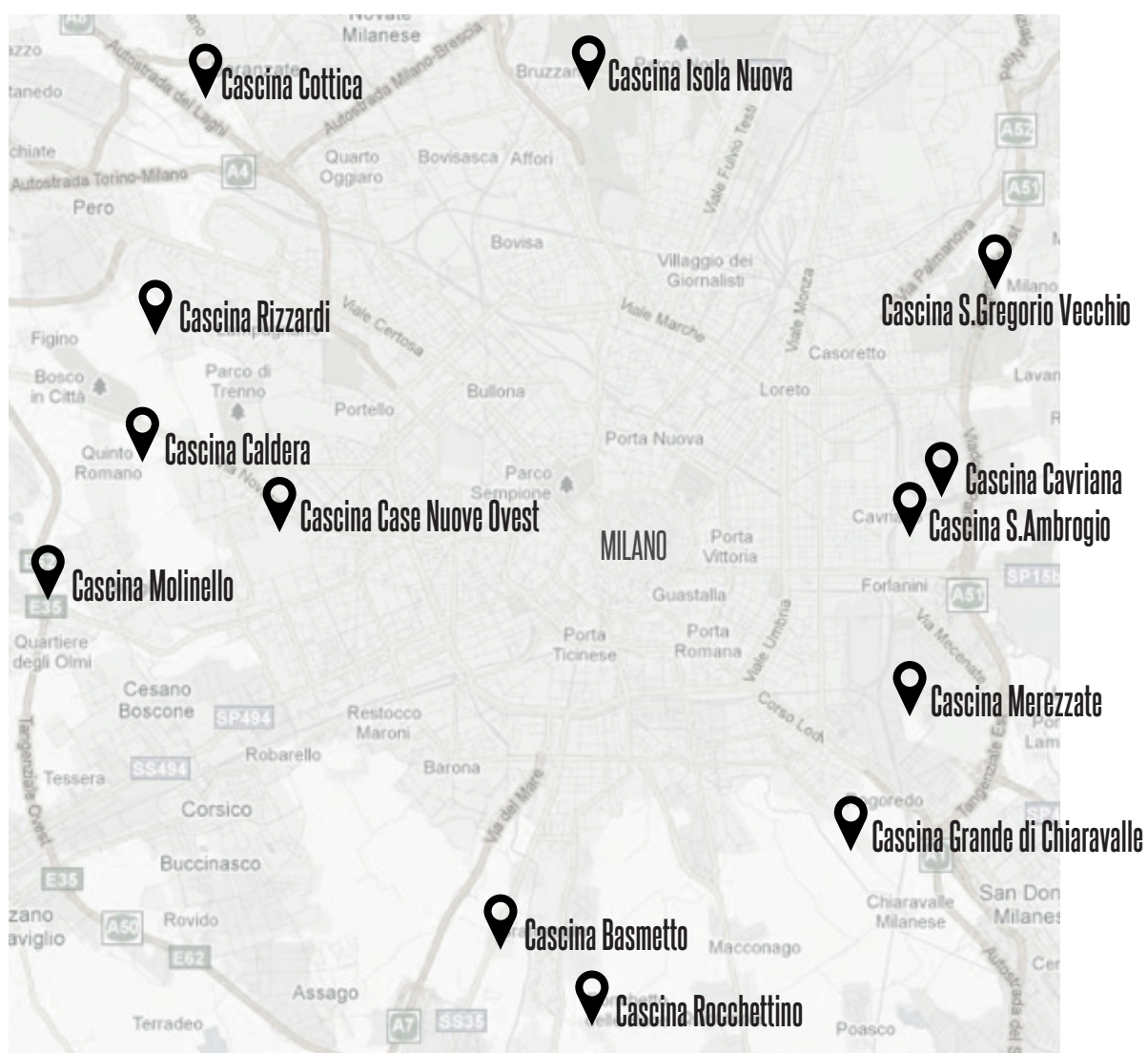
Le cascine comunali che perimetrano i lembi della nostra città - e che oggi in buona parte sono state assorbite dal suo sviluppo nel territorio perturbano - non rappresentano solo una risorsa formidabile di spazi da recuperare alla vita quotidiana; sono anche una parte importante della storia della nostra comunità urbana. Una storia che racconta di famiglie legate alla terra, di comunità di cittadini che hanno vissuto con disagi e sacrifici gli anni dell'urbanizzazione, di antiche abitudini di ospitalità e accoglienza perse nel tempo insieme con il degrado delle strutture edilizie che le ospitavano. [...]

