

Politecnico di Milano
Facoltà di Architettura e Società



Wellness e Territorio
L'integrazione tra sport, salute e servizi sociali:
un possibile investimento sul territorio

Panigada Luca

Relatore Prof.ssa Erba Valeria

Anno Accademico 2012-2013

INDICE

Introduzione e piano della ricerca

Capitolo 1: Ambito sociologico

- Cap 1.1.1 La salute nell'era globalizzata
- Cap 1.1.2 La medicina dei desideri
- Cap 1.2.1 Il tempo libero nell'era globalizzata
- Cap 1.2.2 Un nuovo concetto di corpo
- Cap 1.2.3 Il fenomeno fitness
- Cap 1.2.4 Il nuovo concetto di fitness: il wellness
- Cap 1.2.5 Milano e il wellness
- Cap 1.3 La malattia nell'era globalizzata
- Cap 1.4 Salute e sport: un forte legame
- Cap 1.5 Casi studio
 - Cap 1.5.1 Virgin Active
 - Cap 1.5.2 20Hours & 20Minutes

Capitolo 2: Ambito sanitario

- Cap 2.1 La sanità e il welfare
- Cap 2.2 Il caso delle RSA
- Cap 2.3 L'ospedale distribuito
- Cap 2.4 Casi studio
 - Cap 2.4.1 Rehabilitation centre Groot Klimmendaal
 - Cap 2.4.2 Renfrew health & social work centre
 - Cap 2.4.3 Centro di riabilitazione per il Centro Diagnostico Italiano

Capitolo 3: Riqualificazione territoriale

- Cap 3.1 Lo sviluppo passa anche dalla salute
- Cap 3.2 Caso studio: il quartiere di Rivarolo (GE)

Capitolo 4: Proposta di progetto

- Cap 4.1 Il centro poli-funzione

Bibliografia e sitografia

Tra i diversi momenti della vita umana ve ne sono due che appaiono permeati da una intrinseca fragilità: la primissima infanzia e la vecchiaia, il nascere ed il morire.

Fra questi due estremi, la nostra vita attraversa molte fasi, con maggiore o minore difficoltà secondo il contesto fisico - sociale - economico in cui si trova; se nulla possiamo fare per la nostra prima infanzia, è soprattutto nella fase di adolescenza, giovinezza ed età adulta che si pongono le condizioni per vivere meglio la vecchiaia, con tutto ciò che di positivo e negativo questo termine porta con sé.

(Anonimo)

Scopo di questa tesi è quello di proporre *un centro poli-funzione* all'interno del quale possano convergere aspetti di assistenza e cura della persona (ambito medico), di sport e benessere (ambito ludico ricreativo) e di servizi sociali.

L'idea di studiare e approfondire queste tematiche sono da ricercarsi nell'importanza che queste attività occupano nella mia vita. Ho da sempre amato e praticato lo sport, dalle sue sfaccettature più serie a quelle più divertenti e rilassanti, prima con i compagni della scuola poi con gli amici della vita, sono passato da sport di squadra a sport individuali, ma sempre apprezzando i suoi valori di aggregazione, divertimento e benessere. Non solo, ma oramai da 12 anni vivo la realtà degli ospedali, dell'assistenza, della cura in quanto mi occupo di riabilitazione e fisioterapia nei reparti di cardiologia, ortopedia, neurologia e terapia intensiva dell'ospedale ICCS. Un lavoro sicuramente molto ricco dal punto di vista umano, che mi ha permesso di capire come la salute sia un bene prezioso, fragile e incostante, che non si compra e non si vende, che va tutelato e promosso in ogni modo e con ogni mezzo possibile.

Queste le ragioni che hanno portato la mia attenzione ad un tema, quello dell'integrazione tra sport, medicina e servizi sociali, oggi più che mai attuale, anche e soprattutto alla luce dei grandi mutamenti della società (invecchiamento e cronicizzazione delle malattie) e delle politiche di austerità che investono sanità e welfare.

La scelta inoltre di introdurre il *centro poli-funzione* all'interno di un contesto preesistente, una palazzina tra via Ampère e via Vallazze, di un tessuto urbano, quello di Lambrate, con dinamiche di quartiere oramai consolidate nel tempo, va vista nell'ottica della riqualificazione e riuso urbano, nonché di una politica di risparmio dei costi amministrativi e gestionali da parte della committenza. Il nostro territorio è un bene "finito", limitato; è quindi indispensabile, nel rispetto dei beni architettonici, cercare di implementare il riuso edilizio come strumento di rinnovo delle città.

Il piano della tesi si sviluppa in quattro sezioni:

- nella prima parte si è cercato di strutturare un corpus teorico, analizzando le trasformazioni in ambito sociologico su tematiche inerenti la salute, il tempo libero e il fitness nell'era globalizzata.

La necessità di creare una tale struttura parte proprio dall'analisi dell'idea di benessere e salute, del connubio più che mai attuale tra sport e prevenzione, del modo odierno di intendere e percepire la malattia, dei cambiamenti di carattere demografico della società (invecchiamento della popolazione e cronicizzazione delle malattie), delle mutazioni di tipo concettuale e strutturale che hanno investito le palestre in questi ultimi 15-20 anni, dell'importanza e predominanza della cura del sé.

Da questo studio è emerso come l'attività fisica, il movimento e lo sport siano intimamente legati al mondo sanitario e come l'aspetto del benessere e della cura della persona, a differenti livelli, siano temi cari alle istituzioni quanto al singolo individuo.

- nella seconda parte l'attenzione si è rivolta al sistema sanitario odierno, alle politiche e alle modificazioni che esso ha subito negli ultimi 10 anni in risposta anche e non solo alle esigenze che si sono create. Si è voluto tracciare un breve quadro d'insieme con lo scopo di comprendere quali trasformazioni sociali le politiche di austerità e sanitarie hanno creato, l'aumento del numero delle RSA e la nascita del concetto di ospedale distribuito sul territorio sono conseguenze o possibili soluzioni al problema degli alti costi di spesa sanitaria e welfare.
- la terza parte è volta a focalizzare l'attenzione su come i valori di socializzazione ed integrazione dello sport e delle attività fisiche uniti ad un persistente miglioramento nella ricerca della cura, della salute e del benessere sia una strada vincente per una riqualificazione del territorio. Creare servizi attraverso la compartecipazione di enti e organizzazioni del territorio in linea con i bisogni e i cambiamenti della società permette un utilizzo più partecipativo della città stessa.

A conclusione di ciascuna parte sono stati riportati esempi o casi studio a dimostrazione di quanto sopra descritto. Palestre, centri riabilitativi e di integrazione di varie attività e una riqualificazione urbana sul territorio genovese sono i progetti persi in esame.

- la quarta ed ultima parte è costituita dalla fase progettuale; l'inserimento del *centro poli-funzione* all'interno di una palazzina preesistente. La sua collocazione non è stata casuale, ma dettata dal fatto che sono coinvolto in prima persona nella realizzazione di un centro riabilitativo – medico ambulatoriale per l'ospedale in cui lavoro, proprio nel contesto di Lambrate.

In accordo con la docenza si è deciso di rimanere ad una fase piuttosto embrionale del progetto, studiando un possibile layout degli spazi ed attività annesse alla struttura, fornendo un'idea di massima del suo funzionamento.

La formulazione di tale progetto non vuole essere uno studio rigido e rigoroso di una struttura unica e non riproducibile, ma al contrario deve possedere al suo interno quelle peculiarità di base e funzioni generali sulle quali poi inserire e costruire un corollario di servizi e funzioni in risposta ai bisogni e necessità di un determinato territorio.

Il carattere di universalità, riproducibilità, nonché quello di adattabilità e specificità creano un valore aggiunto ad un progetto concepito sulla base di un nuovo modo di pensare: quello dell'era globalizzata.

Per comprendere la rilevanza che un *centro poli-funzione* può avere all'interno di un contesto urbano è necessario comprendere quali significati noi, cittadini dell'era globalizzata, diamo a concetti quali salute, malattia e cura del sé e come percepiamo il nostro tempo libero, l'attività fisica e il benessere.

Il fatto che in tale struttura convergano aspetti di carattere medico-sanitario e ludico-ricreativi obbliga chi scrive a non trascurare il peso che queste tematiche hanno nella vita di ognuno. Salute e divertimento sono temi importanti che interessano trasversalmente sia il singolo che la collettività, sia le istituzioni pubbliche che quelle private; diventano parametri di misura del buon funzionamento della società e non di meno sono oggetto di grandi investimenti e finanziamenti.

Capire dove e come si muove la collettività fornisce un "quid" teorico in più ad un progetto che ha la presunzione di offrire un servizio nuovo e di migliorare la qualità dei servizi del vivere insieme.

1.1.1 LA SALUTE NELL'ERA GLOBALIZZATA

La definizione dell'OMS del 1948 dice che la salute è *"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia o infermità"*. Questa definizione ha ricevuto numerose critiche, perché considerata utopistica e ingannevole per la stessa pratica medica. Ma tale definizione ha anche una connotazione positiva perché allarga il concetto di salute.

Il concetto di benessere esplicitato, implica una dimensione fisica, psichica e sociale della salute che significa considerare i diversi aspetti con cui un individuo è in relazione.

La nozione di salute è complicata e per fare chiarezza occorre porsi e rispondere ad alcune domande: essere sani è semplicemente non avere malattie, o è qualcosa di diverso e di più complicato? La salute va definita facendo riferimento all'assenza di malattia, oppure in base ad altre nozioni, come quella di soddisfazione dei bisogni vitali? E quelle di "malattia" o di "bisogno vitale" sono nozioni chiare o sono forse ancora più confuse ed ambigue della nozione di "salute" che si vuole definire?

Secondo il linguaggio comune la salute è il buon funzionamento dell'organismo, che permette una relazione favorevole con l'ambiente circostante. Il significato di salute è univoco perché indica il modo di essere di un individuo, ma è possibile farne anche un uso analogo (esiste infatti un corpo sano, un cibo sano, un ambiente sano), per cui esso si connette fortemente con le nozioni di "benessere", "integrità", "pienezza", "felicità" e "salvezza".

Inoltre, l'idea di salute appare logicamente connessa con quella di malattia.

La salute è un equilibrio dinamico, il buon funzionamento dell'organismo come un tutto che permette una relazione positiva con la realtà. Fa riferimento sia agli aspetti biologico - funzionali sia a quelli relazionali.

E' strettamente connessa ad elementi culturali e sociali, per cui non è oggetto di un'identica percezione in tutti i punti del globo, nelle diverse epoche storiche o nelle differenti età e situazioni della vita umana. Lo stare in buona salute di un abitante di un paese in via di sviluppo sarà considerato al di sotto della soglia dell'accettabile da parte di un italiano o di un newyorkese; così come lo stare in salute di un ottuagenario non gli consentirà in nessun caso di condurre la stessa vita di un diciottenne in buona salute.

La salute per Gadamer, corrisponde a ciò che è adeguato al ritmo della vita: *“Nonostante il suo carattere segreto, essa si percepisce però come una specie di senso di benessere e ancora di più quando, in presenza di tale sensazione, siamo intraprendenti, aperti alla conoscenza, dimentichi di noi e quasi non avvertiamo neppure gli strapazzi e gli sforzi: questa è la salute. La salute non consiste in una sempre crescente preoccupazione per se stessi, nel timore che le proprie condizioni fisiche oscillino, e nemmeno nell'inghiottire pillole amare. [...] La salute non è precisamente un sentirsi, ma è un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita. È però nelle esperienze contrarie che viene alla luce ciò che è nascosto. [...] Il modo più chiaro per raffigurarsi la salute consiste nel concepirla come uno stato di equilibrio. (Gadamer, Dove si nasconde la salute).*

Per la sociologia la salute non è soltanto un fatto biologico né solo un fatto culturale, ma è un fenomeno sociale complesso, che consiste di relazioni ed è prodotto socialmente: è un modo di essere e di vivere degli individui e dei gruppi nel sistema di azione sociale. La salute è in altri termini un'azione sociale!

La salute, come la malattia, - scrive E. Sgreccia, commentando la definizione dell'OMS - non può interessare semplicemente l'organismo fisico, né può definirsi in senso puramente organicistico; se *stare bene* diventa sinonimo di *benessere*, tutte le situazioni transitorie di disagio, di stress, di tristezza andrebbero trattate come mancanze di salute.

La concezione di salute come *completo* benessere porta di riflesso ad un aumento del potere della medicina sull'uomo, la cosiddetta *medicalizzazione* dell'esistenza, che finisce per trattare come malattie anche situazioni di disagio normali nell'esistenza umana: l'insoddisfazione dell'adolescenza per esempio o la mancanza di energie della vecchiaia.

L'era globalizzata è infatti caratterizzata da atteggiamenti davvero ambigui, da situazioni in cui si presentano veri e propri ossimori, com'è il caso del “dovere del piacere” o delle “malattie del benessere”.

Si è tentato di correggere la definizione dell'OMS, opponendo alla nozione di salute come *stato*, la salute come *processo dinamico* o come *equilibrio* e alla nozione di *completo benessere*, quella di *capacità relativa*. La salute è, pertanto, quella condizione di equilibrio dinamico, per cui un soggetto, inserito in un determinato contesto naturale e sociale, ha le capacità di realizzare i propri rapporti e progetti vitali in modo adeguato". In questa prospettiva, una situazione che riduca la capacità di lavoro, come la maternità, non è una malattia, perché non annulla la capacità di un progetto vitale più ampio; mentre una condizione di denutrizione generalizzata, che rende incapaci di assolvere i propri compiti, non può essere tollerata come normale, per quanto diffusa possa essere.

In definitiva non è possibile comprendere il contenuto della nozione di salute, se non combinando criteri oggettivi, soggettivi e socioculturali.

C'è un altro aspetto da valutare: il rapporto tra salute e felicità. La salute non coincide con la felicità perché la felicità ha una connotazione trascendentale e non empirica, mentre la salute è legata anche ad elementi fisici.

La salute si può dire a vari livelli perché c'è un equilibrio organico, relazionale e spirituale, ma ogni aspetto è connesso con gli altri proprio perché è riferito alla persona umana che è sostanza relazionale, unitotalità di corpo e spirito. Anche la felicità è riferita alla persona, ma la persona felice non è più legata allo spazio e al tempo; per questo la felicità non è uno stato duraturo.

Le persone a cui viene chiesto di valutare l'importanza dei diversi aspetti della loro vita, l'opzione "godere di una buona salute" ottiene i punteggi più elevati. Salute e felicità sono strettamente collegate anche se la direzione del rapporto di causalità non corre necessariamente in un solo verso, ma può anche andare nel senso opposto.

Non c'è felicità senza salute, ma è anche vero che non c'è salute senza felicità.

Il significato di felicità diviene così parte integrante del concetto di salute e non è del tutto estraneo neanche a quello delle pratiche relazionali e sociali compresa quella sportiva in cui l'impatto "felificifico" (Frey 2006) è fondamentale per il suo procrastinarsi.

Vediamo come.

La post-modernità ha scardinato a fondo il concetto di salute e malattia, in quanto ha dissolto il soggetto e ha concentrato la sua attenzione sul corpo in senso assoluto.

Esso occupa tutta la scena dell'io, diventando simultaneamente un tiranno al quale è dovuta cieca obbedienza, cura premurosa e ossessiva. Nella costruzione della propria immagine il dovere principale è costituito dalla cura del proprio corpo; essa diviene, allo stesso tempo, motivo di soddisfazione, ma anche forma laica di asceti, per le rinunce che comporta.

La nuova colpa di cui provare vergogna, nella post-modernità, è dunque quella di un corpo poco curato, colpa che va rimproverata fondamentalmente al soggetto. Il corpo, allora, da amico, ossia da messaggero della propria identità presso gli altri, diventa un nemico da sottoporre a sorveglianza.

E la cura del fisico non è più solo nella direzione di favorire la natura, bensì di modificarla o addirittura correggerla. Il corpo non è più un dato, ma un compito da realizzare, da sottoporre a building, a costruzione o anche decostruzione.

Secondo M.T. Russo, per capire la concezione post-moderna di salute, è fondamentale distinguere l'health dalla fitness, la salute dall'essere-in-forma.

“Salute” fa riferimento a una norma che, pur con una certa flessibilità, si stabilisce in base a parametri costanti e misurabili. “Stare in salute” significa essere in grado, per la propria situazione psicofisica, di assolvere in modo adeguato i propri compiti sociali e professionali. Per quanto si tratti di un equilibrio dinamico, suscettibile di aggiustamenti, la nozione di “buona salute” risponde pur sempre a criteri oggettivi, che è possibile descrivere dall'esterno in modo preciso.

“Essere in forma”, invece, non ha queste caratteristiche perché fitness è una nozione liquida, non è né precisa né misurabile dall'esterno. È una nozione carica di soggettività che indica un poter-essere, è proiettata verso il futuro, ossia sempre in fieri e mai pienamente realizzabile.

“Stare in forma significa avere un corpo flessibile e adattabile”. (M.T. Russo, *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*).

I ritmi di lavoro di una società altamente competitiva rappresentano una continua sfida per la fitness: l'essere in forma è sempre più una necessità per professioni dove al primo posto troviamo la capacità di adattarsi al nuovo, il look e le competenze comunicative. Ma i livelli di tensione degli ambienti professionali rappresentano una minaccia anche per i fisici più robusti: la fitness, perentoriamente richiesta e sempre minacciata, diventa ancora una volta fonte di ansia crescente.

“L'uomo che gestisce la sua corporalità cerca di costruirsi un mondo che superi certi limiti naturali” (la vecchiaia, per esempio) (Gasparini), “inseguendo così il sogno del benessere e dell'immortalità, la cui versione post moderna è proprio mantenere il corpo in perfetta forma” (Bauman).

La continua ricerca del “light” in molti settori merceologici, il fenomeno dello “slow food” e le palestre “body-consciousness” in cui si predilige il massaggio, la sauna o i trattamenti dolci sono la risposta di rassicurazione, di garanzia, di salute, di cura della società.

L'attenzione alla costruzione della propria personalità parte proprio dal corpo, prendersi cura di sé, del proprio fisico rappresentano momenti di ricarica quotidiani contro lo stress.

“Il corpo è diventato il territorio da salvaguardare, in quanto rappresenta il luogo, lo strumento, il protagonista della qualità della vita e della felicità per il prossimo futuro” (Morace).

1.1.2 LA MEDICINA DEI DESIDERI

Se per secoli la medicina ha rappresentato un modo attraverso il quale l'uomo ha combattuto contro la malattia, avendo come criterio le strutture vitali della natura, ora si trova a doversi confrontare con i desideri e i calcoli delle probabilità (medicina predittiva).

Oggi siamo immersi in una "religione della salute": non Dio, ma la salute, la salute individuale, assurge a indiscusso "bene massimo". Salvezza e redenzione non sono più attese in un qualche "al di là", ma qui ed ora. La religione della salute ruota attorno all'antichissimo tema della religione: il superamento del contingente e soprattutto il superamento dell'esperienza di morte. Però, questa nuova religione induce gli uomini a perdere se stessi nella lotta contro la morte. Ci sono uomini che vivono per arrivare sani alla morte; si potrebbe dire che, per evitare la morte, si prendono la vita, cioè l'irripetibile tempo di vita.

Prima della definizione dell'OMS il concetto di salute era di natura tipicamente medica perché definiva la salute come *assenza di malattia* e prendeva come punto di partenza la malattia intesa come deviazione dalle condizioni ideali di funzionamento e di integrità dell'organismo. Nel secolo XX si è imposta una visione nuova che allargava la comprensione della salute alle strutture sociali, lavorative, ricreative, educative, abitative, alimentari. In quest'ottica la promozione della salute è più della rimozione delle *patologie* o il ripristino di una ideale normalità organica, ma è promozione di comportamenti e condizioni di vita che permettono alla persona il conseguimento di un pieno benessere psichico, fisico e relazionale.

A ben guardare, la definizione dell'OMS della salute come "stato di completo benessere", pur presentando il pregio di proporre una visione multidimensionale od olistica della salute e di sottolineare l'aspetto soggettivo della salute come percezione di una esistenza che si esplica con pienezza nelle sue varie articolazioni, rivela però anche i limiti derivanti dal terreno culturale nella quale essa è sorta. Prima di tutto questa definizione, assunta nel contesto di una cultura della prestazione, favorisce una lettura crudamente efficientista della salute per lo stretto legame che tende ad instaurarsi tra benessere personale e capacità di rispondere alle attese sociali. In secondo luogo, la concezione della salute come completo benessere implica una visione secolarizzata della salvezza nella persuasione illusoria che l'uomo può procurarsi e raggiungere con i suoi mezzi la pienezza del benessere in questa vita.

Questo, come conseguenza, concorre a creare attese irrealistiche sulla possibilità della medicina di rispondere a tutti i bisogni e i desideri delle persone. Nella medicina dei desideri la dimensione soggettiva della salute viene enfatizzata al punto di confondere il diritto alla salute con il diritto a vedere soddisfatti i propri desideri e si pretende che la medicina procuri le condizioni per realizzarli.

La medicina dei desideri, incentivata dal mercato della salute, incrementa la richiesta di prestazioni farmacologiche e medico-chirurgiche, assorbe risorse pubbliche oltre ogni ragionevolezza e dilata, sino ad estenuarla, la categoria di terapeuticità.

La concezione di salute come *completo* benessere può portare ad un aumento del potere della medicina sull'uomo, la cosiddetta *medicalizzazione* dell'esistenza, che finisce per trattare come malattie anche situazioni di disagio normali nell'esistenza umana: l'insoddisfazione dell'adolescenza e la mancanza di energie della vecchiaia.

Attualmente la medicina non è più soltanto finalizzata come in passato ad alleviare le sofferenze quanto piuttosto all'ottimizzazione. Il confine tra normale e patologico, per una medicina perennemente insoddisfatta delle sue conquiste, si sposta continuamente alla ricerca di standard sempre più elevati, destinati comunque a sembrare inadeguati alla generazione successiva.

La promessa di ottimizzare indefinitamente la qualità e la durata della vita spinge la medicina a trasformare i desideri in bisogni e a proporsi dei traguardi, che hanno il sapore dell'utopia. Ma in questo modo si genera una sofferenza supplementare e totalmente indotta: la sofferenza di essere *normali* e dunque mortali, soggetti all'invecchiamento e alla decadenza.

Richard Siebeck esponente della medicina antropologica tedesca dice: *“Il concetto di salute non è completo senza la domanda: salute, a che scopo? In fin dei conti, non viviamo per stare sani, ma siamo e vogliamo essere sani per vivere e per agire. La salute non è un bene che ci è stato affidato soltanto per determinate funzioni e capacità. La salute non è un fine ultimo, ma è determinata e limitata dal significato della vita stessa. E il significato della vita è disposizione, donazione e sacrificio. Il senso della salute è oltre la salute, si trova in quel progetto di vita buona che ciascuno si propone di realizzare, per il quale la salute è condizione necessaria, ma non indispensabile. Non soltanto la malattia non rende necessariamente vano un progetto di vita buona, ma viceversa, si può dire che senza tale progetto la stessa salute non abbia alcun valore. Per questo Platone affermava che prima viene la virtù e poi seguono la salute e la saggezza, così come un dio è seguito dal suo corteo. La salute, infatti, non è una proprietà dell'organismo, ma della persona intera, per cui sarà subordinata a ciò che per la persona rappresenta l'autentico bene”*.

Tratto da Siebeck R., *Medicina in movimento*.

Per comprendere appieno la trasformazione delle palestre da semplici luoghi di allenamento a veri e propri contenitori di attività o capire perché il fenomeno del fitness ha avuto un così elevato successo tanto da sviluppare un numero sempre crescente di luoghi deputati al suo svolgimento è indispensabile fare qualche considerazione sul tempo libero e sulle sue modalità d'impiego.

Il fitness, come vedremo di seguito, è tra i passatempi più comuni nelle attività del tempo libero sia per le sue qualità ludico - ricreative che per la centralità che il "corpo" ha assunto nella società attuale, tanto da diventare lo sport più praticato nel 2007.

1.2.1 IL TEMPO LIBERO NELL'ERA GLOBALIZZATA

Il tempo libero e i mutamenti nelle modalità del suo impiego e delle caratteristiche socioeconomiche di chi poteva disporre, il ceto medio prima e la classe operaia poi, sono fattori che hanno agevolato il fenomeno fitness e tutte le sue ramificazioni fino a quelle odierne.

Secondo alcuni calcoli (Alain Corbin), negli ultimi 150 anni la durata annuale del lavoro si è ridotta da circa 4000 ore/anno della metà del XIX secolo alle odierne 1800 ore; la durata giornaliera di lavoro (passata dalle 15 alle 8 ore giornaliere), il tempo di riposo settimanale (dalla domenica, al "sabato inglese", al "fine settimana lungo"), le vacanze estive ed invernali, l'età di pensionamento sono le cause principali di questa diminuzione.

Il capitale di tempo libero è passato dalle 25.000 ore nel 1800 alle 45.000 del 1945, dalle 135.000 del 1975 alle 225.000 odierne (una quantità tripla rispetto alle ore di lavoro, circa 80.000) (De Masi)

Ma come si è passati dalla "passeggiata" alla nascita di villaggi fitness e SPA?

Con l'avanzare della cultura commerciale e con l'aumentare del tempo libero, si sono andate via via sviluppando istituzioni del consumo sempre più autonome e differenziate: i ristoranti, le discoteche, i centri commerciali sino, appunto, ai centri fitness (Sassatelli)

Il settore del tempo libero affonda le proprie radici in una serie di progressi storico-sociali che hanno reso la vita lavorativa più prevedibile, concetti quali la giornata lavorativa di otto ore o un numero minimo di giorni di ferie hanno fatto insorgere la necessità di attività che sono state il preludio alla costante crescita del mercato del tempo libero negli ultimi 25 anni.

Questo ambito è interessato da costanti trasformazioni ogni qualvolta emergono nuove tendenze, ma il minimo comune multiplo di queste trasformazioni si basa su due aspetti principali:

1. il tempo a disposizione
2. le disponibilità finanziarie

Il tempo da dedicare alle attività ricreative varia notevolmente da città a città e da un paese all'altro, mentre per ciò che concerne le disponibilità finanziarie ognuno spende una quota significativa del suo reddito disponibile in attività di svago. A logica, ci si aspetterebbe che chi dispone di più tempo libero tenda a spendere di più, invece è proprio il contrario.

Coloro che hanno meno tempo e più denaro a disposizione sono inclini a un esborso maggiore per le attività ricreative, mentre non è così per coloro che possono *spendere tempo* per ricercare servizi migliori ad un prezzo inferiore.

Si ritiene che gli abitanti dei Paesi sviluppati spendano almeno il 10% del reddito disponibile in attività di svago (Baer) che possono essere suddivise in attività passive (lettura, internet, cinema, TV) ed attive (sport, benessere, viaggi).

Ai giorni nostri il binomio "benessere e sport" è più che mai considerato vincente per migliorare la qualità della vita a tutte le età e perfino quando esistono problemi di salute, in quanto possiede al suo interno una forte componente di felicità.

1.2.2 UN NUOVO CONCETTO DI CORPO

"L'uomo che gestisce la propria eternità cerca di costruirsi un mondo che superi certi limiti naturali" (la vecchiaia, per esempio) (Gasparini), inseguendo così *"il sogno del benessere e dell'immortalità, la cui versione postmoderna è proprio il mantenere il corpo in perfetta forma"* (Bauman).

Il concetto di eternità del corpo connesso col tempo libero (e nello specifico col fitness) subisce le influenze del passato, del presente e certo subirà anche quelle del futuro.

In Europa, per esempio, l'attenzione verso l'ambiente, la salute, il corpo e l'alimentazione sono mutate drasticamente dopo il disastro di Chernobil, dopo gli attentati dell'11 Settembre (con il crollo delle Torri la spesa alimentare e per la cura del corpo è aumentata), dopo la "Mucca Pazza" e, più in generale, con il fenomeno della globalizzazione.

Insomma, siamo tutti alla ricerca di un nuovo equilibrio vitale, in cui il relax fisico e mentale si incontrano in una dimensione di benessere.

Oggi il concetto di salute passa per un nuovo approccio al corpo, inteso non più solo come organismo biologico, ma come sintesi di materia ed energia. D'altronde, l'attenzione alla costruzione della propria personalità parte proprio dal corpo, come manifestazione psico-fisica complessa e coccolarsi, prendersi cura di sé e del proprio fisico, rappresentano momenti di ricarica quotidiani contro lo stress. Il corpo, dunque, è diventato "il territorio da salvaguardare" in quanto

rappresenta il luogo, lo strumento, il protagonista della qualità della vita e della felicità per il prossimo futuro (Morace).

In tale contesto è inevitabile una dilagante ipertrofia dell'Io. L'amore straripante di sé è ormai un tic di massa; si pensi, a tal proposito, allo straordinario sviluppo del fitness, della chirurgia estetica, del volume di vendita dei prodotti per la cura del corpo (anche per l'uomo, fenomeno inimmaginabile fino a poco tempo fa) e degli sport estremi, tutte testimonianze di un'idea di corpo flessibile (cioè trasformabile da scelte ed opzioni personali) ossia di un corpo diventato luogo dell'autodeterminazione personale, modellabile attraverso l'esercizio fisico, la bodyart (tatuaggio e piercing, ad esempio), la dieta o il bisturi, affermazione di specifiche rappresentazioni culturali postmoderne del corpo (automodellamento creativo).

In ugual misura anoressia, bulimia e in generale i disturbi dell'alimentazione sono in continuo aumento in quanto specchio della società storica di riferimento e dei suoi standard culturali dominanti (Borgna).

Se si prende in esame il concetto di corpo dell'età moderna (il corpo del lavoratore-soldato), esso era regolamentato e manipolato da forze esterne (come ad esempio nella catena di montaggio di Taylor); l'unico compito che gli veniva richiesto consisteva nell'essere in grado di provvedere alle forze indispensabili per rispondere alla vita lavorativa e a quelli che erano gli stimoli esterni.

Questa capacità era chiamata "salute" contrariamente alla "malattia" che corrispondeva all'incapacità di provvederle. La spesa necessaria a salvaguardare la "salute" e ad allontanare l'incapacità, si riduceva, allora, alla quantità di cibo sufficiente a dare energia muscolare adeguata agli impieghi lavorativi o militari.

Il corpo postmoderno, invece, è soprattutto un recettore di sensazioni: assimila esperienze e la sua capacità ad essere stimolato lo trasforma in uno strumento di piacere ma, al tempo stesso, in un luogo di piacere. Tale attitudine è chiamata "benessere" (fitness), mentre lo stato di "mancanza di benessere" è sinonimo di debolezza, svogliatezza e apatia verso gli stimoli, tanto che mantenere una buona forma fisica vuol dire, appunto, mantenersi pronti ad assorbire tali stimoli esterni. In sostanza, oggi il corpo è considerato "un corpo che consuma" e la misura della sua buona condizione sta proprio nella capacità di consumare ciò che la nostra società dei consumi ha da offrirgli. Si tratta, in definitiva, di un corpo non più rigidamente regolamentato, nel senso in cui lo era il fisico del lavoratore-soldato, ma di un corpo "fai da te" diventato in modo incontestabile una proprietà privata i cui confini devono essere protetti e amministrati dal singolo proprietario (Bauman)

L'idea di un corpo in forma, utile alla persona nella vita quotidiana, testimonianza immediata delle sue capacità, del suo autocontrollo e della sua adattabilità, sembra quasi soppiantare le speranze

modeste e fataliste di salute. La stessa nozione di salute, sempre più definita come insieme di capacità piuttosto che come assenza di malattia, sembra essersi modificata da qualcosa di indisponibile a qualcosa che il soggetto può conquistare e di cui è personalmente responsabile.

Questa nuova conquista se da un lato responsabilizza il singolo individuo nella cura del proprio corpo, dall'altro però il peso della tutela di questo "territorio da salvaguardare" e del suo benessere provoca inquietudine, incertezza, smarrimento.

Le responsabilità riguardanti la propria vita, i propri difetti fisici, i propri malanni, sono spesso minacciate dal mondo esterno, ma è anche vero che lo scambio col mondo esterno non solo è inevitabile, ma è anche desiderato, visto che l'intensità con cui il corpo scambia con l'esterno rappresenta proprio la prova del suo buon funzionamento e del suo essere "in forma".

Seguire l'ultima novità in fatto di cura del corpo e cercare di sottrarsi al timore generato dal pericolo più recente per la salute sono ormai gli indicatori principali di cultura elevata e buongusto.

Entrambi sono diventati il "dovere" primario nell'incessante compito della costruzione del sé (Bauman). Tutto ciò è testimoniato anche dall'emergere, a partire dalla metà del 1980, della *sociologia del corpo* (che studia "cosa viene fatto al corpo") icona di un interesse considerato in misura sempre crescente dal punto di vista sociale (Borgna).

In particolare l'attuale era postmodernista è caratterizzata dal passaggio da un consumo di massa (fordista) ad uno differenziato, più individuale (postfordista) che si ritrova ovviamente anche all'interno dei centri fitness (l'accrescersi sempre più della figura del personal trainer, ad esempio) e dei negozi (prodotti naturali, biologici, ecc.) che si frequentano sempre di più (Urry).

Perciò, nel XXI secolo, essere sportivi e in salute significa incarnare ciò che di meglio la vita riserva, vale a dire vivere in modo intenso, dinamico, libero ed autentico.

All'interno del corpo - in questa "versione muscolarizzata" della vita sociale (espressione di Ehrenberg), o meglio, in questa "società somatica" trovano espressione conflitti, ansie, paure, ma anche successi, valori e miti. In altre parole, il corpo non rappresenta soltanto l'immagine dei punti di vulnerabilità della società, ma è anche un simbolo della capacità dei soggetti di prendere in mano la propria vita.

Così, usando le parole di Le Breton, il corpo diviene un "contenitore del Sé" che permette di dare dei contorni chiari alla propria identità in una "società dell'incertezza" (Bauman) quale è quella in cui stiamo vivendo. Ciò che emerge, concludendo, è una parallela trasformazione della cultura sportiva e corporea cosicché il corpo diviene espressione privilegiata della ricerca di identità, mentre l'attività fisico-motoria diviene strumento di tale ricerca (Ferrero Camoletto).

1.2.3 IL FENOMENO FITNESS

Nel 2007 il fitness ha rappresentato il primo sport come numero di praticanti (fonti Istat).

La spiegazione di questo boom è da attribuirsi ad un cambiamento della società; le palestre dove si esercitava fitness, rappresentavano soprattutto il luogo deputato al raggiungimento della perfetta forma fisica, oggi invece, la loro funzione si è notevolmente dilatata, arrivando a sommare, al tradizionale concetto di fitness, l'idea di benessere totale (chiamato wellness).

Questa trasformazione ha comportato che le attività praticate da pochi "fanatici" siano diventate una vera e propria filosofia di vita, radicata nel tessuto socio-culturale e divenute parti integranti dei costumi e delle abitudini del nostro paese e del mondo intero.

Il centro del discorso ha un solo protagonista: il corpo umano: *"il corpo è il mezzo principale attraverso il quale le tensioni e le crisi della società sono tematizzati"* (Borgna).

Si può tentare di definire e spiegare concretamente questo fenomeno e i cambiamenti che nella società si sono attuati, anche se non esiste una letteratura univoca e condivisa.

Secondo la definizione dell'EHFA (European Health & Fitness Association), *"il fitness è uno stato dinamico di benessere fisico, psicologico e sociale, risultante dalla pratica di un'attività motoria adeguata alle capacità, possibilità ed esigenze-preferenze di ciascun individuo che assume la responsabilità della propria salute"* (Grossi).

A livello normativo invece, l'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato definisce il fitness come uno stile di vita orientato al benessere perché promuove un'attività motoria a bassa intensità e quindi non è un'attività sportiva (Grossi).

In fin dei conti, il fitness è quindi una ricerca di efficienza fra molteplici funzionalità fisico-biologiche con conseguente equilibrio estetico.

Da questa pratica si è determinata un'evoluzione del concetto di *"palestra"* che viene, oggi, sempre più spesso associato al termine "fitness" e in alcuni casi persino sostituito da neologismi come "centro fitness" o "club fitness".

Le vecchie palestre riservate alle sole attività competitive, come per esempio il pugilato, le arti marziali o il culturismo (body building) esistono ancora, ma sono però sempre più marginali rispetto alla grande diffusione dei centri o club fitness che trovano nell'idea di fitness - intesa come pratica di attività motoria produttrice di una forma fisica migliore e di benessere - il proprio denominatore comune (Sassatelli).

Ciò che caratterizza la gran parte delle palestre postmoderne è l'associazione con la nuova nozione di fitness e di benessere che trasversalmente caratterizza la società.

L'esplosione di questo fenomeno è il risultato di due fattori principali: il primo è una forma di democratizzazione dello sport e dell'attività motoria che ha abbracciato segmenti di popolazione (le donne e anziani, ad esempio) tradizionalmente esclusi dal fenomeno sportivo-ricreativo, il secondo è il trionfo del narcisismo consumista e dell'edonismo postmoderno, dell'esaltazione della cura fine a se stessa del proprio corpo, del proprio spirito e del concetto di forma fisica e di efficienza in generale.

Nel tempo, è mutata anche la filosofia delle terme stesse, che hanno modificato i loro tradizionali obiettivi: prevenire e curare gli effetti dello stress, realizzare lo stato di benessere, che è somma di serenità interiore e messa in forma. Il contatto con la natura, il ritrovamento di sé stessi, il piacere di socializzare cessano di essere un sovrappiù allettante, per far parte integrante della terapia del benessere. Cambia, in sostanza, la sociologia delle terme, per via della presenza, accanto al pubblico tradizionale (composto da anziani, bisognosi di cure particolari) di soggetti di ogni età, appartenenti soprattutto ai ceti medi e medio - alti, portatori di una domanda di messa in forma sempre più raffinata.

Concretamente, tale domanda di servizi termali è stata caratterizzata, negli ultimi 30 anni, dalle seguenti trasformazioni: negli Anni Settanta e Ottanta si è affermato un forte termalismo "terapeutico" (prevalentemente con esigenze salutistiche) indotto anche dall'intervento dello stato; successivamente si sono riscontrate due differenti trasformazioni, ovvero da un lato si è ridotto l'intervento statale a sostegno del settore termale (e quindi si è assistito ad una riduzione di tale tipologia di domanda), dall'altro si è affermata una domanda "innovativa" di servizi orientata alle attività connesse con il benessere estetico e ludico.

Oggi nella domanda termale è presente sia il cliente "tradizionale" - bisognoso di prevenzione sanitaria, di cure o riabilitazione e che rappresenta la parte più consistente del mercato (seppure in diminuzione) - sia un cliente "innovativo" che vuole soddisfare esigenze di relax, mantenimento della forma fisica e di piacere a sé stesso.

Ciò è espressione, come detto altrove, di nuovi modelli di consumo che portano a convergere il settore termale, il mercato del fitness/wellness e del relax. Quindi, le strutture termali hanno integrato la loro offerta tradizionale di attività terapeutiche e curative con servizi legati al fitness, al relax e al beauty, tanto che oltre la metà degli stabilimenti termali italiani è dotato di centro benessere (Picucci) [fitnesstrend.it].

La trasformazione delle tradizionali tipologie costruttive di palestra e terme è quindi lo specchio di un cambiamento della società e soprattutto del significato che la collettività attribuisce ai concetti di felicità e benessere, a cui vanno aggiunti però quelli di salute, malattia e aspettativa di vita, aspetti della sfera sanitaria dell'individuo, che oggi giorno però non possono essere disgiunti dai primi.

1.2.4 IL NUOVO CONCETTO DI FITNESS: IL WELLNESS

L'ultima forma di tempo libero vicina al mondo del fitness è il wellness che non rappresenta una preconditione del fitness, bensì una sua naturale evoluzione; ne prefigura l'avvenire.

In modo estremamente sintetico si potrebbe associare il fitness alla forma fisica e il wellness alla cura della qualità della vita intesa come recupero di un buon rapporto tra spirito e corpo.

Il passaggio, avvenuto dalla metà degli anni novanta, dal fitness al wellness (“well” => “bene” + “wellbeing” => “essere in buona salute”), neologismo che indica come l'attenzione si sia spostata dalla preparazione fisica (“cioè dalla forma”) al benessere (“cioè alla sostanza”).

Questa pratica si propone di ottenere un corretto rapporto tra psiche e corpo, un atteggiamento mentale positivo, la capacità di rilassarsi e di entrare in sintonia con l'ambiente in cui si vive.

Wellness come uno “stato di salute”, chiamato anche uno stato ottimale o di elevato livello. Questa concezione permette di uscire dal concetto tradizionale che vede contrapposte da una parte la Malattia e dall'altra la Salute, in quanto definisce un percorso verso l'acquisizione di un senso di benessere e di equilibrio psico-fisico.

Mentre tradizionalmente a difesa della “salute del corpo” c'erano principalmente i medici e tutti i professionisti della sanità, ora il wellness viene visto come qualcosa di dinamico, un processo, in cui ogni singolo individuo è parte integrante e responsabile della propria salute (Neri).

Questa pratica trae origine da una matrice orientale, perché si caratterizza soprattutto per la ricerca di benessere attraverso un approccio estetico che si contamina della sfera terapeutica.

Si riscopre l'esigenza di qualità minime ma essenziali, di gesti che recuperano la sacralità rituale della ripetizione quotidiana, di piaceri piccoli e profondi che siano in grado di dare senso all'esperienza personale della cura di sé stessi, attraverso un momentaneo allontanamento dalla frenesia dei ritmi di ogni giorno (Morace)

In definitiva, il desiderio di salute assume un'importanza centrale nella nostra società, oggi come un tempo. Tuttavia il concetto di salute è radicalmente mutato negli ultimi decenni e, come si è detto, essere sani non significa più soltanto “non essere malati”. Infatti, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1946), salute significa “completo benessere fisico, psicologico e sociale”. Di conseguenza all'interno del termine “salute” si viene a compenetrare la triade corpo, mente e anima: ovvero il benessere di tutte e tre queste componenti.

Poiché il concetto di wellness è il risultato di “una fusione di due concetti: wellbeing e fitness”, esso sarà la risultante di attività fisica e rilassamento psicologico, equilibrio interiore e forte senso d'autostima, stimolo mentale e fisico allo stesso tempo; quindi una specie di fitness per il corpo e la mente, trattati in modo complessivo e interagente. Wellness è la somma di tutte le tecniche per

rilassarsi e viziarsi volte ad integrare i comportamenti e gli atteggiamenti ritenuti generalmente salutari - eventualmente con il supporto di allenatori, consulenti e terapeuti professionisti - nell'insieme della propria vita, in modo da creare un benessere percettibile oggi e nel lungo periodo e, nei limiti del possibile, creare un rapporto equilibrato tra le diverse dimensioni del benessere (movimento, alimentazione, sforzo/relax, spiritualità, ecc.).

È un modo di “ritrovare sé stessi” nell'epoca del mega-stress. Wellness è un processo costantemente attivo, dinamico. “Wellness non è più solo distensione e relax, ma mutamento ed empowerment”, in altre parole “sentire di avere potere” o “sentire di essere in grado di fare”. Tecnicamente indica uno stato di equilibrio psicofisico raggiunto grazie a programmi di allenamento fisico completati da momenti di relax e/o meditazione (Ortolani).

Il suo significato, pertanto, ha avuto nel tempo diverse accezioni, fino ad arrivare a quello odierno di benessere globale che si caratterizza in un insieme di pratiche che vanno dalla ginnastica dolce (pilates, thai chi, ad esempio) a discipline antiche come lo yoga; da metodi di cura alternativi (come l'aromaterapia) ai trattamenti termali; dalla meditazione fino ai prodotti alimentari e cosmetici ispirati a criteri olistici (Ortolani).

Comunque, l'attuale concetto di wellness (nato verso la metà degli Anni Sessanta) ha iniziato a prendere piede solo negli Anni Settanta e il suo messaggio, di derivazione americana, è stato tradotto in Europa dai paesi nordici e anglosassoni.

Riguardo il settore Wellness, esso ha registrato, negli ultimi dieci anni, un tasso di crescita annua medio a due cifre (a seconda del segmento considerato, tra il 5% e 10%) con un mercato globale quantificabile in svariati miliardi di dollari (Baer). Precisamente, circa 540 miliardi di dollari e 300 milioni di praticanti nel mondo, di cui 11 milioni in Italia, secondo un'indagine condotta da Bain & Co. su commissione di Rodale (gruppo multimediale americano specializzato nel settore). Fra i Paesi con più praticanti, la palma dei migliori va agli U.S.A. (48,1 milioni), seguiti da Cina (28 milioni), Giappone (24 milioni) e Germania (14,2 milioni). Sempre secondo Bain & Co., l'italiano medio spende ogni anno circa 1.200 euro per mantenersi in forma, creando un giro d'affari pari a 14 miliardi di euro (l'1% del PIL).

In merito, anche Jean Klébert Professional (azienda del Gruppo Vitawell), ha recentemente commissionato un'indagine di mercato, condotta dal Quality Life Institute, sull'approccio dei giovani nei confronti del settore beauty e sui loro stili di consumo, tracciando un vero e proprio identikit dei più assidui fruitori dei servizi erogati dai centri estetici. La fetta di clientela più consistente (43,7% del totale) è costituita da persone con età compresa tra 26 e 40 anni, seguita dalla fascia d'età 41-55 (29,8%) e dagli over 55 (11,2%). I giovani con età tra i 15 e i 25 anni costituiscono circa il 15,3% della clientela del campione sondato. I problemi estetici avvertiti dagli

under 25 sono prevalentemente correlati a cellulite, acne e pelosità superflua e la loro domanda è pertanto orientata verso i prodotti e i servizi legati alla cura del viso, alla depilazione e all'abbronzatura offerti a prezzi medi o medio-bassi [fitnesstrend.it].