Le attività previste per il futuro delle Cascine di Milano comprendono funzioni prettamente agricole (in sintonia con un'agricoltura di prossimità che non offra solo beni alimentari, ma anche formazione professionale, sbocchi sul mercato del lavoro, educazione dei bambini), funzioni legate all'ospitalità e all'accoglienza (bed and breakfast, ostelli, residence per studenti...) e naturalmente attività legate al volontariato e all'impresa sociale nel territorio, che già oggi trovano nella cascine un ambito privilegiato di espressione.

E' davvero significativo che negli anni che precedono l'Expo del 2015, il Comune di Milano, in collaborazione con la Società Expo, abbia deciso di chiamare le energie migliori della città e del Paese a investire sulla ristrutturazione delle cascine comunali e ripensarle come luoghi vivi e attivi all'interno di un nuovo rapporto tra città e agricoltura.

Nota 9. Lettera dell'ex-sindaco Letizia Moratti

Fonte: http://www.cascinemilano2015.org/wp-content/downloads/le_cascine_di_milano%20verso_eoltre_expo_2015.pdf



Mappa 9.13 sono sede di aziende agricole

Fonte: Autoreferenziale

CASCINA CALDERA



Il Bed & Breakfast è raggiungibile sia in macchina (il casello della Torino - Piacenza è a 8 km.), sia in treno (la stazione di Villafranca-Cantarana dista circa 2 km dalla cascina).


Per gli appassionati di vino, questo è il posto ideale, perchè Cantarana confina con le zone più importanti del Piemonte per la produzione di vino, il Monferrato, l'Astigiano, le Langhe e il Roero, e se volete potremo indicarvi le migliori cantine e i migliori produttori della zona. Il pane e le torte fatte in casa e i prodotti dell'orto o delle fattorie vicine, preferibilmente da coltivazioni biologiche, faranno parte della colazione, che vi sarà servita nei mesi estivi sull'ampia terrazza adiacente le stanze del Bed & Breakfast, oppure nei mesi invernali nella sala della colazione, dove sarà anche possibile collegarsi a Internet tramite un computer messo a disposizione per gli ospiti del Bed & Breakfast.



Mappa 10.10 sono sede di strutture di accoglienza, cura e integrazione sociale gestite da soggetti

Fonte: Autoreferenziale

CASCINA RIZZARDI



Si trova a pochi passi dal centro città nell'antico Borgo di Trenno a cavallo tra la zona 7 e 8 di Milano. Si tratta di una struttura agricola di proprietà del Comune di Milano gestita dalla stessa famiglia dal 1923.

Nonostante lo sviluppo urbano di Trenno e i conseguenti espropri di terreno subiti dall'azienda, i gestori sono riusciti a mantenere l'attività agricola incrementandola con quella agrituristica. Oggi la Cascina Campi è una azienda agricola-agrituristica ad indirizzo ippico, zootecnico, e cerealicolo;

Vanta l'allevamento di bovini, cavalli, ovini e caprini, conigli, numerosi animali da cortile, 4 asini, 2 maiali e sono presenti nei nostri terreni diverse colture di ortaggi.

Questa azienda è un importante punto di riferimento didattico per molte scolaresche e un'oasi di tranquillità per tutti coloro che desiderano scoprire all'interno della città e vivere per qualche ora il mondo contadino.



Mapa 11. 12 sono sede di uffici e servizi pubblici comunali

Fonte: Autoreferenziale

CASCINA MELGHERA

Da marzo 2008, l'Università Vita-Salute San Raffaele offre ai propri studenti la possibilità di alloggiare presso la Residenza Cascina Melghera.

Si tratta del primo passo nell'ambito di un progetto più vasto che porterà l'Università ad offrire complessivamente 174 alloggi. Sita nel Comune di Milano, a circa 300 metri dalla sede dell'Università, Cascina Melghera dispone oggi di 59 stanze già operative e accessibili tramite Bando di assegnazione alloggi.