Il discorso sulla bellezza nell'epoca del fitness/wellness non può essere disgiunto dalla considerazione di come alcuni settori della medicina, non si limitino ad allinearsi alle nuove coordinate estetiche, ma contribuiscano anche a produrle. Si pensi ad esempio alla carbossiterapia e alla "medicina estetica", che si occupa della pelle integra, per prevenire le patologie e contrastare i guasti dell'invecchiamento cronologico e fotoindotto, servendosi di svariate tecniche (biostimolazione, peeling, ecc., associati all'assunzione di antiossidanti).

L'ossessione per l'aspetto fisico, la ricerca dell'eterna giovinezza e il senso di realizzazione attraverso il miglioramento di sé hanno contribuito negli ultimi decenni a fare della chirurgia estetica una branca specialistica sempre più importante. Le evoluzioni demografiche e i fattori socioeconomici continueranno a sostenere la domanda di chirurgia plastica.

Infatti, grazie al calo della disoccupazione, al maggiore reddito disponibile e al facile accesso al credito, la chirurgia estetica è ormai alla portata di un numero sempre più elevato di persone.

Parallelamente, la pressione sociologica a conservare un aspetto giovanile, unitamente al minor costo delle operazioni, continuerà a trainare la domanda di interventi estetici (Baer) che ogni anno in Italia sono circa 150.000 (Censis 2003).

Ogni epoca, dunque, ha le sue derive che a volte si confondono con le sue sfide. Fa riflettere in proposito la rivendicazione del "diritto al sorriso" (che peraltro legittima la richiesta del rimborso delle spese odontoiatriche) col quale l'odontoiatria, ispirandosi al wellness, assume la bocca come prima immagine di noi, fonte di erotismo e principale elemento di approccio e confronto col mondo degli altri, e conseguentemente inventa adeguate attività odontoiatriche, dallo sbiancamento dei denti all'estrazione degli incisivi per l'affinamento del viso. Inoltre, nel campo della chirurgia plastica (in particolare), il principio della plasmabilità del corpo può superare le raccomandazioni di una sana moderazione e spingersi oltre i confini delle etiche e delle estetiche dominanti, e le operazioni sul corpo possono andare molto oltre i limiti dei più o meno piccoli aggiustamenti, e diventare metamorfosi radicali, corporee e conseguentemente identitarie, aprendo scenari affascinanti e insieme sconvolgenti.

Numerosi fattori hanno sospinto la crescita del mercato del wellness: ad esempio l'aumento del reddito disponibile, gli orari di lavoro più standardizzati e l'attività di marketing dei produttori, tuttavia quelli più significativi sono principalmente due:

1. la favorevole evoluzione demografica, caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione;

2. l'allungamento dell'aspettativa di vita; la maggiore disponibilità di informazioni e la consapevolezza dei consumatori riguardo ai costi derivanti da uno stile di vita poco salutare, con una conseguente maggiore propensione a condurre uno sempre più sano.

Riguardo le dinamiche demografiche (cfr. grafico 2.10), la struttura demografica globale sta certamente cambiando: aumenta nella popolazione il numero degli anziani e si allunga l'aspettativa di vita (Baer)

Grafico 2.10 – Dinamiche demografiche



Fonte: OCSE

Fonte: Organizzazione mondiale della sanità

Se nel 1900 la previsione di durata media della vita alla nascita era inferiore a 50 anni, alla fine del 2000 quest'ultima era salita del 60%. Continuando di questo passo, nei Paesi industrializzati l'aspettativa di vita media potrebbe arrivare a 90 anni o più.

Così descritta l'attività fisica si è emancipata dal "senso del dolore" come condizione necessaria alla qualità allenante tanto che dal concetto di "no pain no gain" si è sviluppato e poi consolidato il concetto di "esperienza piacevole". L'intensità appropriata dell'esercizio, la giusta dose di "sopportazione" che caratterizzava la tipica mentalità dello sportivo emancipato, ha lasciato il passo ad una più morbida interpretazione di esercizio fisico. La sua efficacia ha coinvolto la dimensione globale dell'organismo, introducendo il concetto di fatica moderata, accessibile e calibrata sulla singola persona, oltre che di un'immagine esteticamente più gradevole e di un piacere psicofisico a 360°.

1.2.5 MILANO E IL WELLNESS

Cresce, in tal senso, anche la visibilità internazionale di Milano come capitale italiana ed europea del benessere. Dal 2003 - anno di apertura della prima Spa di lusso “firmata” Gianfranco Ferré - ad oggi, la percentuale di articoli di giornali e riviste riservati al capoluogo lombardo dalla stampa estera è salita da un misero 9% (rispetto al totale dei servizi dedicati al wellness nel Bel Paese), ad un ottimo 37% dell’ultima rilevazione, grazie soprattutto agli elogi apparsi sui giornali anglosassoni, francesi e tedeschi. Insomma, da semplice business community e crocevia degli affari e dell’economia, a vera e propria wellness community capace di coniugare lo stile americano e l’inconfondibile ricercatezza italiana. In sostanza sembra essere proprio questa, la vera vocazione del capoluogo lombardo all’inizio del terzo millennio. A confermare il trend positivo, è il monitoraggio effettuato dalla Klaus Davi & Co. Dall’analisi, condotta su oltre 700 articoli apparsi su 102 testate giornalistiche delle 12 più importanti nazioni del mondo (Cina, Russia, India e mondo arabo compresi), si scopre infatti come Milano abbia raggiunto stabilmente la prima posizione nella graduatoria delle più quotate destinazioni italiane del turismo wellness.

Nello specifico la città meneghina si attesta su un INDIM - indice quantitativo d’immagine (valore percentuale che permette di riassumere numericamente la visibilità di una tematica rispetto alla totalità degli articoli che compongono il relativo macro-argomento in questione) - del 18,55%, sorpassando Saturnia (12,40%) e Merano (12,35%), famose per le loro terme, ma anche Fasano (9,70%), Mazara del Vallo (3,30%) e San Pellegrino (3,10%), sedi di altrettante SPA agli apici dell’appealing internazionale per la particolarità delle cure prestate agli ospiti (talassoterapia, massaggi con oli naturali, cure termali, ecc.). Davi, oltre a ciò, ha anche elencato alcuni esempi che attestano la costante attenzione riservata dagli organi di stampa stranieri alle nuove proposte del wellness milanese. Tra gli articoli più significativi c’è sicuramente quello apparso sull’americano International Herald Tribune, che titolava “La Milano modaiola si scopre attenta alla salute”, alludendo al vero e proprio boom di palestre e terme che ha visto come apripista stilisti del calibro di Stefano Gabbana e Domenico Dolce, da sempre ispiratori di nuove tendenze. Tra i luoghi meneghini del benessere più apprezzati dalla stampa straniera, pertanto, figurano gli hotel con terme (40%) e le day spa (40%), molto spesso associati alle grandi griffe della moda e del lusso. Non a caso il tedesco Der Tagesspiegel scriveva: “prima vendevano solo vestiti e ora gli stilisti milanesi vogliono di più: hanno cominciato a vendere lo stile di vita”.

Dunque, quest’investitura ormai consolidata di Milano quale capitale del benessere sottolinea ancora una volta le nuove tendenze del settore, ma anche e soprattutto la valenza sociale del fitness,

non più attività esclusiva della middle e upper class, ma prodotto di prima necessità per tutti, finalizzato al benessere collettivo.

Anche nel settore termale si riscontra una crescente domanda verso servizi “integrati”, che affianchino alla tradizionale attività salutistica quelle connesse al movimento, al relax e all’estetica: negli stabilimenti termali italiani, in due anni, il numero di clienti dei centri wellness è salito da 83.000 a 115.000 (fonte AICEB).

1.3 LA MALATTIA NELL'ERA GLOBALIZZATA

“La malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi”

E' forse per questa ragione che nel vocabolario inglese esistono tre differenti termini per indicare quello che in italiano viene espresso in un'unica parola. Il termine *disease* indica l'entità nosologica, il fatto oggettivo di “avere una malattia”; *illness* invece indica la percezione soggettiva della malattia, l'“essere malato”; la *sickness* infine esprime l'essere riconosciuto dagli altri come tale, l'“essere *un* malato”.

Nella pratica e nella teoria di medici, clinici, agronomi e patologi, si definisce malattia un'alterazione dello stato fisiologico, comprensivo eventualmente di quello psicologico, dell'organismo, capace di ridurre o modificare negativamente le funzionalità normali ed il complesso delle reazioni fisiologiche che derivano dallo stato patologico.

La malattia ha evidenti implicazioni antropologiche. L'uomo ha un modo assolutamente specifico di vivere questa realtà, che riguarda non soltanto la componente somatica, ma anche quella spirituale. Ammalarsi per un animale è un semplice fatto biologico, ma per l'uomo, è anche un fatto psichico, infatti egli si colloca di fronte alla sua malattia e contemporaneamente la colloca di fronte agli altri. Per questo, il binomio salute/malattia si ricollega necessariamente alla realtà della cura, che è la risposta tipicamente umana alla richiesta di aiuto che l'ammalarsi porta con sé.

Vi è una malattia vissuta, sperimentata, elaborata individualmente, e una malattia osservata dal di fuori, fatto sociale e culturale, oggetto di analisi e d'interpretazioni.

Il significato della malattia sta proprio nel suo essere “oggetto di appropriazione” da parte dell'uomo, che si pone di fronte ad essa, attraverso l'accettazione o il rifiuto. C'è sempre un'interpretazione della malattia, un significato “soggettivo”, che risulta dal modo in cui l'essere umano si pone di fronte ad essa.

Proprio in quanto esperienza biografica, la malattia insegna, rivela alla persona qualcosa circa il suo essere: gli manifesta, in un certo senso, degli aspetti che altrimenti passerebbero sotto silenzio, come la consistenza del suo essere corporeo perché, a differenza della salute, essa proclama la presenza del corpo.

La malattia ricorda all'uomo la sua natura di essere limitato; gli rende palese la sua vulnerabilità, la sua “dolorabilità” e la necessità dell'aiuto degli altri. L'essere malato si configura essenzialmente come uno stato di bisogno che si esprime in una richiesta di aiuto.

Ma proprio per il suo carattere soggettivo il concetto di malattia è cambiato a seconda del variare della società, dei suoi bisogni, delle sue caratteristiche.

L'era globalizzata si caratterizza per una attenzione verso il corpo e la sua cura premurosa e ossessiva. Ciò carica il valore della malattia stessa che ha nella sua corporalità un aspetto primario.

Il peso psicologico della malattia aumenta, perché la si vede sotto l'aspetto dell'inabilità e della perdita; ne risulta aggravato anche il peso morale, in quanto essa appare esclusivamente come un limite alla propria libertà di volere e di potere, un evento sgradevole.

Essa diventa sempre più legata alla sfera del virtuale: da una parte è vissuta attraverso i media e all'altra è vissuta come probabile, come malattia possibile (vedi test genetici predittivi) che ci fa pensare prima di essere.

M. T. Russo scrive che mentre la malattia virtuale è pubblicizzata dai media, la malattia autentica, quella vera, resta un fatto privato, che non trova accoglienza nella rete dei rapporti professionali, impostati sulla logica della competitività e dell'efficienza.

Accade così che nei rapporti professionali la malattia non ha spazio per essere ospitata e comunicata, mentre in quelli familiari non ha spazio per essere elaborata.

Di fronte alle epidemie del passato, abbiamo le malattie tipiche della modernità e del postmoderno, sempre più addebitate alle abitudini e agli stili di vita: il cancro al fumo, le malattie cardiovascolari allo stress sul lavoro o alla vita sedentaria, l'Aids ai costumi sessuali, ecc. O anche le cosiddette malattie "relazionali", ancora più caratteristiche della postmodernità, che non rientrano nel modello biomedico: malattie psicosomatiche, disturbi somatici dovuti a stress, a condizioni di dipendenza, di relazionalità debole o di alienazione.

Ma va sottolineato, che in ambito della gestione della salute, la logica non è ferrea: pur praticando uno sport, non fumando e cercando di osservare delle sane abitudini alimentari, siamo irrimediabilmente vulnerabili; il sillogismo fallisce nella sua applicazione e le certezze scricchiolano. La domanda che allora nasce spontanea è: come è stato possibile?

Si omette di riflettere sulla vulnerabilità che sempre limita l'essere umano e sull'incapacità di dominare totalmente il corso naturale delle cose. Si tralascia la questione antropologica.

Oltre che per il suo carattere individuale la malattia si connota anche di un aspetto sociale nel momento in cui si considerano l'invecchiamento della popolazione e la conseguente cronicizzazione delle patologie.

Oggi giorno le società occidentali sono caratterizzate da un costante aumento della vita media con un abbassamento della natalità.

In generale, la longevità fisica di un essere umano è un insieme sinergico di svariati fattori. Nello specifico, si ritiene che il patrimonio genetico di ciascuno di noi stabilisca la massima età raggiungibile la quale, appunto, può venir abbassata da fattori ambientali e comportamentali, diversi nei vari Paesi del mondo e nel corso della storia.

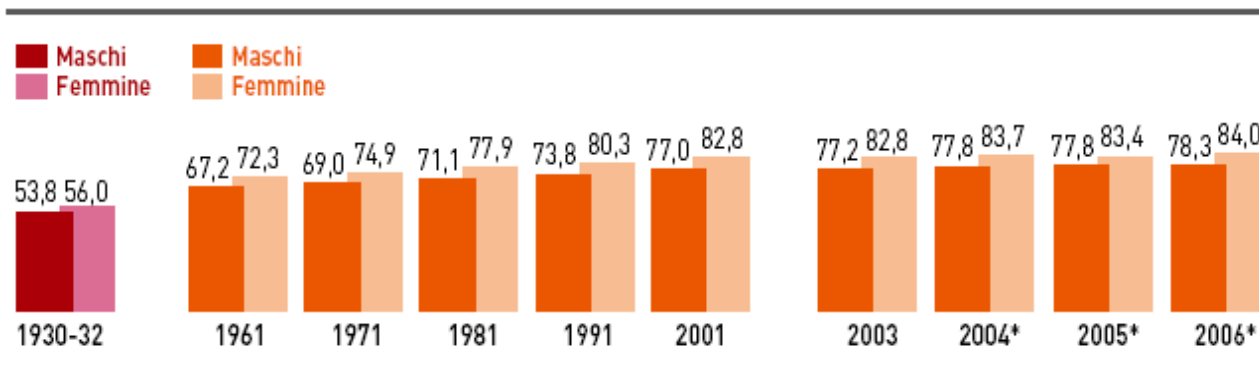
In generale, l'OMS definisce le seguenti "tappe della vita": infanzia, fino a 15 anni; giovane età, da 16 a 30 anni; età matura, da 31 a 45 anni; età media, da 46 a 60 anni; terza età, da 61 a 75 anni; quarta età, da 76 a 90 anni.

Attualmente, la speranza di vita alla nascita nel nostro paese (tab. 1) è di oltre 75 anni (maschi: 78,3; femmine: 84,0) ma, in passato non era così. Da quanto possiamo dedurre dai resti preistorici, gli uomini primitivi non superavano i 50 anni. Invece, oggi, le moderne condizioni di vita e il supporto della medicina consentono a chi ne ha accesso di avvicinarsi al traguardo genetico della vita.

L'Italia è notoriamente tra i paesi più vecchi del mondo, non solo per l'alta percentuale di anziani (il dato è influenzato dalla bassa natalità), ma anche per la obiettiva longevità della nostra popolazione, che ha comportato il sorpasso degli anziani sui giovani nell'anno 2000 (tab. 2) e che comporterà per l'Istat anche il sorpasso dei pensionati sugli occupati nel 2020 (tab. 3).

Sempre in quel decennio, inoltre, gli over 65 saranno circa 690 milioni, l'82% della popolazione mondiale.

Tabella 1 - Speranza di vita alla nascita per sesso. Anni 1930-2006



* stima

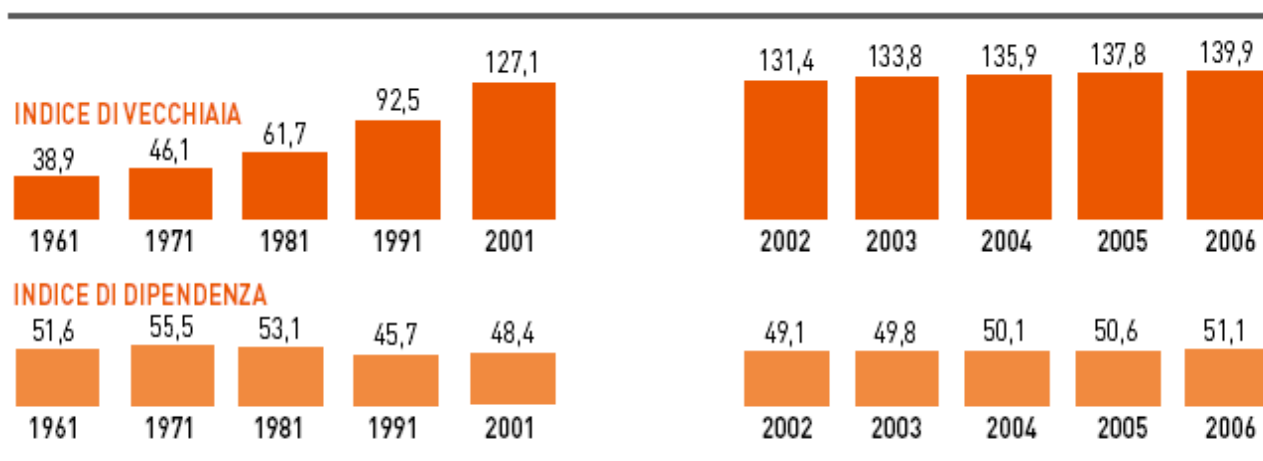
Fonte: Istat

Tabella 2 - Popolazione residente in Italia per classe di età – Anni 1961, 1971, 1981, 1991, 2001
(composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ	Anni				
	1961	1971	1981	1991	2001
0-14	24,6	24,4	21,4	15,9	14,5
15-64	65,9	64,3	65,3	68,8	67,8
65 e più	9,5	11,3	13,3	15,3	17,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat

Tabella 3 - Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione fino a 14 anni di età, in %
- Indice di dipendenza: rapporto tra la popolazione in età non attiva (fino a 14 anni e di 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (tra 15 e 64 anni), in %



Fonte: Istat

1.4 SPORT E SALUTE: UN FORTE LEGAME

Nel corso del tempo lo sport ha ricoperto - talvolta simultaneamente, talvolta separatamente - tutta una serie di funzioni d'importanza cruciale per gli individui (e per le loro aggregazioni) che si possono riassumere come segue (Pollarini):

- ✓ *una funzione ludica, di gioco e passatempo;*
- ✓ *una funzione terapeutica, propedeutica ad uno sviluppo fisico armonico o ad un'azione di "remise en forme";*
- ✓ *una funzione agonistica, di "spazio sociale" in cui gli individui e le collettività trovano la possibilità di mettersi a confronto e dare sfogo alla propria competitività;*
- ✓ *la funzione di "arca di gloria", di strumento di affermazione, visibilità, riscatto sociale sia dei singoli individui che delle collettività e delle nazioni;*
- ✓ *una funzione "economica" propria di un settore capace di generare reddito, occupazione, nuovi prodotti e nuovi servizi d'uso collettivo;*
- ✓ *una funzione associativa, di "spazio comunitario" capace di connettere individui anche molto diversi tra loro;*
- ✓ *una funzione spettacolare e intrattenitiva di pubblici più o meno vasti;*
- ✓ *la funzione di mass-media, di vetrina e "spazio comunicativo" attraverso il quale diventa possibile veicolare ogni tipo di messaggio (da quelli politici a quelli commerciali anche non inerenti alla sfera immediatamente sportiva) [ibidem].*

Nell'ultimo decennio l'opportunità che il mondo del fitness ha di integrarsi in modo sinergico con il settore sanitario è più forte che mai, se alla medicina tradizionale si conferisce importanza per la sua terapeuticità, al mondo del fitness e del wellness spetta oggi quello di prevenire le patologie e modificare lo stile di vita.

L'alleanza tra sport e sanità attribuisce agli operatori un livello di credibilità un tempo impensabile e rappresenta non solo l'opportunità per conquistare persone "estrane" al movimento, ma anche l'occasione un servizio più completo ed efficace. Tutto ciò avvalorato anche da numerosissimi dati scientifici: ad esempio, stando al rapporto diffuso dal New England Journal of Medicine, l'esercizio fisico - più di ogni altro fattore di rischio come tabagismo, cardiopatie, ipertensione, diabete e colesterolo - è l'elemento critico maggiormente in grado di prevedere la durata della vita. *"Iniziano ad emergere le prove scientifiche della veridicità della teoria evoluzionistica di Darwin anche in ambito di attività fisica: gli individui più in forma vivono meglio e più a lungo"* ha dichiarato Gary Balady, principale autore dello studio che ha tenuto sotto osservazione (per 10 anni) un campione

composto da 6.200 persone di sesso maschile. Si è scoperto che gli individui più in forma hanno più possibilità di prolungare la durata della propria vita: le persone non in grado di camminare senza sosta per circa 7Km hanno doppie possibilità di morire prematuramente rispetto a chi invece ci riesce. Dalla comparazione dei risultati - pubblicata su *Annals of Internal Medicine* - di 54 studi condotti per misurare gli effetti dell'attività fisica sulla pressione sanguigna, è emerso che l'esercizio svolto con regolarità abbassa la pressione di qualsiasi persona, a prescindere da sesso, età, razza, peso e dai valori precedenti. I benefici effetti dell'esercizio fisico sulla pressione sono superiori rispetto a quelli prodotti dalla dieta povera di sale, dall'assunzione di potassio e dalla riduzione di assunzione di alcolici.

Il *Journal of the American College of Cardiology* ha pubblicato i risultati dello studio condotto dal dott. Romualdo Belardinelli dell'Istituto Lancisi di Ancona. Il campione della sua ricerca, composto da persone che hanno subito un intervento di angioplastica, ha rispettato un programma di allenamento (per 6 mesi), ottenendo confortanti risultati dal punto di vista del recupero fisico, in special modo se comparati con il gruppo di controllo (a riposo nel decorso postoperatorio). Rispetto ad esso, gli individui che si sono allenati con regolarità hanno fatto registrare significativi progressi dal punto di vista della respirazione e dell'efficienza cardiaca, una notevole riduzione dell'incidenza degli attacchi cardiaci e della necessità di sottoporsi ad altri interventi di angioplastica o di realizzazione di bypass.

I ricercatori della University Medical School di Newcastle (G.B.) hanno scoperto che gli uomini più maturi (55-65 anni) che quotidianamente fanno scorrere più velocemente il loro sangue, hanno livelli di testosterone (ormone maschile maggiormente correlato alla vita sessuale) superiori rispetto ai coetanei sedentari. L'esercizio fisico regolare stimola inoltre l'ormone della crescita (GH) che, oltre a favorire lo sviluppo della forza, sviluppa la sensazione di benessere. Il livello di questi ormoni diminuisce progressivamente col passare degli anni, specialmente dopo i 40. Alla diminuzione dei livelli di ormone della crescita corrisponde la diminuzione della massa muscolare, l'indebolimento della struttura ossea e l'incremento della massa grassa.

I ricercatori della Cooper Clinic, tra i quali si distingue il medico Kenneth Cooper che, dal 1968, dopo aver pubblicato il libro *Aerobica fitness style*, viene considerato padre dell'aerobica, sono andati oltre e hanno voluto inserire un altro elemento fondamentale: la cosiddetta fitness cardiorespiratoria (CRF), o meglio la capacità dell'organismo di consumare ossigeno, che a sua volta è un buon indicatore del grado di attività fisica svolta dalla persona. Infatti, quanto maggiore è la CRF tanto minori sono le probabilità di malattia e morte (in relazione alle malattie metaboliche e cardiache). In sostanza, è emerso che a parità di massa corporea (peso diviso il quadrato dell'altezza) le persone che avevano un'elevata fitness cardiorespiratoria presentavano depositi

addominali sottocutanei e viscerali ridotti rispetto alle persone con lo stesso indice di massa corporea ma con bassa CRF.

L'importanza di un'attività fisica regolare e di una alimentazione corretta in chiave sia terapeutica che preventiva degli infortuni muscolo-scheletrici, è oltremodo importante se si pensa che negli Stati Uniti, tra il 1992 e il 1994, essi sono stati responsabili della perdita di 147 milioni di giornate lavorative [fitnesstrend.it].

Una sana attività motoria è in grado di donare all'organismo una maggiore longevità (fino a 4 anni in più): lo ha stabilito uno studio eseguito dal prof. Oscar Franco dell'Erasmus University Medical Centre di Rotterdam, pubblicato sul magazine Archives of Internal Medicine [wayfitness.net].

Inoltre, il Journal of the American Medical Association ha pubblicato i risultati dello studio condotto oltreoceano per stabilire la connessione esistente tra lo svolgimento regolare di attività fisica e il rallentamento del processo di invecchiamento. Gli esperti hanno stabilito che l'esercizio fisico svolto regolarmente e direttamente responsabile della longevità, dimostrando che non siamo alla merce del nostro patrimonio genetico.

L'esercizio fisico [fitnesstrend.it]:

1. Favorisce la perdita di peso e lo smaltimento della massa grassa.
2. Incrementa la forza muscolare.
3. Incrementa la quantità massima di ossigeno aspirato (VO2 max, forse il migliore indicatore della forma fisica).
4. Stimola il desiderio, la prestazione e la soddisfazione sessuali.
5. Migliora la postura.
6. Riduce il rischio di patologie cardiache.
7. Migliora la capacità dell'organismo di attingere energia dalle riserve di grasso corporeo.
8. Può contribuire ad alleviare le emicranie causate dalla tensione (la tipologia più
 1. diffusa).
9. Innalza le possibilità di sopravvivere a un attacco cardiaco.
10. Migliora il funzionamento del sistema immunitario.
11. Contribuisce a preservare la massa magra (tessuti muscolari).
12. Contrasta l'ipertensione (pressione sanguigna alta).
13. Aumenta la densità e la resistenza alla rottura dei legamenti.
14. Migliora la circolazione e il funzionamento delle coronarie.
15. Aumenta la circolazione di colesterolo HDL (definito "buono").
16. Abbassa i livelli di trigliceridi.
17. Contribuisce - a differenza della sola dieta - al mantenimento del peso entro certi valori.

18. Può migliorare la memoria a breve termine delle persone anziane.
19. Riduce il rischio di ammalarsi di diabete tipo II (quello in cui si ha comunque una certa produzione di insulina).
20. Allevia molti disturbi legati alla gravidanza (mal di schiena, stipsi, bruciori di stomaco, ecc.).
21. Abbassa il livello di ansietà.
22. Favorisce il controllo della pressione sanguigna e dell'ipertensione.
23. Migliora la resistenza muscolare.
24. Riduce la vulnerabilità nei confronti dell'aritmia.
25. Irrobustisce la struttura ossea rendendola meno vulnerabile nei confronti delle fratture.
26. Aiuta a smettere di fumare.
27. Stimola la creatività.
28. Abbassa la frequenza cardiaca a riposo.
29. Rallenta il processo degenerativo delle giunture in persone che soffrono di osteoartrite.
30. Favorisce la neutralizzazione del jet-lag, ovvero lo stress da cambiamento di fuso orario.
31. Aiuta l'organismo a resistere alle infezioni delle vie respiratorie.
32. Innalza la soglia anaerobica, migliorando resistenza e potenza e posticipando la formazione di acido lattico.
33. Riduce le spese mediche.
34. Abbrevia i tempi di guarigione.
35. Migliora l'irrorazione cutanea, favorendo lo scambio termico e quindi il controllo della temperatura corporea.
36. Aumenta la capacità polmonare, migliorando l'ossigenazione del sangue.
37. Favorisce il recupero fisico in seguito a trattamento chemioterapico.
38. Risulta un'efficace forma preventiva nei confronti di infortuni.
39. Riduce la viscosità del sangue.
40. Aumenta lo spessore delle cartilagini nelle giunture.
41. Aiuta a gestire lo stress.
42. Facilita e migliora il sonno.
43. Migliora il metabolismo basale.
44. Riduce il rischio di tumore alla colonna vertebrale.
45. Migliora la reazione dei tessuti nei confronti dell'insulina, favorendo il controllo degli zuccheri nel sangue, in special modo per chi soffre di diabete tipo II.
46. Riduce il rischio di tumore alla prostata.

47. Aumenta il volume del plasma sanguigno.
48. Contrasta la stipsi.
49. Riduce il rischio d'infarto.
50. Contrasta la depressione.
51. Favorisce il bilanciamento muscolare.
52. Favorisce l'adattamento ad ambienti freddi.
53. Contrasta l'alcolismo, il tabagismo e l'uso di droghe.
54. Allevia alcuni disturbi mestruali.
55. Abbassa la frequenza cardiaca sotto sforzo.
56. Allevia il mal di schiena.
57. Favorisce la riduzione di insulina necessaria per controllare il livello degli zuccheri nel sangue delle persone che soffrono di diabete tipo I (che impone dipendenza da insulina).
58. Migliora la prontezza mentale.
59. Migliora la resistenza e l'ossigenazione dei muscoli.
60. Riduce l'incidenza e la gravità delle complicanze mediche correlate all'ipertensione.
61. Favorisce il consumo delle calorie in eccesso.
62. Incrementa la riserva cardiaca.
63. Migliora l'aspetto fisico.
64. Riduce il rischio di cancro alla mammella.
65. Aumenta il volume di sangue pompato dal muscolo cardiaco.
66. Migliora l'autostima.
67. Riduce la vulnerabilità nei confronti di trombosi coronaria.
68. Migliora la capacità di rilassamento.
69. Contrasta certi effetti collaterali di alcuni antidepressivi.
70. Migliora la cognizione mentale (solo con effetto a breve termine).
71. Mantiene o migliora la flessibilità delle articolazioni.
72. Consente un maggior consumo di cibo pur mantenendo il bilanciamento calorico.
73. Aiuta a prevenire e ad alleviare gli stress che causano la sindrome del tunnel carpale (perdita di sensibilità della mano).
74. Contrasta l'obesità (l'accumulo lento ma costante di peso che avviene in età avanzata).
75. Rende più efficiente il cuore.
76. Incrementa la produttività lavorativa.
77. Riduce il rischio di soffrire di mal di schiena.
78. Migliora l'equilibrio e la coordinazione.

79. Migliora la tolleranza nei confronti del glucosio.
80. Conferisce energia e vigore alla vita quotidiana, creando una riserva energetica utilizzabile per eventuali emergenze.
81. Diminuisce (del 20-30%) il bisogno di trattamenti antipertensivi per chi soffre di ipertensione.
82. Ritarda la decalcificazione ossea e contrasta l'osteoporosi.
83. Contribuisce a ridurre e prevenire i disturbi legati alla menopausa (ad esempio le vampate di calore, l'insonnia e l'irritabilità).
84. Aiuta a prevenire e ad alleviare l'emicrania.
85. Riduce il rischio di endometriosi (comune causa di infertilità).
86. Riduce il livello di obesità addominale, un significativo fattore di rischio.
87. Aiuta a diminuire l'appetito (solo con effetto a breve termine).
88. Migliora la sopportazione al dolore e l'umore delle persone che soffrono di osteoartrite.
89. Riduce il numero di giorni lavorativi persi per malattia.
90. Migliora la capacità muscolare di assorbire l'ossigeno trasportato dal sangue.
91. Aiuta a mantenere uno stile di vita indipendente.
92. Migliora l'umore generale.
93. Contribuisce a incrementare la consapevolezza sul proprio stato di salute generale.
94. Riduce il rischio di emorragia gastrointestinale.
95. Migliora la qualità generale della vita.
96. Migliora la capacità decisionale.
97. Migliora le prestazioni atletiche.
98. Migliora la tolleranza nei confronti del caldo.
99. Contribuisce a ridurre l'ipertrofia ventricolare sinistra (un ispessimento delle pareti del ventricolo sinistro) delle persone che soffrono di ipertensione.

1.5 CASI STUDIO : FITNESS

Due i casi studio presi in considerazione per il mondo del fitness, il primo appartiene al circuito Virgin Active, il secondo al circuito 20Hours & Best Price.

Il motivo della scelta di questi e non altri “brands” del mondo del fitness va ricercata nel fatto che Virgin e 20Hours hanno monopolizzato il mercato milanese del fitness negli ultimi 5/7 anni con strategie di marketing totalmente opposte. Tale approccio ha di fatto modificato la mentalità dello svolgere attività fisica nelle palestre andando a conquistare tutte le esigenze di un mercato esigente e più che mai eterogeneo; la prima offrendo dei veri e propri villaggi fitness, grandi volumi, spaziosi, luminosi, con tantissime attività e corsi, dotati tutti delle più avanzate tecnologie, ristorante, SPA, centro estetico e solarium; la seconda puntando sul low cost e sull’home fitness, piccole metrature inserite in stabili residenziali che invogliano le persone del quartiere ad uscire di casa solo con indosso la tuta e la voglia di fare attività.

Di fatto entrambe hanno risposto ad una domanda di mercato, che fosse quella più articolata di una clientela più esigente e disposta a spendere di più o quella più “comoda” di una clientela desiderosa di una palestra poco costosa e sotto casa.

1.5.1 IL CASO *VIRGIN ACTIVE*

Sbarcata in Italia nel 2004, le palestre del circuito Virgin Active hanno abbattuto il concetto di palestra con il format innovativo del “villaggio fitness”.

Duecento milioni di fatturato, 100 di investimento, 50 club in portafoglio e 25 sul territorio italiano, sono parte dei numeri che hanno mosso la multinazionale di Mr Branson con due obiettivi: consolidare i centri già presenti e conquistare città come Napoli, Catania, Palermo e Bari; segno che nel nostro paese la cura del corpo gode “di buona salute”.

L’Italia, quanto a ricavi, è il quarto paese in Europa dopo Inghilterra, Spagna e Germania e il primo per numero di palestre con 8.500 clubs e 5.5 milioni di iscritti. Il giro d’affari del mercato del fitness ha raggiunto i 3 miliardi di euro, 800 milioni in più rispetto al 2010 a cui si aggiunge l’indotto indiretto (abbigliamento, accessori, alimentazione sportiva) di 2.5 miliardi di euro; ma la cosa diventa ancora più interessante se si considera tutto il mondo del benessere, incluso quello del wellness (SPA, centri di bellezza, centri massaggio) che vale complessivamente 10 miliardi di euro. Il fenomeno Virgin ha portato innovazione in un prodotto ormai maturo, ha stravolto le regole del gioco, ha proposto un’offerta che va al di là della pura e semplice salute fisica.

Strutture con 200 macchinari per l’allenamento, sale per i corsi fitness - oltre a sala spinning, studio Pilates e studio kinesis - piscine da 25 metri per il nuoto e i corsi in acqua, aree relax con sauna,

bagno turco e idromassaggio, personal trainer, centro benessere, bar, ristorante e parcheggio gratuito.

Alcuni club si rivolgono alla famiglia e sono dotati di un'area bambini dove i soci possono affidare a personale competente i propri figli per tutta la durata del loro allenamento. Altri club - in particolare quelli situati nel centro delle città e definiti appunto Urban Club - sono pensati, invece, per le esigenze delle persone che lavorano in ufficio.

Una cura particolare è stata dedicata ai pacchetti per i più piccoli, non solo con corsi di nuoto e ginnastica sotto la guida di istruttori specializzati, ma abbinati, soprattutto l'estate, ad altre iniziative collaterali, come corsi di lingua che permettono di lasciare i bambini sotto tutela per l'intera mattina o pomeriggio. Per gli adolescenti ogni centro è attrezzato con salette PlayStation e per i genitori ci sono ristoranti che attraggono clienti anche esterni alla palestra.

Tutte le strutture hanno una superficie superiore a 4500 mq, ambienti luminosi e ampi, parcheggi pertinenziali e una serie di servizi al loro interno che coinvolgono a 360° i loro clienti (parrucchiere, centro estetico, solarium).

Tra i primi a nascere sul territorio milanese è il centro di Corsico (Milano).

CLUB VIRGIN ACTIVE - CORSICO

Settemila metri quadrati disposti su tre livelli, dedicati allo sport, al benessere e al divertimento, organizzati come una "scatola nella scatola" all'interno di un ex edificio industriale progettato negli anni Novanta. Si ritrovano gli elementi caratteristici della filosofia che accomuna tutti i centri fitness Virgin Active, semplificata dalla formula delle quattro F: Fun, Family, Friends, Feeling good, che qualificano l'area fitness come la SPA.

La costruzione si caratterizza per la pulizia delle forme che la fanno assomigliare ad una fortezza (caratterizzata da poche e grandi aperture verso l'esterno e dalla trasparenza della corte verde, intorno alla quale ruotano gli edifici direzionali), per la fluidità degli ambienti, ottenuta attraverso la continuità visiva e la presenza di rampe per superare i livelli.

In prossimità della reception, organizzati intorno alla corte verde, sono localizzati la Day SPA, destinata a trattamenti estetici specifici, la caffetteria con area lounge, internet point e lo spazio per attività ginniche riservato ai bambini dai 3 ai 16 anni: una palestra che comprende varie attività (corsi di psicomotricità, baby aerobica e danza) anche ricreative destinate ad educare allo sport e a divertire i piccoli ospiti, ma anche ad intrattenere i bambini sotto i tre anni di età, mentre i genitori sono impegnati nelle attività sportive del centro. Queste ultime sono gestite come un insieme unitario e comprendono una serie di palestre attrezzate al piano terra e riservate allo svolgimento

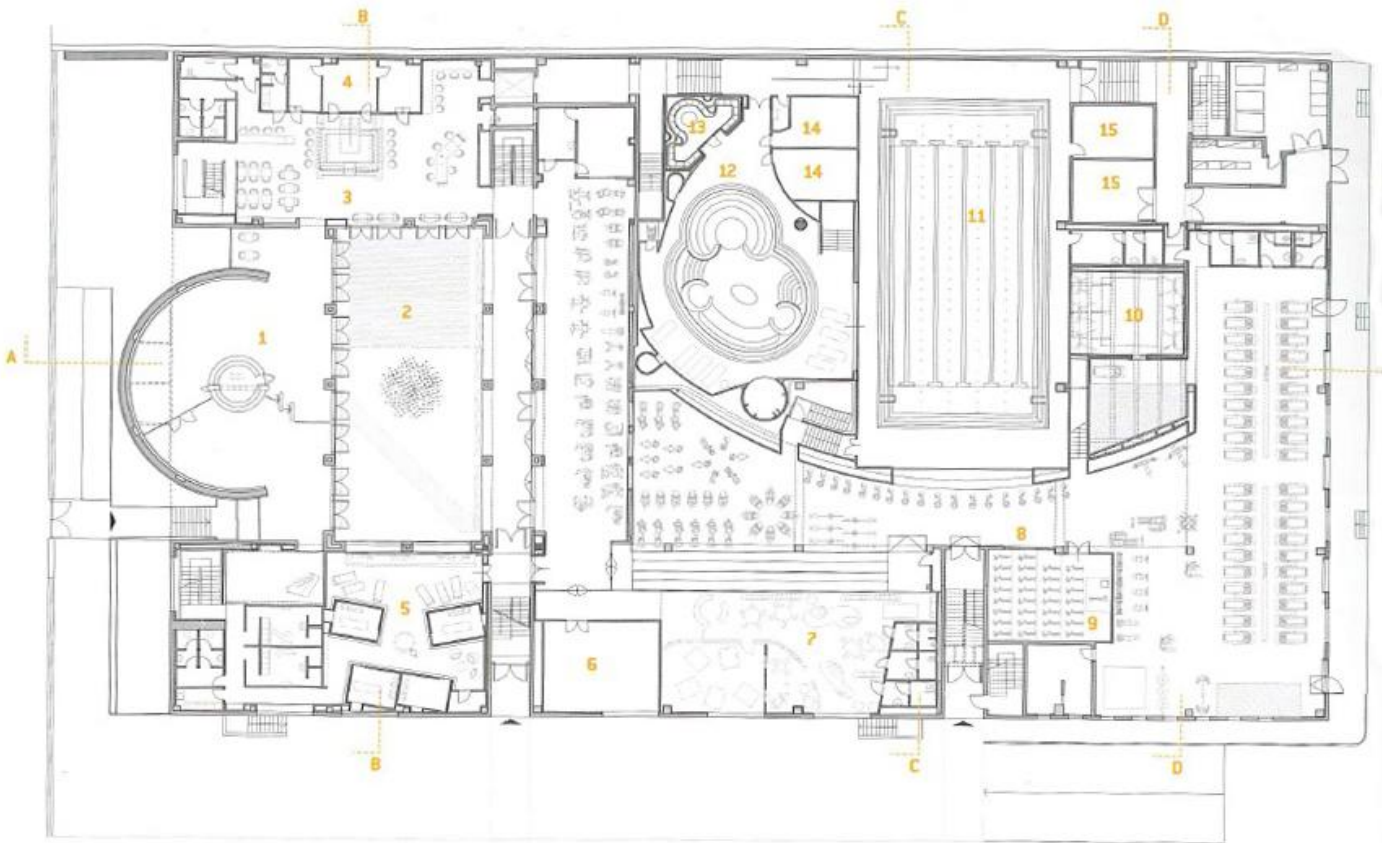
dei corsi fitness, all'allenamento con l'uso di attrezzi, una piscina di 22x10 mt per il nuoto e le attività in acqua e un'area per il relax e il benessere.

Gli utenti hanno a disposizione due spogliatoi divisi per sesso e localizzati al piano interrato (raggiungibile da una scala e da un ascensore collocati in prossimità della caffetteria e dalla rampa già esistente), ciascuno dotato di un locale dedicato ai più piccoli, denominato "Family".

La caratterizzazione formale degli ambienti segue due logiche differenziate per gli spazi fitness e per quello della SPA. Nel primo caso, sfruttando anche le caratteristiche intrinseche dell'edificio esistente, prevalgono la fluidità degli ambienti e la continuità visiva, che permette la vocazione all'incontro e alla socializzazione, temi cari alla filosofia Virgin. Il soffitto industriale viene lasciato a vista per sfruttare al meglio la luce zenitale proveniente dai lucernari, ma anche per valorizzare, senza cancellare, l'immagine dell'edificio esistente.

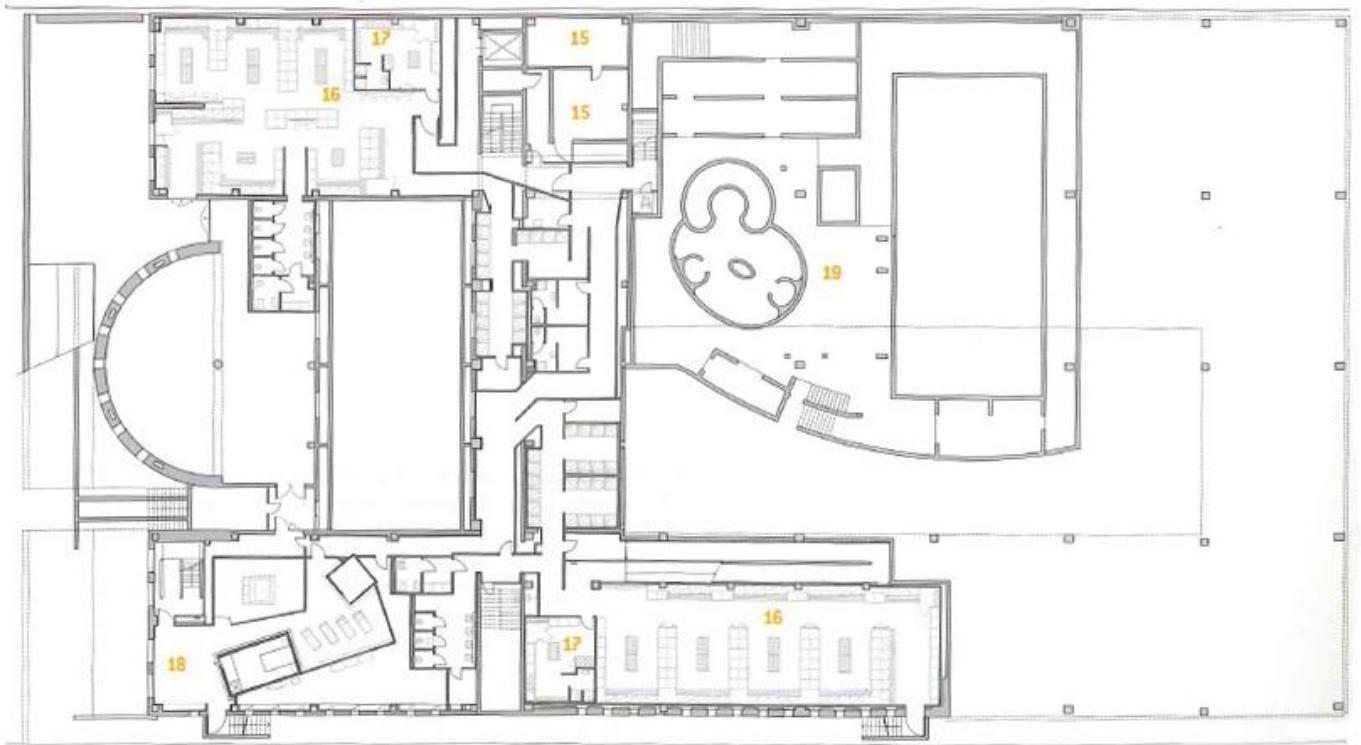
L'impiantistica è lasciata a vista come nell'edificio produttivo originario, ma sostituito ex novo in rapporto alla complessità richiesta per il trattamento aria e deumidificazione degli ambienti, necessaria mantenere le condizioni di comfort termico igrometrico imposte dalla nuova funzione.