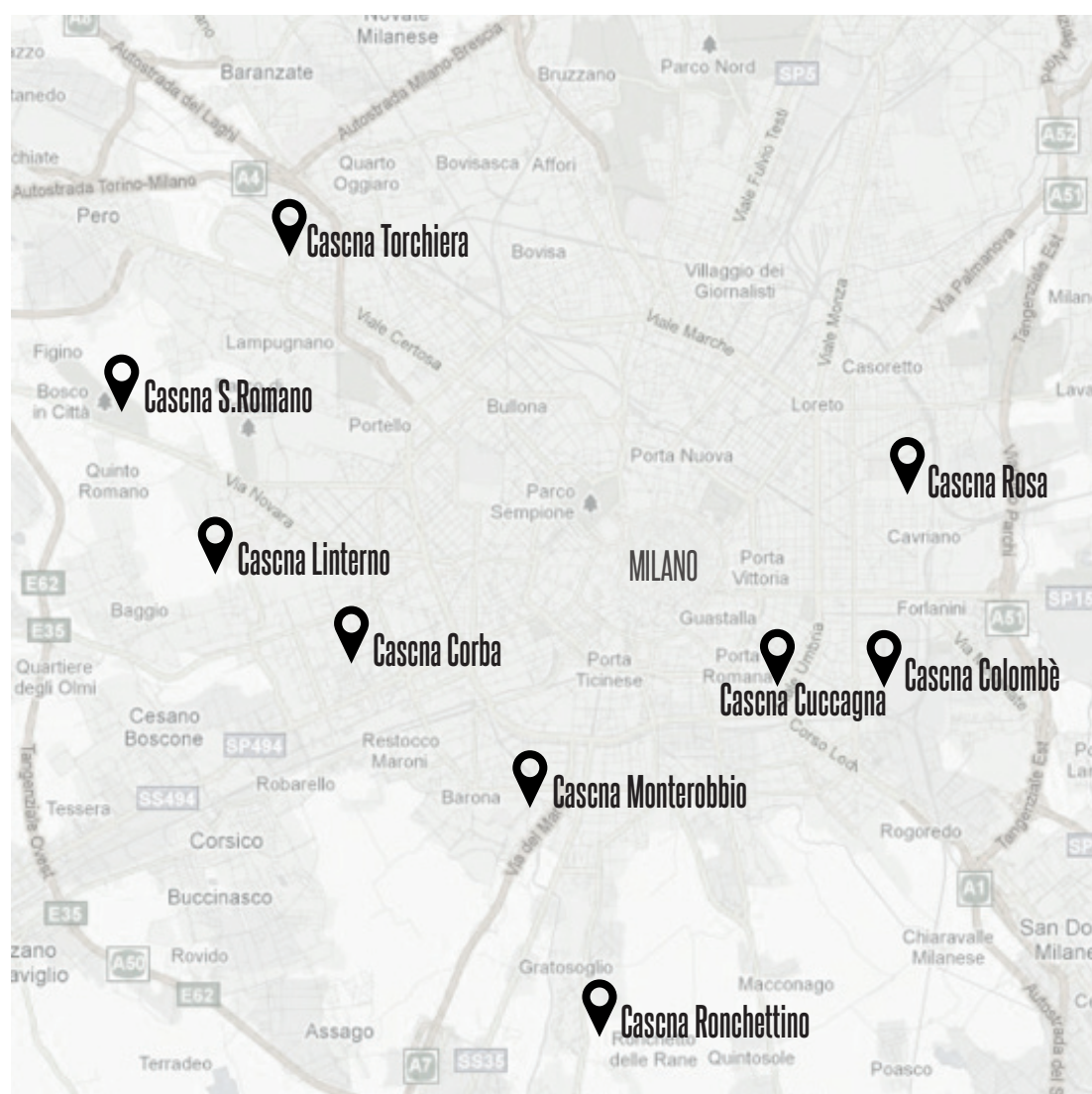
Tutte le camere, realizzate e in progetto, sono singole ed organizzate secondo il modello ad albergo: camera singola (posto letto, posto studio) con servizio igienico individuale.

Poiché inserita all'interno del complesso San Raffaele, gli studenti residenti presso Cascina Melghera potranno utilizzare, oltre agli spazi di servizio della residenza stessa, tutti i servizi presenti. La residenza dispone dei seguenti servizi:

Servizi culturali e didattici: aree per studio, la ricerca, la lettura, etc.

Servizi ricreativi: aree per lo svago, la formazione culturale non istituzionale, la cultura fisica, la socializzazione

Servizi di supporto: accoglienza, portineria.



Mappa 12. 7 sono utilizzate da istituzioni pubbliche o da associazioni di cittadini per attività culturali, didattiche e di intrattenimento aperte al pubblico

2 ospitano ristoranti gestiti da privati

Fonte: Autoreferenziale

CASCINA CUCCAGNA

Progetto Cuccagna recupera all'uso pubblico dei cittadini i preziosi e grandi spazi della settecentesca omonima cascina urbana, fin qui cadente e abbandonata, per farne un luogo di incontro e aggregazione, un laboratorio attivo di cultura, un punto di riferimento per la ricerca comune di benessere sociale e di qualità della vita. Un'impresa esemplare sostenuta e finanziata da chi ha a cuore il futuro della città.