Negli spazi benessere SPA e Day SPA lo scenario di riferimento cambia radicalmente. La progettazione si pone l'obiettivo di creare ambienti adatti a decantare le tensioni degli ospiti. Gli ambienti sono prismi indipendenti liberamente disposti nello spazio a negare uno sviluppo sequenziale di stanze a favore di uno spazio fluido che ben si adatta alle differenti location. In ogni ambiente sono realizzate cinque aree relax ispirate ad altrettanti elementi archetipici della natura: fuoco, acqua, metallo, legno e aria sono scelti come elementi di riferimento e sono restituiti attraverso l'uso sapiente dei materiali e della luce per ottenere cinque spazi simili, ma non uguali.

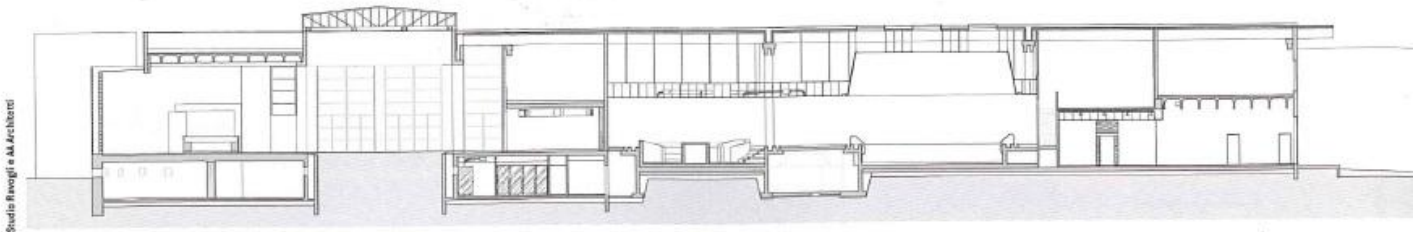


Pianta piano terra. Scala 1:500
Ground floor plan. Scale 1:500

- 1. Reception**
- 2. Corte verde**
- 3. Caffetteria – Internet point**
- 4. Cucina**
- 5. Zona estetica Day SPA**
- 6. Palestra bambini**
- 7. Area bambini**
- 8. Area gym**
- 9. Spinning**
- 10. Kinesis**
- 11. Piscina natatoria**
- 12. SPA**
- 13. Bagno turco**
- 14. Sauna**
- 15. Locale tecnico**
- 16. Spogliatoio**
- 17. Spogliatoio family**
- 18. Area estetica**
- 19. Locale impianti vasche**

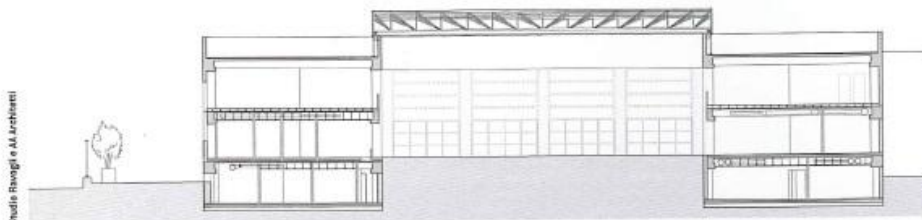


Pianta piano interrato. Scala 1:500
Lower ground floor plan. Scale 1:500



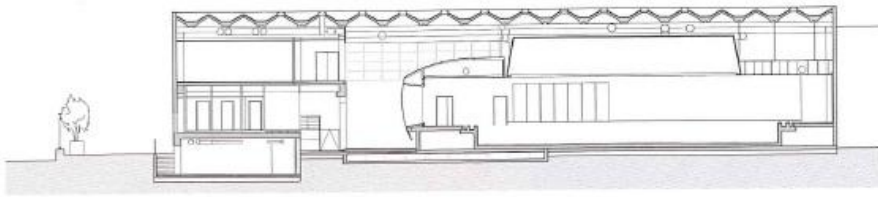
Studio Ravogli e A.A. Architetto

Sezione longitudinale AA. Scala 1:500
AA long section. Scale 1:500

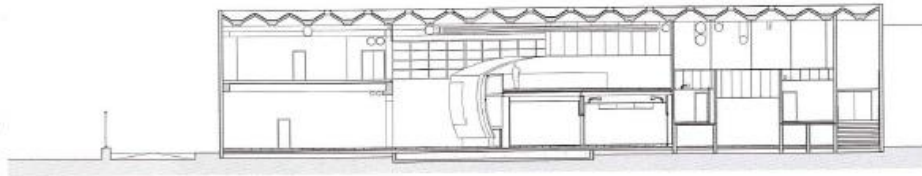


Studio Ravogli e A.A. Architetto

Sezione trasversale BB sulla corte. Scala 1:500
BB cross section across the courtyard. Scale 1:500



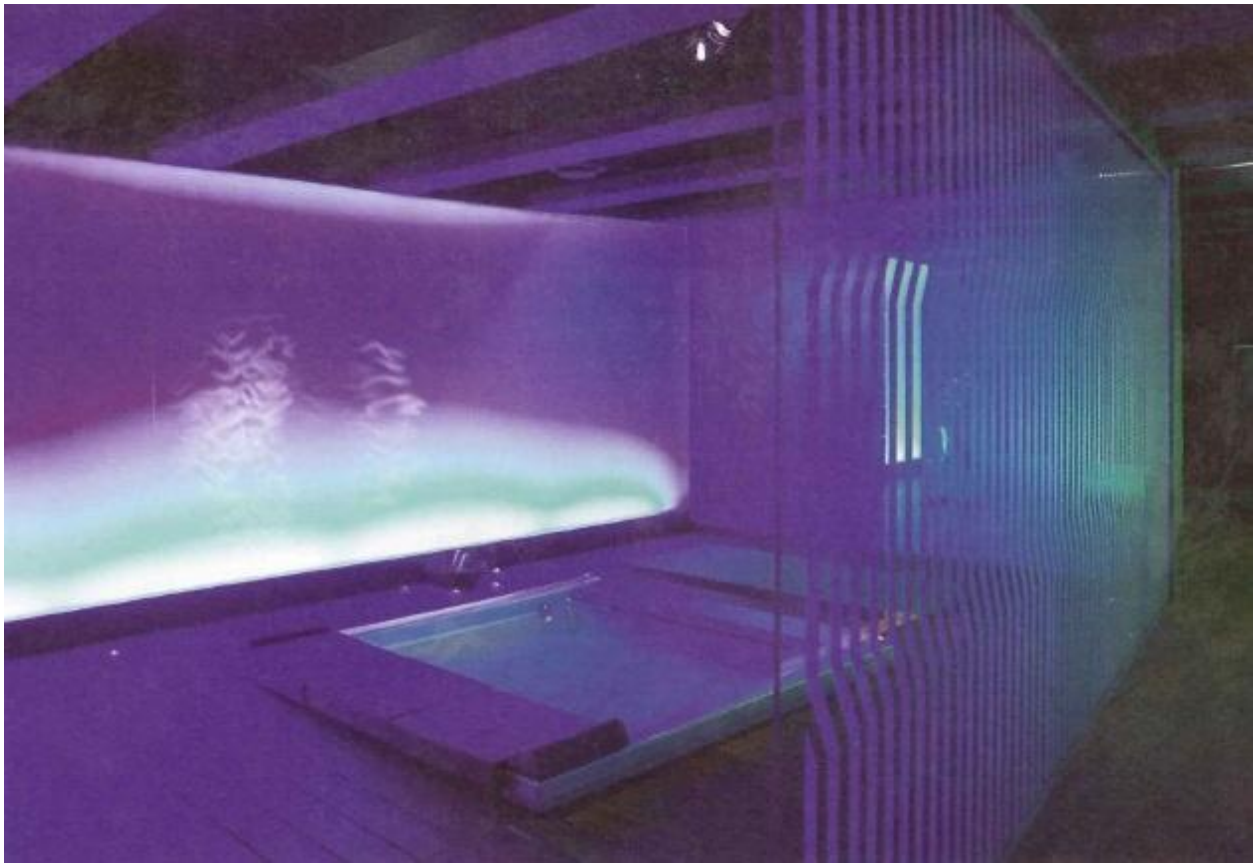
Sezione trasversale CC sulla piscina. Scala 1:500
 CC cross section across the swimming pool. Scale 1:500



Sezione trasversale DD sullo spazio fitness. Scala 1:500
 DD cross section across the fitness area. Scale 1:500



Ingresso



Lo spazio benessere dell'area estetica



Bar



L'area relax all'interno dello spazio benessere



Ingresso SPA



Piscina



Particolari d'interni



Sala attrezzi

1.5.2 IL CASO 20HOURS & BESTPRICE

40 centri in tutta Italia, 22 nella sola Milano, basano la loro strategia di mercato su tre punti fondamentali:

- applicare il low-cost al fitness
- introdurre il concetto di home fitness
- ottimizzare i tempi di allenamento

Aperti 20 ore su 24 per consentire di allenarsi dalle 6 del mattino fino alle 2 di notte i centri propongono iscrizioni a basso costo, mantenendo comunque degli standard di qualità buoni, in genere con uno staff minimo e attrezzature di buon livello.

Le palestre di questo brand sorgono in stabili residenziali o in strutture indipendenti all'interno di un tessuto urbano densamente popolato.

L'idea è quella di creare piccoli centri fitness di quartiere, che raggiungano capillarmente tutti gli utenti attraverso la creazione di palestre vicine a casa e che si possano frequentare anche nei ritagli di tempo. Le attività e le possibilità non sono di certo quelle dei villaggi fitness, non hanno al loro interno ristoranti, bar, centri benessere, SPA, piscine o altro, ma sono sicuramente attente a proporre corsi in linea con le mode del momento.

In alcune strutture non sono nemmeno presenti docce o spogliatoi, proprio per limitare i costi e rimanere in linea con l'idea di palestre "take away". Vengono stilati programmi e corsi anche di soli 20 minuti, da qui il nome iniziale 20Hours & 20Minutes, per permettere in qualsiasi momento della giornata l'utilizzo della struttura e ottimizzare il tempo di allenamento con gli impegni di casa e lavoro.

Puntando sulla comodità, sul basso costo e sull'utilizzo di una palestra "take away" creano le prerogative per offrire un prodotto senza grandi pretese, adatto al suo scopo, duttile, fruibile che risponda alle necessità di una clientela per nulla legata alle attività collaterali del fitness.

Gli spazi sono ovviamente ridotti, le metrature vanno fino ad un massimo di 1500mq, generalmente suddivisi in tre macro aree (area attrezzi, area cardio, area corpo libero) oltre che servizi igienici e un luogo, talvolta comune, che funge da spogliatoio/guardaroba.

Gli ingressi e gli spazi di accoglienza sono ridotti al minimo, un desk dietro al quale il personale commerciale propone e vende abbonamenti o pacchetti di attività, una piccola area archivio e gestionale della struttura; l'area ristoro non è paragonabile all'esempio precedente, si riduce infatti ad un angolo o piccolo spazio in cui sono presenti dispenser per acqua, bibite e caffè.

L'ambiente è meno sofisticato, ricercato e l'attenzione al dettaglio decisamente minore, non si trovano giochi di luce, percorsi d'acqua, piante o verde per interni in linea con l'idea di relax ed

evasione dallo stress; si punta su ambienti puliti e luminosi che garantiscano un'attività il più possibile comoda e sana.



Ingresso della palestra di Porta Vittoria



Ingresso della palestra di via Misurata



Area accoglienza/desk



Sala attrezzi



Sala cardiotonica



Area ristoro

CAPITOLO 2

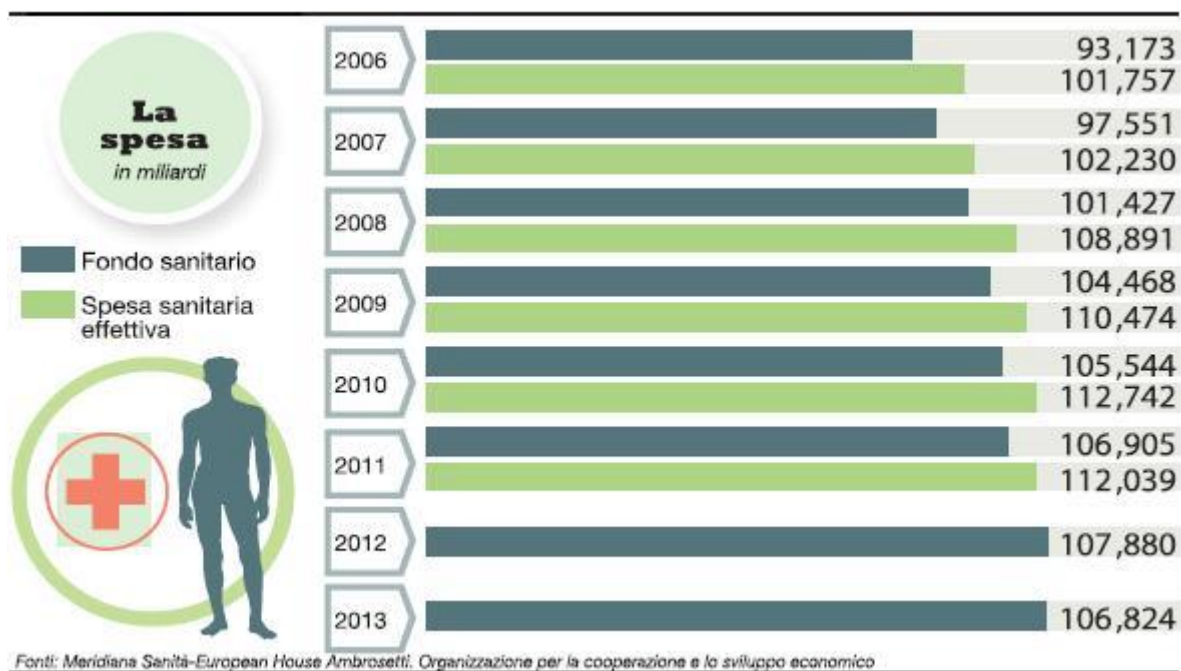
2.1 LA SANITA' E IL WELFARE

Alla luce delle trasformazioni sociali attuatesi in questi ultimi decenni si vuole, in questo secondo capitolo, fare una breve analisi sugli esiti che le politiche sul sistema sanitario e sul welfare hanno avuto in relazione alla domanda di cura.

La proposta di creare un *centro poli-funzione* in cui l'ambito medico-riabilitativo e di cura sono un aspetto di primaria importanza trova la sua spiegazione anche in risposta ad un sistema sanitario e del welfare talvolta carente, dagli alti costi gestionali, in cui molte strategie e sforzi convergono ai fini di un'ottimizzazione delle risorse ed un abbattimento della spesa.

Questi anni verranno sicuramente ricordati da tutti per la situazione di crisi del nostro paese (ma anche di altri) e i conseguenti interventi governativi per la riduzione della spesa pubblica.

Tagli, riduzioni dei trasferimenti alle Regioni, la cosiddetta spending review, la riorganizzazione della rete ospedaliera, sono tutti provvedimenti che andranno ad incidere sull'offerta di quantità e qualità dei servizi ai cittadini.



Da tempo ormai le Regioni vedono il fondo nazionale crescere meno della spesa, che ogni anno cresce di circa il 3%. Così si crea uno sbilancio, che deve essere coperto dalle regioni in deficit con interventi straordinari. Secondo lo studio Meridiano sanità di "The european house Ambrosetti" la sanità pubblica tra il 2010 e il 2014 ha subito tagli per 26 miliardi, che salirebbero a 30 se si considera anche il 2015. Sono sei le manovre che hanno colpito la sanità negli ultimi cinque anni:

– 0,6 miliardi nel 2010, – 1,7 nel 2011, – 2,9 nel 2012, – 6 nel 2013, – 8,5 nel 2014; le altre due manovre sono del governo Monti, una è la cosiddetta “spending review”, l’altra la recente legge di stabilità. Insieme hanno tagliato 0,9 miliardi nel 2012, 2,4 nel 2013, 3 nel 2014.

Occorre partire dalla Tremonti e precisamente dalle norme contenute nell’art. 17 DL98/2011 successivamente convertito nella L.111/2011, che prevedono tagli da operare in un biennio a partire dal 2013 per complessivi 7,950 miliardi di euro. Altro intervento pesante riguarda direttamente i cittadini utenti, penalizzati anche sul versante economico, oltre che su quello dell’inevitabile taglio delle prestazioni, con una previsione di nuovi ticket per un ammontare di 2,180 miliardi.

A ciò vanno aggiunti gli effetti della Spending Review sanitaria: con il DL 95/2012 e la sua legge di conversione n° 135 del 7 agosto 2012 si stabiliscono misure così sintetizzabili: risparmi sulla Farmaceutica per 3,115 miliardi, tagli alla voce Beni e Servizi per un ammontare di 2,331 miliardi, interventi diretti nei confronti degli erogatori privati con riduzione sui corrispettivi e relativi volumi delle prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera accreditate (tab. 1)

Voci di spesa	Anno 2012	Anno 2013		Anno 2014		Totali triennio	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12
<i>Ospedaliera accreditata</i>	45,00		90,00		180,00		315,00
<i>Specialistica accreditata</i>	25,00		50,00		100,00		175,00
	70,00		140,00		280,00		490,00
<i>Personale dipendente e convenzionato</i>				163,50		163,50	
<i>Farmaceutica</i>	325,00	1.000,00	747,00	1.090,00	747,00	2.090,00	1.819,00
<i>Beni e servizi - Appalti e forniture, prezzi di riferimento</i>	505,00	750,00	463,00	1.199,00	393,00	1.949,00	1.361,00
<i>Beni e servizi - Standard posti letto</i>			20,00		50,00		70,00
<i>Beni e servizi - Dispositivi medici</i>		750,00	400,00	817,50	500,00	1.567,50	900,00
<i>Erogatori privati - Prestazioni a funzione</i>			30,00		30,00		60,00
<i>Nuovi ticket</i>				2.180,00		2.180,00	
Totale L.111/11 e L. 135/12	900,00	2.500,00	1.800,00	5.450,00	2.000,00	7.950,00	4.700,00

Triennio 2012-2014 (L. 111/11 e L. 135/12) --> 12.650,00

Tav. 1 - Effetto combinato della L.111/11 (Tremonti) e della L. 135/12 (Spending review) sulle voci di spesa sanitaria
Entità dei tagli previsti nel triennio 2012-2014 - (in milioni di €)

L’esigenza di fare cassa di fronte ad una crisi finanziaria internazionale, ha spinto quindi a deprimere anche settori dalla riconosciuta vitalità economica come quello sanitario, fino a ieri considerato un potenziale volano di sviluppo per l’importante indotto che alimenta, per affinità e

interconnessioni con il mondo della ricerca e per la necessità di ripensare e proporre servizi alla persona più rispondenti ai cambiamenti della domanda e della composizione stessa della popolazione.

“Mettendo in relazione i dati di spesa con i volumi di prestazioni registrate dal ministero, abbiamo così stimato le possibili conseguenze sugli utenti in termini di taglio di prestazioni ospedaliere con notevoli e forte disomogeneità fra regione e regione” (Ripamonti).

Il primo effetto delle manovre è quello di obbligare le Regioni a rivedere i servizi sanitari. Negli ultimi anni a Roma si è proceduto sempre nello stesso modo, cioè tagliando il fondo sanitario nazionale e indicando alle amministrazioni locali su cosa intervenire per recuperare i soldi: riduzione dei posti letto e dei piccoli ospedali, taglio dei prezzi corrisposti ai fornitori e ai privati convenzionati, ticket su determinate prestazioni. Stabilire dove devono agire le Regioni finisce per penalizzare quelle che funzionano meglio e magari hanno già fatto alcuni interventi. Chi ad esempio ha già tagliato i posti letto non riuscirà a recuperare soldi da quella operazione. Il tutto in un sistema che parte, secondo alcune Regioni, già come sotto finanziato rispetto a quello di altri paesi. La spesa sanitaria pro capite in Italia (2.282 euro nel 2010) è più bassa rispetto a quella di Francia (3.058) o la Germania (3.337).

Ci si dovrà quindi aspettare un forte disagio per un crollo considerevole dei volumi ed un parallelo decadimento della qualità dei servizi sanitari.

Lo stesso Ripamonti (direttore generale AIOP – associazione italiana ospedalità privata) riferisce “ma se la Spending Review deve essere anche razionalizzazione dell’impiego delle risorse, ricerca ed eliminazione delle sacche di inefficienza, ne vanno ripensati e corretti anche alcuni eccessi, forse cominciando con il riportare le sorti di settori delicati e importanti, come quello della salute, dal tavolo dei “tagli” a quello della concertazione tra i ministeri competenti e gli organismi rappresentativi degli operatori, offrendo disposizioni per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute, rilanciando il ruolo di un settore che va esattamente nella direzione opposta rispetto a quanto immaginato nell’operazione di impoverimento della Spending Review”.

Monti ha parlato di un sistema che avrà difficoltà a resistere. I ricercatori di Ambrosetti, nella pubblicazione “Meridiano sanità”, si sono spinti oltre. Hanno infatti ipotizzato che entro il 2050, cioè in meno di 40 anni, la spesa sanitaria italiana sarà più che raddoppiata, e salirà a 260 miliardi di euro. Le cause principali sono legate all’aumento della popolazione anziana e quindi alla maggiore diffusione di malattie croniche. Passerà così dall’essere circa il 7% del Pil al 10%. Senza correre troppo verso il futuro, già oggi il sistema ha difficoltà a restare in equilibrio.

I provvedimenti della regione Lombardia sono seguiti a quelli nazionali, la Giunta regionale nel 2011 con delibera 2057 del 28/07/2011 ha ridotto i finanziamenti alle strutture private attraverso la riduzione dei budget sottoscritti con le ASL a Marzo 2011 con decorrenza retroattiva dal 1 gennaio 2011 nella misura dell'1% sull'attività di ricovero e del 4% sull'attività specialistica ambulatoriale; inoltre le attività extrabudget non potranno superare quanto complessivamente già finanziato per l'esercizio 2010.

Se la sanità è stata investita da grandi manovre di taglio anche il welfare in questi ultimi anni ha subito forti trasformazioni.

Il ripensamento del *welfare* lombardo è stato originariamente formulato per la riforma sanitaria, introdotta con la legge regionale 31 del 1997 ("Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali").

Si è trattato di una riforma dai contenuti originali per il nostro paese, che ha l'ambizione di diventare un modello seguito da altre Regioni. La normativa prevede la separazione tra enti finanziatori ed erogatori: i presidi ospedalieri vengono scorporati dalle Asl, andando a creare le Aziende Ospedaliere. Le Asl agiscono come pagatori e le Aziende Ospedaliere come fornitori di prestazioni. Viene introdotta la competizione tra i diversi erogatori accreditati. Possono accreditarsi tutti gli erogatori che soddisfano i requisiti richiesti; tra loro esiste piena parità e non vi è alcuna differenza tra pubblici e privati.

La competizione è funzionale alla libertà di scelta del cittadino, che si rivolge all'erogatore preferito. La libertà di scelta è il perno intorno a cui ruota il nuovo sistema.

Valorizzare le libertà dei cittadini è il fine ultimo dell'intera strategia formigoniana di governo, non solo nel *welfare*. Come dichiarato dalla Giunta all'inizio del decennio esaminato, infatti, la sua azione si fonda su "una rivoluzione copernicana frutto di una precisa cultura, che mette al centro del sistema non più l'amministrazione pubblica, ma il cittadino e la sua libertà intesa come possibilità di scegliere, come capacità di aggregazione, come creatività nel costruire la risposta ai propri bisogni e come espressione della propria identità" (Regione Lombardia – Giunta regionale – 2000).

La libertà di scelta plasma, pertanto, tutti gli obiettivi delle politiche sociali: "la sussidiarietà del governo lombardo ha voluto significare la scelta di introdurre, il più largamente possibile, la libertà di scelta dell'utente e delle famiglie in tutti i settori, come criterio guida di tutto il sistema dei servizi" (Formigoni, 2005).

Viene così ridefinito il ruolo del cittadino, nelle sue diverse vesti di utente e di produttore di *welfare*. Per il cittadino come utente, l'obiettivo è l'introduzione della libertà di scelta tra erogatori, con la possibilità di decidere il soggetto gestore da cui ricevere il servizio. Anziché rivolgersi unicamente a quello indicato dall'ente pubblico (che si tratti del pubblico stesso o di un fornitore

convenzionato) l'utente può scegliere uno tra i diversi erogatori accreditati che competono nel "quasi-mercato".

Con l'introduzione del "quasi-mercato" la Regione ha inteso modificare il sistema di erogazione dei servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico. Esso prevede la presenza di diversi erogatori - accreditati dall'ente pubblico - che competono tra loro per attrarre l'utente, libero di scegliere quello che preferisce. Gli erogatori possono essere pubblici, privati *non-profit* e privati *for profit*, ma l'obiettivo dichiarato dalla Regione consiste nell'arrivare progressivamente ad avere esclusivamente soggetti privati, con priorità del non profit. Si ritiene, infatti, che quest'ultimo rappresenti il soggetto meglio attrezzato per sviluppare il *welfare* lombardo.

L'introduzione di tale modello è motivata dalla grande fiducia nell'intreccio di libertà di scelta dell'utente e competizione tra gli erogatori accreditati, combinazione ritenuta capace di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti.

Il riferimento all'efficacia è da considerare in senso ampio, come un complesso di aspetti riguardanti la qualità dei servizi. Ci si attendono risultati positivi sia nella dimensione soggettiva dell'efficacia sia in quella oggettiva. La prima concerne i miglioramenti nelle condizioni (fisiche, psicologiche, sociali, ecc.) di utenti e familiari attribuibili alle politiche sociali regionali, mentre la seconda tocca la qualità percepita e la soddisfazione per i servizi ricevuti.

Secondo la logica dei "quasi-mercati" il passaggio a un sistema basato su una competizione i cui esiti sono determinati dalla libertà di scelta fa in modo che s'incrementi l'attenzione, giudicata insufficiente, di chi fornisce servizi nei confronti di chi li riceve, e che questo cambiamento condizioni in positivo la qualità degli interventi.

Il riferimento all'efficienza riguarda l'impiego delle risorse - economiche e umane - disponibili. L'efficienza è intesa come la capacità di produrre maggiori output a parità di risorse (oppure gli stessi output con meno risorse) e alla capacità di offrire servizi di maggiore qualità a parità di risorse (oppure di medesima qualità con meno risorse).

Tra i suoi obiettivi la Regione ha pure quello di promuovere lo sviluppo sociale e culturale del Terzo Settore, "il Terzo Settore può e deve essere pensato come il metodo ordinario di risposta al bisogno emergente dalla società. Un metodo ordinario che l'ente pubblico non può mai sostituire, ma sempre sostenere, promuovere, appoggiare" (Regione Lombardia - Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, 2008).

Le parole del Governatore ben chiariscono la direzione prescelta: "Per noi, il Terzo Settore non poteva limitarsi ad avere un ruolo residuale nei confronti del settore pubblico ed essere un semplice esecutore di progetti concepiti altrove. Il Terzo Settore, per noi, è molto di più: è l'ambito originario

entro cui la spinta al bene comune della gente lombarda si esprime compiutamente. Venendo dopo anni di statalismo e centralismo, si è reso necessario lavorare per vincere le resistenze ed impegnarsi perché il rafforzamento del mondo del non profit diventasse definitivo ed irreversibile [...], vogliamo che diventi un interlocutore paritetico nei confronti del governo regionale. Siamo convinti che solo in questo modo potremo costituire una vera *welfare community*” (Formigoni, 2005).

2.2 IL CASO DELLE RSA

A partire dall'inizio del millennio il welfare della Regione Lombardia è stato investito da un profondo processo di trasformazione ben illustrato nel volume "Politiche sociali di centro destra. La riforma del welfare lombardo" (Gori). Il grosso della produzione legislativa relativa al sistema socio-sanitario risale a questo periodo, compreso tra il 2000 ed il 2005; il quinquennio successivo, si caratterizza come una fase di consolidamento di tale processo di trasformazione, culminato nella l.r.n. 3 del 12.3.2008 sul "Governare della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario" e nella successiva D.g.r. n. 8496 del 26.11.2008 che, in attuazione delle indicazioni contenute in tale legge, contiene "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie".

Il nuovo modello di welfare della Regione Lombardia assegna un rilievo particolare alla "libertà di scelta" dei destinatari dei servizi, la persona e la sua famiglia, che considera sempre meno "utenti" e sempre più "clienti". Riconoscendo ai cittadini, in una situazione in cui erogatori pubblici e privati competono ad armi pari, la possibilità di scegliere liberamente l'unità di offerta che più risponde alle loro esigenze, la Regione affida loro un'importante funzione di regolazione del "quasi mercato" della sanità e dei servizi, spostando decisamente dal versante dell'offerta a quello della domanda la centralità del sistema.

Questo modello ha comportato l'instaurarsi di due fenomeni fondamentali:

- la cancellazione delle Uvg (unità di valutazione geriatrica o multidimensionale) ha comportato, al tempo stesso, la rinuncia alla funzione di "consulenza", di orientamento e di accompagnamento nella rete dei servizi da parte dei vari distretti Asl.
- l'ammissione ad una struttura è ora affidata ad una contrattazione privata tra utenza e gestore, senza alcun intervento del servizio pubblico e senza che tale ammissione sia collegata alla valutazione del bisogno (abolizione delle graduatorie).

In realtà, l'effettiva espressione della libertà di scelta è limitata da due ordini di fattori:

- in primo luogo dalla carenza di posti letto e dal divario tra la domanda e l'offerta di residenzialità;
- in secondo luogo dalla difficoltà, per utenti con grave compromissione psicofisica e per le loro famiglie, di valutare in modo realistico la complessità della situazione, di individuare le risposte più adeguate ai propri bisogni di assistenza e cura e di muoversi autonomamente nel difficile sistema dei servizi socio-sanitari.

La disponibilità di posti letto nelle Rsa lombarde, pur nettamente superiore a quella delle altre Regioni, è oggi del 10% inferiore a quella indicata dal Pssr (Piano Socio Sanitario Regionale) del 2002 (6.3 anziché 7 posti letto ogni 100 anziani ultrasettantacinquenni); se a ciò aggiungiamo le trasformazioni che hanno investito la famiglia e la carenza di servizi domiciliari non stupisce il divario tra la domanda e l'offerta di posti letto, nonostante il largo impiego a domicilio di personale di assistenza privato (le cosiddette badanti).

Ne sono conferma l'elevato numero di persone inserite nelle liste d'attesa, il lungo periodo di tempo che separa l'inserimento in lista dall'effettiva ammissione e la disponibilità delle famiglie ad accollarsi gli oneri nettamente maggiori tanto delle Rsa a gestione privata (profit) quanto dei posti letto autorizzati e non accreditati.

Per quanto poi riguarda l'effettiva capacità dell'utenza di orientarsi nella rete dei servizi è importante osservare come la valutazione da parte di un'equipe multiprofessionale e l'eventuale organizzazione di liste d'attesa centralizzate, oltre a consentire alle Asl il controllo sulle ammissioni e a garantire l'accesso prioritario alle persone in condizioni di maggior bisogno, avesse - ed abbia - proprio la funzione di aiutare l'utente e la famiglia non solo ad individuare più facilmente la disponibilità di un posto letto, evitando loro di sobbarcarsi una molteplicità di contatti con i diversi gestori (ognuno dei quali chiede la compilazione di differenti domande di ammissione), ma anche ad affrontare con soluzioni alternative l'attesa del ricovero.

Sembra significativo il fatto che, mentre la maggior parte delle Asl ha rinunciato al governo degli accessi e gli utenti contrattano direttamente il loro ingresso con le Rsa, liste d'attesa centralizzate siano tuttora in funzione nelle Asl di Cremona e di Brescia (rispettivamente su tutto il territorio ed in 8 distretti su 12), e in 2 distretti dell'Asl di Bergamo.

Da ormai quasi 15 anni le politiche socio-sanitarie della Regione Lombardia perseguono con coerenza il superamento di quel modello di "stato sociale" fortemente accentrato e governato che ne aveva caratterizzato la produzione normativa nel decennio precedente e l'introduzione nel sistema socio-sanitario del "quasi mercato" quale motore dell'aumento di efficacia ed efficienza del sistema stesso, grazie alla "presenza di diversi erogatori - accreditati dall'ente pubblico - che competono tra loro per attrarre l'utente, libero di scegliere quello che preferisce" (Gori, 2005).

La rinuncia delle Asl ad ogni ruolo di gestione diretta dei servizi (all'Asl restano in capo solo compiti di programmazione, di acquisto delle prestazioni e di controllo), l'equiparazione delle strutture pubbliche - a loro volta trasformate in aziende - con quelle private e la competizione dei diversi soggetti pubblici e privati nell'ambito di regole comuni rappresentano per la Regione la strada per superare le inefficienze del pubblico e per liberare le energie presenti nel tessuto sociale.

Le trasformazioni di questa politica hanno portato nel solo comparto delle residenze per anziani la forte valorizzazione del Terzo Settore, inteso come quel complesso di istituzioni che all'interno del sistema economico si colloca tra lo Stato e il mercato, ma non sono riconducibili né all'uno né all'altro; sono cioè soggetti organizzativi volti alla produzione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva (cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, Organizzazioni non governative, ONLUS, ecc.) (wikipedia).

Dall'inizio della legislatura al 2004 la percentuale di residenze a gestione pubblica si riduceva dal 59.1% al 15.9%. Al marzo del 2010 si assiste ad un'ulteriore riduzione dei gestori pubblici, che rappresentano solo l'11.5% del totale; aumenta in modo significativo il numero di Rsa gestite da cooperative sociali (che raddoppia percentualmente, dal 7.1% al 14.7% dal 2001 al 2010) e soprattutto da società a scopo di lucro, più che triplicate nello stesso periodo (dal 5.2% al 16.3% del totale) (tabella 1).

Tabella 1 - Natura giuridica degli Enti gestori delle Rsa nel 2001, 2004 e 2010 (per i dati 2001 e 2004: Guaita, 2005; per i dati 2010 (marzo), Regione Lombardia, DG Famiglia)

Ente gestore	2001		2004		2010	
	N°	%	N°	%	N°	%
lpab	239	46.1	2	0.3		
Asp	1	0.2	24	4.2	20	3.1
Asl	2	0.4	3	0.5	2	0.3
azienda speciale ente locale	3	0.6	5	0.9	17	2.6
comunale	59	11.4	54	9.4	30	4.6
consorzio di enti locali	2	0.4	2	0.3	1	0.1
srl – spa socio pubblico			2	0.3	4	0.8
Totale pubblico	306	59.1	92	15.9	74	11.5
ente ecclesiastico	83	16.0	79	13.7	46	7.1
ente morale di diritto privato	7	1.8	9	1.6	27	4.2
fondazione	47	9.1	271	46.9	286	44.4
associazione	11	2.1	16	2.8	21	3.3
cooperativa	37	7.0	62	10.7	95	13.2
<i>Totale privato non profit</i>	185	35.7	437	75.7	465	72.2
impresa individuale			1	0.2	5	0.8
srl	27	5.2	48	8.3	81	12.6
società consortile – sas – spa					19	2.9
<i>Totale privato for profit</i>	27	5.2	49	8.5	105	16.3
Totale privato	212	40.9	486	84.1	570	88.5
TOTALE	518	100	578	100	644	100

Questi dati mostrano come nel corso del primo decennio del 2000 la riduzione della presenza pubblica nel settore socio-sanitario si sia accompagnata al deciso sviluppo del Terzo Settore ed alla crescita di un comparto, il privato for profit, fino a pochi anni fa assolutamente minoritario, a sua volta orientato a modelli operativi pluricentrici. Anche nel settore delle residenze per anziani

sembrano in atto dinamiche simili a quelle che hanno investito la sanità lombarda, che ne stanno modificando radicalmente l'assetto complessivo, basato su strutture di piccole dimensioni (il 41% delle Rsa lombarde non supera i 60 posti letto; altrettante hanno una dimensione compresa tra 60 e 120) (Rocca, 2009) amministrate da una molteplicità di singoli enti gestori a forte radicamento locale.

In direzione di un riassetto quanto meno gestionale spingono anche le difficoltà di natura economica di un comparto che per quasi due decenni aveva goduto di un costante adeguamento dei finanziamenti regionali. Alla riduzione reale dei trasferimenti regionali negli ultimi anni fanno infatti riscontro una dinamica costante di incremento dei costi e l'impossibilità per le residenze di aumentare ulteriormente le rette di degenza in una situazione di ristrettezze economiche che colpiscono non solo le famiglie ma anche i Comuni. Grava sulle Rsa l'impegno dell'adeguamento ai requisiti strutturali, vanno inoltre crescendo gli oneri connessi all'osservanza di una normativa sempre più complessa (basta pensare alle problematiche relative alla sicurezza, alla privacy, alla qualità, ma anche al rispetto del debito informativo,...) che impone un potenziamento della struttura amministrativa o il ricorso a consulenze esterne.

L'aumento medio dei contributi regionali è del 3,08% (Rocca, 2009), mentre la variazione dell'indice dei prezzi è stata, nel periodo considerato, dell'11,92% (Istat, 2010) (tabella 2).

Tabella 2 - Finanziamenti regionali (in €) per classe di Sosia (2003-2009) e distribuzione per classi di Sosia (anno 2007) del totale dei residenti delle Rsa lombarde.

	Alzh.	Cl. 1	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 4	Cl. 5	Cl. 6	Cl. 7	Cl. 8
2003	52,00	47,50	43,50	37,50	33,50	37,00	33,00	27,00	23,00
2009	52,00	47,50	45,30	39,10	35,00	38,60	34,50	28,80	24,70
var. %	-	-	+ 4,14	+4,27	+ 4,48	+ 4,32	+ 4,54	+6,67	+7,39
Cl. / tot %	3,10	27,20	1,85	32,34	2,90	6,01	2,02	19,59	6,99

Alla luce di queste considerazioni non stupisce il dato fornito da un report dell'UO Accreditamento e Qualità della DG Famiglia e Solidarietà Sociale (Rocca, 2009), secondo il quale il 52,3% delle 614 strutture censite nel 2007 chiude il bilancio con un disavanzo; semmai può sorprendere che, ad onta dei modelli economici che collocano tra 60 e 120 le dimensioni ottimali di una struttura, il problema appaia interessare le Rsa di grandi dimensioni più di quelle piccole (tabella 3).

Tabella 3 Distribuzione delle Rsa delle Regione Lombardia per risultato della gestione 2007 e dimensioni della struttura (da Rocca, 2009, modif.)

Risultato di gestione	< 60 p. l.		61-120 p. l.		> 120 p. l.		TOTALE	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Utile	119	47,6	124	37,6	13	38,3	256	41,7
Pareggio	18	7,2	18	5,4	1	2,9	37	6,0
Disavanzo	113	45,2	188	57,0	20	58,8	321	52,3
TOTALE	250	100	330	100	34	100	614	100

Sulla base di queste considerazioni l'ulteriore valorizzazione del Terzo Settore, obiettivo ripetutamente affermato dalla Regione e già decisamente realizzato con la trasformazione delle Ipad in Fondazioni di diritto privato, appare per lo più "strumentale" al contenimento dei costi, mentre si profila un protagonismo crescente del privato for profit che non può non destare perplessità proprio alla luce del difficile equilibrio economico delle Residenze, che sembra consentire adeguati margini al profitto solo a prezzo di un contenimento del costo del servizio difficilmente compatibile con la sua qualità e/o di un incremento delle rette insostenibile per la maggior parte delle famiglie.

Il precedente rapporto sulle politiche relative alla residenzialità per gli anziani della Regione Lombardia (Guaita, 2005) esprimeva una valutazione preoccupata che ragioni di bilancio, oltre alle carenze del mercato del lavoro, avrebbero indotto gli Enti gestori a ridurre la presenza degli operatori più qualificati, pur in presenza di bisogni sanitari crescenti.

È innegabile, peraltro, che, dove il personale rappresenta il 75-80% dei costi e la qualità del servizio poggia fundamentalmente sulla qualità delle relazioni, sia fondamentale la partecipazione di tutte le figure professionali ad un progetto di cura condiviso; e che tale partecipazione sia quanto meno favorita dalla stabilità del personale che vi opera.

I dati forniti dalla Regione per l'anno 2007 (Rocca, 2009) offrono a questo proposito un dato poco confortante: solo il 52.2% del personale a standard che opera all'interno delle Rsa è alle dipendenze dirette dell'ente gestore; una percentuale che scende al 51.8% per i fisioterapisti, al 46,2% per gli animatori, al 35% per gli infermieri, addirittura al 9.8% per i medici. Più di un terzo del personale che opera è dipendente di cooperative (in particolare Asa/Oss, animatori ed infermieri), l'11.2% lavora sulla base di un contratto libero-professionale (la larga maggioranza dei medici ed una quota significativa di infermieri e di fisioterapisti).

Certo, le modeste dimensioni medie delle Rsa lombarde possono giustificare l'utilizzo di personale non strutturato, soprattutto tra le figure professionali a più basso standard. Ma resta il dubbio che il ricorso a personale precario sia motivato soprattutto dalla necessità di contenere i costi del servizio

e che proprio i bassi salari, insieme all'impegno psico-fisico che tale lavoro comporta, siano alla base dell'elevato turn-over del personale di queste strutture.

Le nuove politiche regionali, a partire dalla fine del secolo scorso, hanno cercato di promuovere anche nel settore socio-sanitario quel "quasi mercato" che rappresenta la specificità della sanità lombarda, fondato sulla possibilità (libertà) per tutti i gestori di inserirsi nel sistema, sull'equiparazione di pubblico e privato, con un forte impulso al Terzo Settore ed una decisa e del tutto nuova apertura al privato for profit, e sulla libertà di scelta da parte dell'utenza come "regolatore" del sistema.

Nelle intenzioni del legislatore regionale questo disegno era destinato ad aumentare la competitività tra i diversi soggetti e a favorire la selezione di chi sa meglio rispondere alla domanda, ma puntava anche a migliorare l'efficienza complessiva di un sistema in buona parte "condizionato" da logiche di natura pubblica ed esentato dalla necessità di "procurarsi" l'utenza, vista la netta prevalenza della domanda sull'offerta.

La leva principale per il conseguimento di questi due obiettivi si è dimostrata, ancora una volta, quella economica: il persistente divario tra domanda ed offerta ha di fatto impedito, fino ad oggi, una reale competizione tra i gestori.

Sull'altro versante, la riduzione dei trasferimenti dalla Regione alle Rsa, insieme ad una normativa sempre più rigorosa ed alla crescente richiesta di qualità (oltre che, per quanto riguarda le Ipab, la loro trasformazione in Fondazioni di diritto privato) ha obbligato tutte le residenze a concentrarsi sui fattori produttivi e sugli aspetti organizzativi e gestionali, con una costante attenzione all'equilibrio tra la qualità del servizio reso e la compatibilità dei suoi costi.

Si è trattato, per molti versi, di un percorso virtuoso, che ha stimolato in molte Rsa una crescita delle capacità gestionali e della qualità assistenziale che gli stessi operatori Asl, deputati alla vigilanza ed al controllo delle residenze, confermano.

Ma si è anche sottolineato quanto l'insufficienza dei finanziamenti regionali abbia ormai superato il livello di guardia, inducendo molte strutture a mettere in campo – soprattutto nella gestione delle risorse umane – operazioni che rischiano di far venir meno la continuità e la qualità del servizio. Mentre crescono la complessità dei bisogni degli utenti e le richieste/aspettative delle famiglie chiamate ad un contributo sempre più oneroso ai costi del servizio, una politica di risparmio basata solo sulla riduzione del costo del personale rischia infatti di aumentare l'insoddisfazione, la demotivazione ed il turn-over degli operatori e di vanificare gli sforzi per migliorare una qualità complessiva che, proprio in questi servizi, dipende fundamentalmente dalla qualità delle relazioni.

Un'altra conseguenza delle politiche "aziendalistiche" della Regione Lombardia è l'affievolirsi del ruolo, proprio dell'Asl, di regia degli accessi alle diverse articolazioni della rete. Entro tra di loro dei

In queste condizioni infatti alla libertà degli utenti di rivolgersi direttamente alle Rsa fanno da contraltare non solo, come abbiamo visto, la difficoltà per loro di muoversi nella realtà complessa dei servizi, ma anche la ridotta possibilità per il sistema di proporre alternative al ricovero in Rsa (e di promuoverle quando mancano: molte esperienze nella nostra Regione hanno dimostrato come una regia unitaria degli accessi alle unità di offerta abbia facilitato la sperimentazione e la realizzazione di servizi innovativi).