Il progetto vuole: dare spazio e visibilità alle risorse soggettive e creative locali in campo artistico, culturale, tecnologico, educativo e artigianale; proporre ai cittadini opportunità di partecipazione attiva e di protagonismo; produrre opportunità di scambio e contaminazione tra generazioni e culture diverse; fornire supporti informativi e formativi che favoriscano l'auto organizzazione su iniziative e progetti che nascono dal territorio; ospitare eventi, laboratori, spazi di incontro, di ascolto e di accoglienza culturale; favorire l'integrazione culturale tra città e campagna; promuovere il turismo culturale e didattico e quello agricolo e ambientale; organizzare filiere corte tra produzione agro alimentare locale e circuiti di consumo consapevole contribuire al recupero di identità culturale territoriale;



Mapa 13. 4 sono affittate come residenza
3 sono oggetto di progetti di recupero ad uso residenziale

Fonte: Autoreferenziale

CASCINA LONATI



Il Settore Tecnico Arredo Urbano e Verde del Comune di Milano ha sede a Villa Lonati circondata da un ampio giardino con serre e spazi per la coltivazione delle piante.

In particolare alcuni di questi sono dedicati ad attività didattiche: le serre per le specie succulente e subtropicali e l'ombraio per le varietà di erbe officinali ed igrofile.

Questi spazi rappresentano un'occasione per scoprire le specie botaniche e osservare la vita vegetale nei suoi diversificati aspetti. Forniscono inoltre spunti per la riflessione sull'equilibrio naturale, la conservazione della biovarietà, costituiscono luoghi di incontro e scambio culturale.

Eventi e manifestazioni vengono organizzati presso la struttura.



Mapa 14. 6 sono utilizzate senza titolo come residenza

Fonte: Autoreferenziale

CASCINA BOLDINASCO



Appare come una serie di costruzioni agricole nella edizione della carta del Claricio del 1659, tutte raggruppate sotto l'unico nome di Boldinascho. Il piccolo nucleo agricolo era formato da due cortili chiusi circondati da 98 ettari di terreno.

La sua attività agricola (che peraltro raggiunse notevole rinomanza, essendo la base operativa della "Fattoria sperimentale Lamberti", che a cavallo delle due guerre vantava le tecniche e i macchinari più moderni in fatto di sfruttamento dei terreni e della zootecnia) cessò nell'immediato dopoguerra, quando dai suoi campi venne estratta la sabbia e la ghiaia per ricostruire la città bombardata.

Al termine di tale sfruttamento, l'immensa cava così formata venne ricoperta coi detriti delle costruzioni devastate dalle incursioni aeree, e nacque così la montagnetta di San Siro.

3.5.3 IL PROGETTO “CASCINE EXPO 2015”

L'obiettivo di Cascine Expo 2015 è quello di promuovere nelle cascine urbane di proprietà comunale, opportunamente recuperate e riqualificate dove è necessario, la messa a punto di un sistema di luoghi dedicati all'agricoltura, all'alimentazione, all'abitare e alla cura del territorio.

Produzione agricola sostenibile

Le cascine di Milano e i terreni di loro pertinenza tornano ad ospitare pratiche legate alla produzione e alla trasformazione di prodotti agricoli. Diventano luoghi in cui vengono promosse Cascine Expo 2015 è un progetto di recupero e valorizzazione di luoghi e pratiche che interpreta

la missione di Milano sede di Expo 2015 e sperimentate pratiche per un'agricoltura sostenibile e un'alimentazione di qualità. Alcuni terreni vengono dati in gestione ad



Immagine 69. Cascina Sella Nuova, via Sella Nuova, 34 - Milano

associazioni di cittadini per la realizzazione di "orti urbani". Parte degli spazi vengono utilizzati per la didattica in collegamento con le scuole.

Mercati a km0

Le cascine milanesi promuovono l'agricoltura a "km 0" e diventano i "terminal" dell'economia rurale dell'area milanese. Ospitano spazi destinati al commercio dei prodotti agricoli della cascina stessa e di una rete di cascine ad essa gemellate del territorio intorno a Milano. I produttori gestiscono direttamente il mercato e forniscono al consumatore qualità e prezzi competitivi oltre che conoscenza e promozione del territorio.

Luoghi abitati

Alcune cascine sono abitate dalle famiglie degli agricoltori che ne coltivano i terreni di pertinenza, altre sono la sede di diversi modelli di residenza sociale temporanea, rivolti a singole persone e famiglie che hanno bisogno temporaneamente di un alloggio a costi contenuti. Altre ancora accolgono, in bed&breakfast e foresterie, ospiti di passaggi a Milano.

Luoghi di Relazione

Ogni cascina diventa nodo di una rete ampia e diffusa capace di favorire processi relazionali stabili, significativi e di territorio. Funzionali ad una diffusione del tema Expo in fase di attuazione, rimangono patrimonio stabile per la città e per tutti i suoi cittadini: aprendo al dialogo ed alla partecipazione, promuovendo cultura, abitando lo spazio.