Sembra che anche la Regione abbia colto questo limite, quando sollecita, con la recente legge 3 del 2008 e la citata Dgr 8496/2008, un più stretto raccordo delle Rsa con la rete dei servizi.

La natura privatistica delle Fondazioni ex Ipab - ma anche di altri soggetti gestori, soprattutto non profit - non deve far passare in secondo piano la loro funzione sostanzialmente pubblica (di risposta, cioè, a bisogni che nascono nella comunità e ai quali la comunità risponde con la rete dei servizi).

Un'ultima considerazione merita la segnalata carenza di posti letto sul territorio lombardo: mentre si è arrestato, negli ultimi anni, il processo di adeguamento dell'offerta di posti letto alle dinamiche della domanda non hanno avuto adeguato sviluppo i servizi domiciliari o le possibili opzioni residenziali più "leggere" capaci di allentare la pressione verso le Rsa senza lasciare sulle sole famiglie il peso dell'assistenza.

2.3 L'OSPEDALE DISTRIBUITO

Oggi si può affermare che le patologie a bassa intensità di cura e caratterizzate da una cronicità dovrebbero essere trattate fuori dall'ospedale, pur dovendo garantire anche ad esse un accesso a tutta la migliore tecnologia e competenza professionale.

A ciò si aggiunge un secondo problema: la maggior parte delle patologie croniche richiede l'integrazione di competenze diverse, in parte non mediche, in parte non sanitarie; il requisito della comunicazione diviene così essenziale e determinante ai fini del conseguimento della qualità del servizio e del rapporto con gli utenti.

Nei modelli di funzionamento degli ospedali e di quelli di integrazione fra ospedale e territorio si incontra la contraddizione per cui la maggior parte della competenza medica risiede nell'ospedale ed è poco disponibile a fornire prestazioni all'esterno in un contesto di bassa intensità di cura, mentre la domanda di cura nasce prevalentemente sul territorio e richiede in modo consistente l'accesso alla competenza medica e alla tecnologia ospedaliera.

Non solo ma negli ultimi anni il modello tradizionale di ospedale, che si identifica con l'assistenza ospedaliera, ha iniziato a vacillare sia per l'alto costo energetico, tecnologico e di gestione, ma anche per i cambiamenti intrinseci della società.

Tradizionalmente la patologia acuta ha visto lo svilupparsi di una medicina di attesa, l'aumento della vita media della popolazione ha portato all'aumento delle patologie cronico - degenerative ed invalidanti, per le quali il modello di attesa tradizionale dell'ospedale è inadeguato; il baricentro assistenziale viene spostato nel territorio, con la necessità di intervenire sempre più efficacemente con interventi di prevenzione e di cura integrata.

La prevenzione e l'integrazione dei servizi diventano quindi pilastri del modello distribuito della sanità, non solo per la loro indiscussa valenza di promozione e mantenimento della salute, ma anche per una migliore utilizzazione delle risorse con conseguente abbattimento dei costi.

A tal proposito è interessante capire quali siano i piani di lavoro su cui intervenire. Sicuramente la riorganizzazione dell'ospedale e del territorio con relative funzioni ed interconnessioni è un aspetto primario, occorre passare da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa. (Salute Sostenibile – Un modello distribuito per la sanità).

Accentrare e decentrare funzioni sul territorio sono oggi scelte obbligatorie per le strutture ospedaliere, sia in termini di risparmio economico, gestionale, funzionale e logistico.

Nel caso dell'accentramento, la scelta di avere un unico ufficio consente di economizzare i costi e razionalizzare le attività, in un'organizzazione accentrata non vi sono deleghe all'operatività, ne consegue una snellezza e rapidità funzionale delle attività.

Il decentramento invece ha in sé un carattere “personalizzato”, ogni scelta può essere gestita diversamente, vi è una maggiore elasticità, un’alta responsabilizzazione e un coinvolgimento diretto nel processo produttivo, un accrescimento del senso di appartenenza. Lo svantaggio è il rischio di una eccessiva dispersione, la difficoltà del controllo e la difficoltà della gestione dell’intero sistema.

Non pare opportuno definire in queste pagine modelli astratti buoni per tutte le situazioni, soluzioni ripetibili in ogni contesto, data soprattutto la multiformità e complessità dell’argomento, credo invece sia interessante mettere in luce come prevenzione e integrazione della cura siano aspetti e scelte indispensabili per il futuro della sanità, come queste tematiche possano svilupparsi liberamente nel territorio, come l’accentramento e decentramento siano processi indispensabili per un miglioramento ed efficienza del servizio e infine come poter organizzare questa trasformazione da ospedale “accentratore” a ospedale “distribuito”.

Del resto anche la stessa Jane Jacobs parlava di come sia indispensabile avviare una serie di servizi secondari che facciano da corollario e matrice all’uso primario (ospedale) e di come “il numero di pezzi non sia fissato ad alcuna regola e possa moltiplicarsi se i pezzi vengono ben utilizzati”.

Non solo ma l’era globalizzata è caratterizzata per uno stravolgimento del nostro modo di comunicare in tutti i campi della nostra esistenza: economico, finanziario, relazionale, sociale, ricreativo, di informazione.

Grazie agli enormi progressi della tecnologia ICT (Information and Communication Technology) oggi è possibile comunicare, interagire e collaborare più rapidamente e facilmente di qualche tempo fa. L’evento della banda larga e di Internet mostrano i nuovi orizzonti delle applicazioni multimediali (voce, video e dati) che potranno generare benefici e miglioramenti qualitativi nella vita quotidiana.

La sanità pubblica e privata può, come molti altri settori, disporre di molteplici soluzioni tecnologiche, che se ben utilizzate possono creare notevoli miglioramenti qualitativi sia per i pazienti che per il personale medico e notevoli vantaggi economici per le stesse strutture sanitarie.

Si sta così facendo strada un nuovo modello di ospedale quello “distribuito” che ha come caratteristica principale la cosiddetta “deospedalizzazione protetta” e cioè la dimissione di un paziente in anticipo rispetto al normale iter di ricovero, la continuazione della degenza presso la propria abitazione o domicilio, seguito e monitorato puntualmente dal personale medico della stessa struttura sanitaria, che lo ha preso in carico e ne ha eseguito il ricovero. In altre parole è come se la struttura sanitaria si decentralizzasse in tante sottostrutture, costituite dall’abitazione del paziente, tutte però collegate in una sorta di configurazione a stella, con al centro la struttura ospedaliera ed il personale medico che lo ha in cura.

A suffragare tale modello è stato uno studio condotto sulla popolazione marchigiana che dimostra come al contrario di quanto possa apparire in prima istanza, si determina, con questo metodo, un considerevole risparmio di costi e anche di impegni in risorse umane ed un riguardevole incremento nella qualità della vita del paziente.

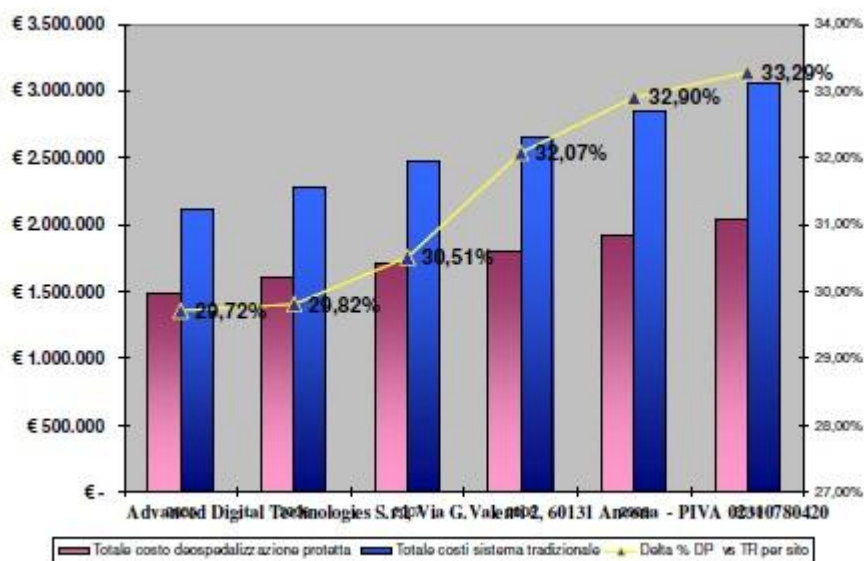
L'analisi è concentrata sulla riduzione della permanenza ospedaliera di pazienti, al fine di ottimizzare le prestazioni medico sanitarie, dimostrando che è possibile offrire un servizio con un migliore rapporto costi/ benefici per paziente e struttura ospedaliera.

Il modello si applica a pazienti che la struttura ospedaliera o il personale medico giudicano idonei o "eleggibili". Nel modello si ipotizza che un paziente venga trattenuto nella struttura ospedaliera per lo stretto tempo necessario e successivamente monitorato dalla propria abitazione.

Nel calcolo economico sono compresi i costi di struttura e gestione del servizio di home care tra cui:

- installazione temporanee linee telefoniche
- installazione temporanea stazione monitoraggio paziente
- traffico telefonico
- personale medico
- formazione del personale
- ammortamento degli apparati.

I risultati evinti dall'applicazione del modello di "deospedalizzazione protetta" sono di una netta riduzione del costo annuo per la struttura sanitaria che come dimostra il grafico parte da un minimo del 29,7% fino a raggiungere il 33,2%.



Non sta a chi scrive una valutazione degli effettivi benefici di questo modello, che non vanno soltanto considerati nei loro aspetti economici, ma anche psicologici e qualitativi di un servizio, come quello della cura del malato, delicato e dalle plurime sfaccettature.

L'esempio sopra riportato dimostra come la tecnologia ICT sia sicuramente un valido supporto per quell'integrazione tra ospedale e territorio necessaria per un decentramento dell'ospedale, afferma che è possibile incorporare delle funzioni ospedaliere, distribuirle sul territorio senza perdere quel carattere di unità gestionale e scala gerarchica funzionale dei servizi al cittadino.

L'unità ospedale deve continuare ad avere un ruolo centrale sia organizzativo che prestazionale, ma si possono sviluppare perimetralmente ad esso e distribuite nel tessuto urbano una serie di funzioni che servono l'organo principale ad integrazione e suo completamento.

2.4 CASI STUDIO PER L'AREA MEDICO - RIABILITATIVA

Per quanto riguarda il settore medico-riabilitativo si sono scelti tre differenti casi studio, i primi due esteri e di dimensioni notevoli, il secondo italiano e dalle dimensioni più contenute.

La scelta di proporre differenti casi studio verte principalmente sull'evidenziare le differenze tra la situazione italiana, legata a piccoli centri assistenziali o alla visione ospedale-centrica, e la situazione estera in cui si cominciano a creare partnership sempre più forti fra medicina e riabilitazione, tra riabilitazione e fitness, tra l'area terapeutica propriamente detta e servizi sociali.

All'estero, una serie di fattori, tra cui un differente sistema organizzativo della sanità e un diverso approccio al concetto di riabilitazione, hanno reso possibile il nascere di centri poli-funzione al cui interno viene eseguito qualsiasi tipo di trattamento legato alla fisioterapia, attraverso la compresenza di differenti figure sia mediche che fisioterapiche.

L'alta specializzazione e qualificazione che oggi caratterizza il mondo della medicina ha portato da un lato una maggiore attenzione alla cura del dettaglio della cura-assistenza, dall'altro però alla necessità di far confluire differenti figure professionali all'interno della stessa struttura.

In Italia il panorama della riabilitazione è molto frammentato; il territorio è costellato da una moltitudine di piccoli centri privati che non riescono ad ottemperare ai bisogni, talvolta molto specifici e costosi in termini di materiali e strumenti, della collettività, e gli ospedali che offrono un servizio di assistenza molto più vario, ma che a causa della crescente riduzione dei rimborsi per la spesa sanitaria vedono sempre più diminuire le loro risorse col risultato di cancellare quei servizi più costosi e meno vantaggiosi dal punto di vista economico.

Il risultato finale sono delle porosità assistenziali; verranno garantite cure solo per quegli stati patologici che hanno un ritorno economico rilevante o che sono abbastanza comuni da creare un mercato adeguato alla richiesta.

L'esempio italiano scelto è sicuramente tra i centri più grandi e meglio organizzati sul territorio milanese, possiede al suo interno una buona fusione tra gli aspetti di cura legati alla medicina e quelli assistenziali della riabilitazione, ha una metratura di una certa rilevanza e la compresenza di differenti figure dell'ambito medico e fisioterapico. Si evidenzia però lo stesso un certo divario tra quello che è l'approccio estero e quello italiano, il primo spinto a rispondere a 360° ai bisogni collettivi con la collaborazione di figure anche verosimilmente lontane dal punto di vista professionale, il secondo molto più settoriale e tradizionalista, dove gli aspetti medici, fisioterapici, di assistenza globale e inserimento sociale sono ancora separati.

Non solo, ma i casi esteri presentano una particolare attenzione verso quegli aspetti di integrazione tra i servizi legati propriamente alla cura e quelli più specificatamente sociali come l'ambito ludico - ricreativo, di counseling, di inserimento lavorativo.

In Italia l'aspetto della cura della persona è scisso dalle altre sfere della vita del cittadino, non vi sono infatti esempi in cui centri di riabilitazione contengano teatri o uffici di collocamento, non vi sono strutture in cui convergono per esempio le terapie psicologiche (consultori o ambulatori psichiatrici) e l'attività di svago; si riscontra infatti una settorialità del sistema con un notevole impoverimento del fattore terapeutico da una parte e una perdita di possibili risorse che il territorio può fornire dall'altra.

La sensibilità di connettere all'interno di un unico contenitore attività tra loro differenti, ma legate comunque alla sfera "problematica" del cittadino, e l'attenzione nell'ubicazione di questi contenitori all'interno di un determinato luogo offrono numerosi vantaggi sia in termini di riqualificazione urbana che di miglioramento della qualità della vita.

2.4.1 REHABILITATION CENTRE GROOT KLIMMENDAAL – ARNHEM

Il volume si confonde con la foresta circostante, l'atmosfera e la luce del bosco penetrano e si diffondono negli ambienti interni, una clinica che diventa servizio urbano aperto a tutta la comunità: permeabilità e apertura sono l'essenza del Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal ad Arnhem, Olanda, dell'architetto Koen van Velsen.

Collocato al bordo della piccola cittadina dell'Olanda orientale, il centro di riabilitazione Groot Klimmendaal fa parte di un masterplan, disegnato dallo stesso Koen van Velsen, che prevede di trasformare l'area in un parco pubblico con tre edifici ad alta densità.

Il centro è immerso all'interno della foresta che lo circonda: l'impronta con cui si appoggia al terreno, i sottili pilastri dell'accesso che sostengono i piani superiori a sbalzo, il piano terra a doppia altezza quasi totalmente vetrato, la superficie dei livelli superiori in alluminio anodizzato color bronzo contribuiscono a mimetizzare questo volume di 14.000 mq all'interno del bosco.

Le vetrate a doppia altezza del primo piano assicurano un contatto diretto tra spazi esterni ed interni, i bow window vetrati del ristorante in mezzo agli alberi invitano la foresta ad entrare nell'edificio. La totale continuità visiva verso l'esterno, l'accesso della luce filtrata dagli alberi sono un invito esplicito al contatto con la natura, elemento fondamentale per la riabilitazione dei pazienti. Il concetto di cura, su cui si fonda il progetto, si basa sull'idea che un ambiente positivo e stimolante contribuisca al benessere dei pazienti e al successo del processo di riabilitazione: da qui l'ambizione del centro di essere parte integrante della comunità e dell'ambiente circostante, un servizio aperto a tutti e non solo una struttura sanitaria.

L'organizzazione del programma interno è chiara: sotto ci sono gli uffici, sopra le aree della clinica e sul tetto la Ronald McDonald House con la sua identità. Il piano terra a doppia altezza al livello d'entrata ospita le attività sportive, l'area fitness, il ristorante e il teatro. Questi spazi sono fruibili non solo dai pazienti, ma anche da famiglie e membri della comunità locale che usano regolarmente questa struttura.

Pazienti ed edificio sono al centro della comunità locale, ulteriore dimostrazione di come il rapporto tra interno ed esterno, tra clinica e città sia aperto e dinamico. La sensazione di sicurezza e benessere che si percepisce all'interno del Groot Klimmendaal è merito di una intensa collaborazione tra l'architetto Koen van Velsen e gli utenti del servizio: dai sistemi di collegamento verticale, ai colori e ai materiali utilizzati.

La connessione fisica e visiva tra i diversi livelli dell'edificio è assicurata da una sottile rampa di scale che attraversa e corre lungo tutto l'edificio, permettendo da una parte la percezione della

complessità degli spazi ai diversi livelli, dall'altra, stimolando e facilitando l'esercizio fisico degli utenti. Una combinazione di piccoli e grandi vuoti connette spazialmente i diversi piani e consente alla luce naturale di penetrare nel cuore dell'edificio largo 30 metri. L'accostamento e l'alternanza di colori vivaci e fonti luminose dirette o indirette rende lo spazio interno allegro e movimentato.

Sostenibilità, facile manutenzione e flessibilità sono le linee guida che hanno caratterizzato i metodi e le scelte costruttive dell'edificio. L'uso di energia è ridotto grazie al volume compatto dell'edificio e ad un progetto efficiente degli impianti meccanici ed elettrici. L'accumulo termico contribuisce alla riduzione del consumo di energia. La selezione di materiali da costruzione sostenibili, le finiture dei pavimenti che richiedono poca manutenzione, i soffitti, i rivestimenti delle facciate rendono l'edificio facile da mantenere e di lunga durata.

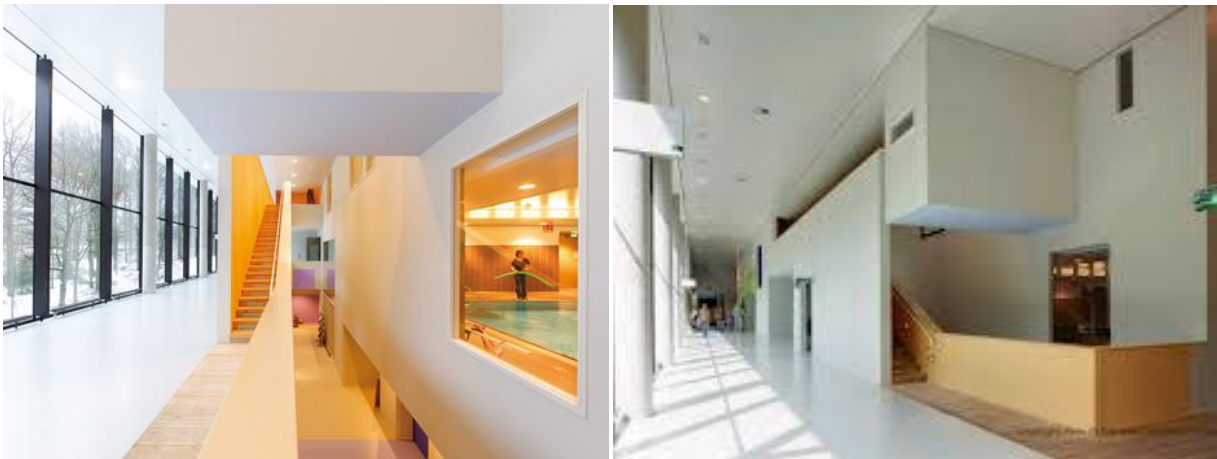
Il Groot Klimmendaal è stato progettato su misura per i suoi utenti, ma allo stesso tempo offre l'opportunità per diversi modi d'uso e per la trasformazione dei diversi dipartimenti in base alle esigenze del cliente. Trasparenza, apertura e contaminazione tra esterno e interno, tra città e struttura sanitaria, tra utenti e comunità sono gli elementi che rendono il Groot Klimmendaal un nuovo modello di struttura sanitaria, un vero servizio per tutti.



Vista esterna



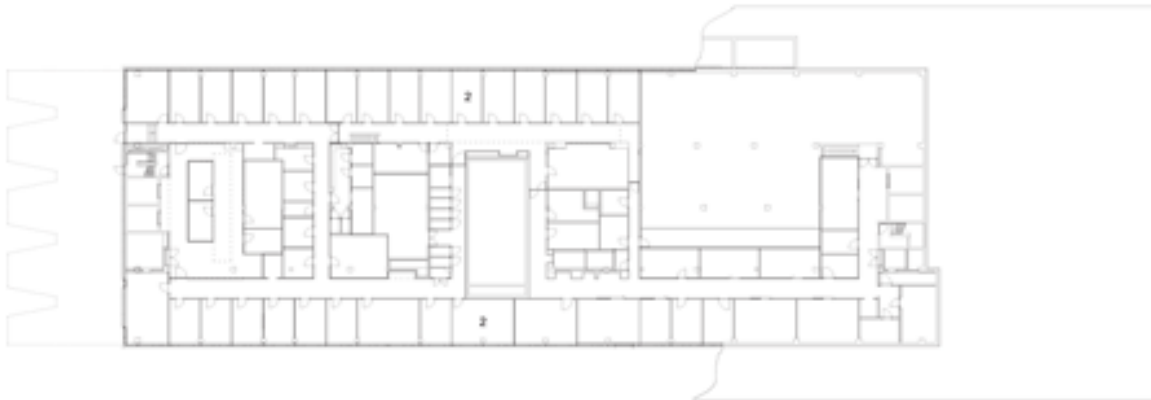
Vista notturna esterna



Percorsi interni



Teatro



0 20 m

level -1

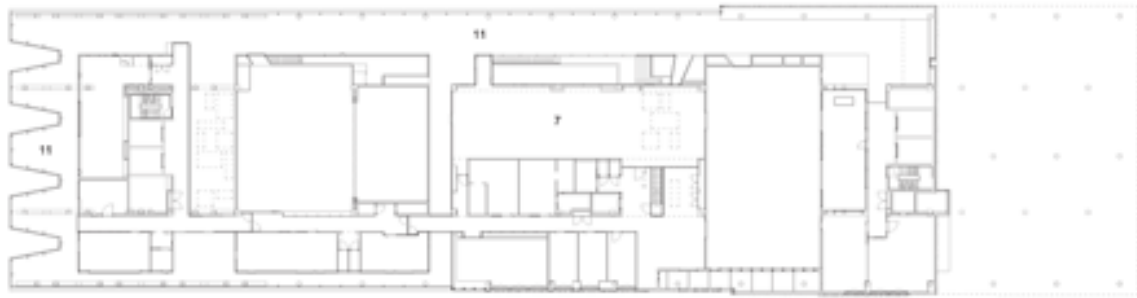
- 1 entrance
- 2 office
- 3 gymnasium
- 4 swimming pool
- 5 theatre
- 6 restaurant
- 7 fitness centre
- 8 room for patient
- 9 living room
- 10 ronald macdonald house
- 11 void
- 12 patio



0 20 m

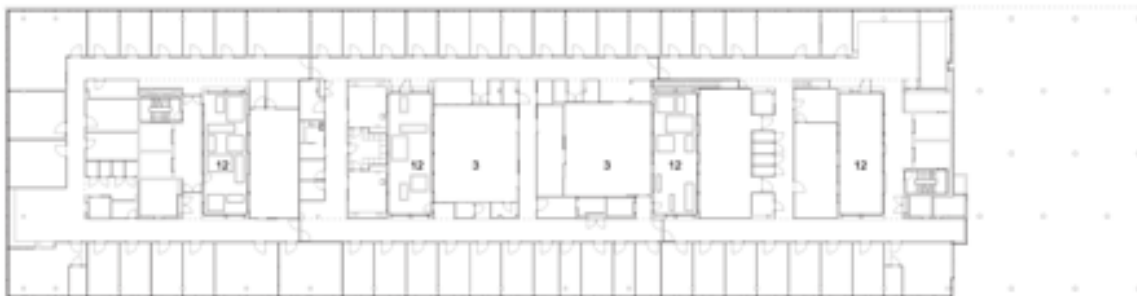
level 0

- 1 entrance
- 2 office
- 3 gymnasium
- 4 swimming pool
- 5 theatre
- 6 restaurant
- 7 fitness centre
- 8 room for patient
- 9 living room
- 10 ronald macdonald house
- 11 void
- 12 patio



level 1

- 1 entrance
- 2 office
- 3 gymnasium
- 4 swimming pool
- 5 theatre
- 6 restaurant
- 7 fitness centre
- 8 room for patient
- 9 living room
- 10 royal modernist house
- 11 void
- 12 patio



level 2

- 1 entrance
- 2 office
- 3 gymnasium
- 4 swimming pool
- 5 theatre
- 6 restaurant
- 7 fitness centre
- 8 room for patient
- 9 living room
- 10 royal modernist house
- 11 void
- 12 patio



phase 3



phase 2



phase 1



phase 0



Masterplan

2.4.2 RENFREW HEALTH & SOCIAL WORK CENTRE - RENFREW GLASGOW

Il progetto di circa 5250 mq sostituisce un vecchio “Health building” in linea con le trasformazioni in atto della città di Renfrew: lo sviluppo della Ferry Road a circa 1km dall’area di progetto, l’espansione e l’ammodernamento delle aree attorno al fiume, la creazione del Renfrew Town Centre, luogo ricreativo e per lo shopping.

Alla luce di tali trasformazioni la committenza ha voluto insediare un nuovo edificio di tre piani che fornirà un moderno, flessibile, spazioso e pratico centro, con una forte presenza iconica civica. L'edificio riflette la visione e i valori della committenza nel suo aspetto accogliente e non istituzionale insieme alla creazione di un rassicurante senso di professionalità ed efficienza.

Il nuovo edificio riunisce tre pratiche GP (General Practitioners, pratiche di medicina generale volte alla cura di malattie acute e croniche), un'infermeria di quartiere, un centro della salute clinica, un servizio di carattere dentale ed altri servizi sociali come un servizio disabilità, di apprendimento, di logopedia, di audiologia, di podologia e servizi di fisioterapia che riuniti sotto lo stesso tetto forniranno una gamma completa di funzioni per soddisfare le esigenze sanitarie di Renfrew.

La progettazione e la costruzione sono state sviluppate su una griglia con una piazza di nuova formazione pubblica al centro. Internamente il percorso di circolazione è espresso nella forma di un 'strada pubblica' attraverso la quale tutte le funzioni dell'edificio si interfacciano.

La 'strada' permette agli utenti di costruire molto rapidamente un percorso di orientamento attraverso il quale si muovano nella costruzione e allo stesso tempo offra un collegamento con i cortili paesaggistici.

Il diagramma dell’edificio combina lo spazio accogliente e l’arrivo della luce con un trattamento più intimo delle camere di consultazione, che conferiscono varietà, dimensione e interesse al Centro.

L'attenta selezione e l'uso di mobili e impianti contribuisce a creare un ambiente di guarigione e terapeutico.



Il centro Renfrew Health



La piazza antistante





I percorsi interni



La palestra di fisioterapia

2.4.3 CENTRO DI RIABILITAZIONE PER IL CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO, Via Saint Bon - Milano

Il Centro Diagnostico Italiano (CDI) è una struttura sanitaria ambulatoriale privata convenzionata al sistema sanitario nazionale attiva da oltre 30 anni sul territorio milanese che ha sede in Via Saint Bon 20. Tra il 2004 e il 2006 ha dato inizio per mano degli architetti Guarini e Salvadeo alla realizzazione di un centro di Fisioterapia e Riabilitazione situato al civico 36 della stessa via.

Tale struttura eroga prestazioni a privati o in convenzione con fondi assicurativi, con possibilità per gli stessi di richiedere anche prestazioni a domicilio.

La struttura si sviluppa su due piani: il piano rialzato riservato agli studi medici e fisioterapici e alla palestra; il primo piano dotato di piscine non natatorie, dedicate alla riabilitazione.

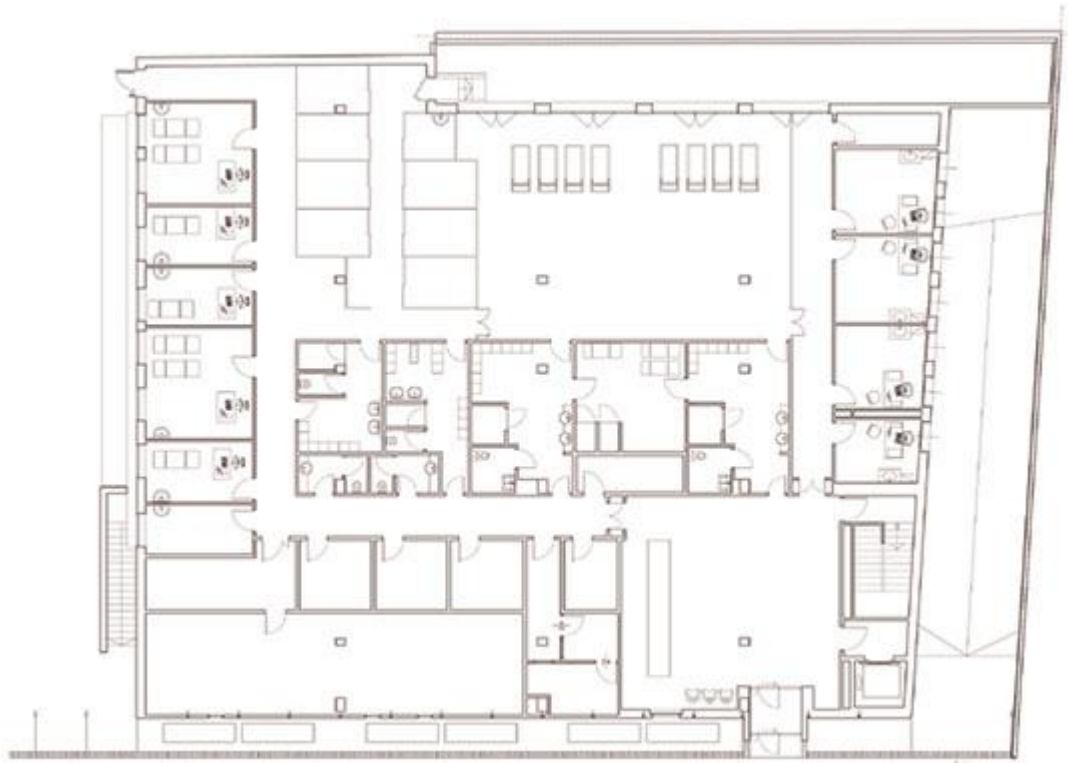
Il Centro offre un'assistenza pluridisciplinare e completa, incentrata su servizi di riabilitazione e rieducazione, da svolgersi con l'ausilio delle terapie strumentali (tecarterapia, elettroterapia, laserterapia, magnetoterapia, radarterapia, ultrasuoni, ultrasuoni ad immersione, onde d'urto), manuali, in palestra o in piscina.

Presso la struttura è possibile intraprendere percorsi di:

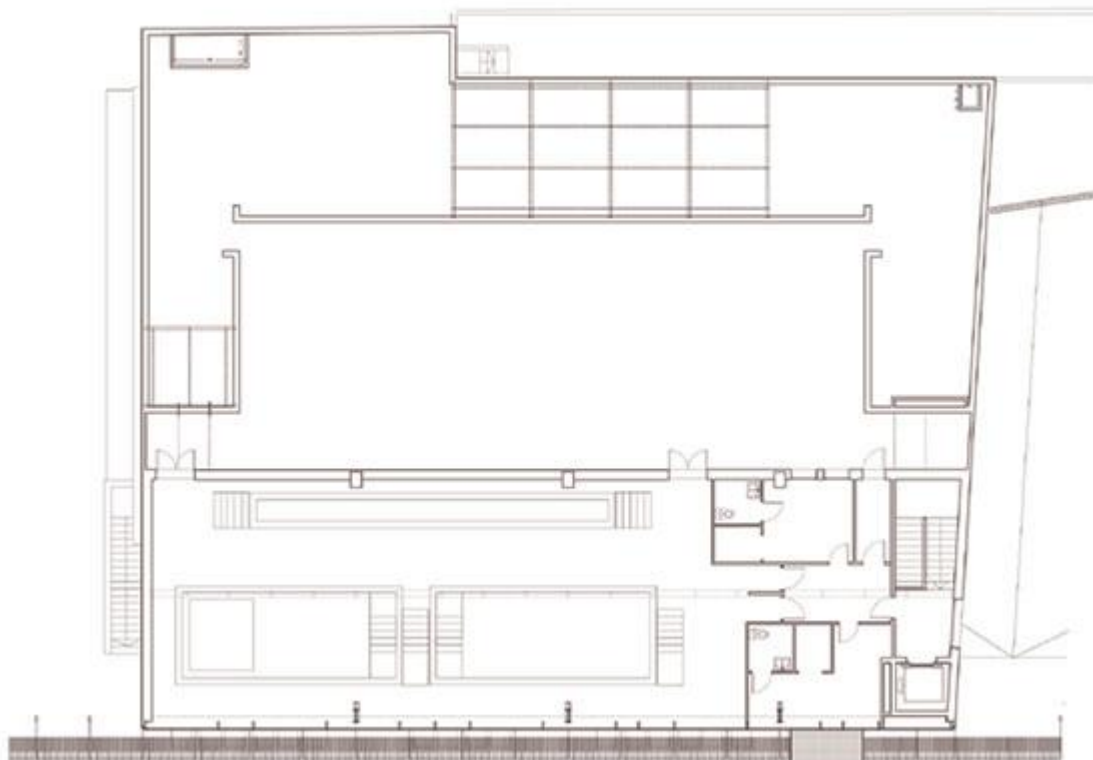
- **Riabilitazione posturale**
- **Riabilitazione reumatologica**
- **Riabilitazione ortopedica**
- **Riabilitazione e Medicina dello Sport**
- **Riabilitazione pediatrica**
- **Riabilitazione respiratoria**
- **Riabilitazione neurologica**
- **Riabilitazione ostetrica ginecologica**
- **Riabilitazione senologica**
- **Riabilitazione urologia**

L'idea di sviluppare un servizio integrato tra i vari aspetti della pratica riabilitativa e la medicina ha portato alla nascita di altre quattro sedi sia nel territorio milanese che nell'hinterland:

1. Cairoli
2. Cernusco
3. Rho
4. Area Portello



Pianta piano terra



Pianta piano primo



Vista esterna da via Saint Bon



Piano primo – Piscina

CAPITOLO 3

3.1 LO SVILUPPO PASSA ANCHE DALLA SALUTE

La salute dei singoli è anche un valore sociale ed economico dal quale può dipendere, in ultima analisi, lo stato di salute di un intero sistema o di una collettività. La costruzione di una società sempre più moderna ed efficiente che punti al benessere dei singoli e ad uno sviluppo collettivo è un obiettivo che riguarda tutti (Angeletti).

Quando questo ragionamento tocca la sanità questo modo di pensare deve essere ancora più esteso e intenso, pertanto chi è preposto a questa funzione ha un'enorme responsabilità (Angeletti).

Il nostro servizio sanitario nazionale, seppur gravato da frequenti disfunzioni, da una funzionalità non sempre eccellente e da un sistema di risorse mal distribuite e con costi eccessivi, ha una caratteristica di grande pregio, riconosciuta a livello internazionale, l'universalità.

L'Italia non limita infatti l'assistenza sanitaria alle disponibilità economiche del paziente, ma offre tutela in ogni momento, senza vincoli assicurativi né fiscali.

Questo aspetto, di assoluta modernità e democrazia, deve e può contribuire a invertire il clima di sfiducia sul ridimensionamento del welfare, a sconfiggere quella sensazione di disagio oramai diffusa verso le istituzioni, a creare un sistema di certezze, assolvendo così una funzione sociale di enorme rilievo.

Per questo motivo è necessario affrontare le difficoltà sopra citate, trovare soluzioni a questioni che rischiano di far ammalare la sanità, al fine di creare un sistema che possa diventare un investimento e una crescita per il Paese.

L'universalità del servizio, come già detto, è un principio indispensabile ed irrinunciabile, ma, al tempo stesso, occorre trovare un meccanismo che consenta di controbilanciare i costi, anche alla luce delle nuove condizioni demografiche che ci prospettano una popolazione sempre più avanti negli anni, quotidianamente alle prese con la cronicità delle malattie che la senilità comporta.

Tutto ciò contribuisce ad accrescere le risorse per ottemperare alla tutela di un bene prezioso, la salute.

Si può riuscire a convergere intenti ed esigenze così contrastanti tra loro? Si può uscire da una logica di gestione ragionieristica per assicurare un livello adeguato di assistenza sanitaria e promuovere un governo del territorio basato su temi di efficienza e produttività?

Oggi, larga parte dei fondi disponibili viene assorbita dagli ospedali, fattore determinante per un sistema sanitario come il nostro, strutturato secondo un'organizzazione "ospedale - centrico", basato proprio sul ricovero e la cura ospedaliera.

C'è chi ritiene che la privatizzazione di molti settori del servizio sanitario sia una risoluzione all'aspetto economico della sanità nazionale; ma a fronte di un controllo dei costi, la privatizzazione

può generare una proporzionale riduzione della qualità dei servizi. Sarebbe auspicabile invece destrutturare l'attuale sistema, che prevede cura e assistenza al malato o all'anziano in strutture ospedaliere, per distribuire questi servizi in maniera più estesa e trasversale sul territorio, incentivando un welfare locale.

Una campagna informativa sulla prevenzione, una diffusione capillare di servizi e strutture che sgravino le aziende ospedaliere, una guerra agli sprechi sono solo possibili soluzioni alla tutela dell'universalità e della qualità della cura.

3.2 IL CASO DEL QUARTIERE DI RIVAROLO (GE)

La riqualificazione del territorio passa anche attraverso lo sport.

È il caso del dopolavoro ferroviario (DLF) del quartiere genovese di Rivarolo che ha puntato sull'integrazione tra sport, medicina e attività legate al territorio (oratorio e teatro) per elevare la qualità della vita dei suoi abitanti.

Questa riqualificazione urbana "sportiva" è stata presentata, con l'inaugurazione ufficiale, lo scorso 17 settembre a Genova e più esattamente nel quartiere di Rivarolo, con l'obiettivo di rilanciare la presenza del DLF sul territorio.

In questo progetto sono stati coinvolti anche i centri Palagym e Paladonbosco oltre che il Csi (Centro Sportivo Italiano) del capoluogo ligure, il circolo Park Tennis e l'U.s.d. Bolzanetese Virtus 1945 che daranno il loro contributo alla gestione del Dopolavoro ferroviario e alla diffusione dell'attività fisica e ricreativa.

L'idea nasce da un saldo punto di contatto nella condivisione, da parte dei soggetti coinvolti, di quei valori fondamentali che vedono nello sport uno strumento di comunicazione e socializzazione, di educazione per i più giovani, di indice attraverso il quale misurare la propria qualità della vita, di modo per sviluppare le proprie capacità,

Il dopo lavoro ferroviario si è così trasformato in un centro sportivo e ricreativo, che in seguito al restyling ha coinvolto sia la sistemazione delle strutture che una generale modernizzazione della macchina organizzativa. Esso ricalca il concetto fondamentale di sport educativo e consiste in un mix di attività giovanili, fitness e sport per tutte le età, sport amatoriale e di eccellenza ed anche attività ricreative.

In questo contesto, gli importanti lavori di ristrutturazione hanno portato alla realizzazione di: tre campi - due dei quali in superficie sintetica - utilizzabili sia per l'attività tennistica che per quella calcistica; una palestra per le arti marziali; uno spazio per attività storicamente radicate nel dopo lavoro come le bocce e il biliardo; ampie aree esterne per le attività estive; locali ricreativi con servizio di bar, ristorante e pizzeria.

Non solo, ma è in fase di progetto la realizzazione di un centro benessere ed estetico, dando così vita a un vero e proprio polo d'attrazione per l'intero quartiere.

La novità più importante però è l'imminente apertura di un centro fitness low-cost aperto 24 ore su 24, tutti i giorni della settimana. Il club, equipaggiato con attrezzi di ultima generazione, sarà un grande open space in cui allenarsi e socializzare.

L'esempio di Rivarolo dimostra come lo sport possa intervenire a differenti livelli della riqualificazione urbana, promuovendo la cooperazione tra le varie realtà locali, la collaborazione tra

gli enti e organizzazioni sportive presenti sul territorio, nonché una migliore qualità della vita e la socializzazione tra individui.

L'occasione della riqualificazione del DLF ha un altro aspetto interessante, dimostra infatti come la sinergia di sforzi e l'unione di intenti tra le diverse organizzazioni sia di Rivarolo che di Sampierdarena forniscano un valore aggiunto di forte radicalità e attaccamento al territorio, sforzi che si traducono in una maggiore vitalità e fruizione dello stesso.

Associazioni del territorio coinvolte nel progetto:



Centro Sportivo Pala don Bosco, legato all'oratorio



Centro natatorio



Centro medico sportivo

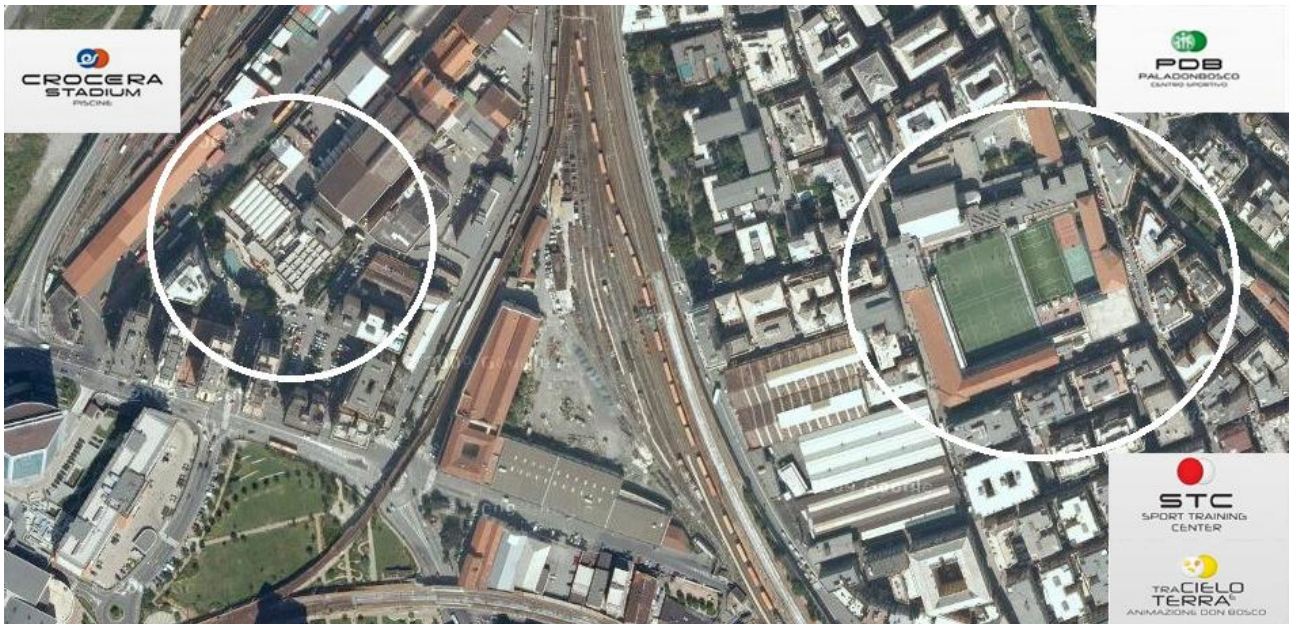


Centro teatrale, legato all'oratorio



Centro fitness con altre sedi dislocate sul territorio genovese





Quartiere Sampierdarena



Quartiere Rivarolo

Alcune foto del complesso Palagym – Paladonbosco – Crocera



La palestra



L'oratorio col campo di calcetto



Palagym – SPA



Piscina del centro natatorio Crocera Stadium

CAPITOLO 4

4 IL CENTRO POLI-FUNZIONE

La scelta di creare un *centro poli-funzione* è dettata da una serie di ragioni che trovano le loro radici in un ambito sociale, in un ambito di ristrutturazione sanitaria, in un contesto di integrazione tra attività differenti quali sport – riabilitazione – servizi sociali.

Si è visto come nell'era della globalizzazione si siano modificati i concetti di salute, malattia, di idea e percezione del sé, di benessere e come queste tematiche abbiano un forte impatto sociale, tanto da trasformare i nostri usi e costumi.

Queste nuove concezioni hanno inevitabilmente portato ad una trasformazione del “luogo palestra”, sia in termini di modalità d'uso, vista sempre più come luogo del benessere psico-fisico, che come attività occupante una parte predominante del tempo libero della società.

Non solo ma l'ambito sociale è investito da un progressivo e costante invecchiamento della popolazione, con l'inevitabile incremento di cronicizzazione delle malattie e sedentarietà della vita che causa uno spostamento dell'attenzione da parte delle politiche sanitarie verso la prevenzione e la cura della salute.

Quelle stesse politiche sanitarie hanno oggi come centralità dei loro programmi l'abbassamento dei costi della spesa sanitaria e del welfare con l'effetto di impoverire l'azienda ospedaliera di tutte quelle attività ad alto costo e basso rendimento o a lungo termine poco redditizie dal punto di vista economico, demandando ad altre strutture per lo più private le cure e l'assistenza non solo del malato post-ricovero, ma anche di quello cronico, caricando così sul cittadino le spese per la propria salute/guarigione.

La riabilitazione è infatti quella, tra i servizi ospedalieri, che maggiormente sta riducendo la sua presenza all'interno degli ospedali, sia in termini di tempo che di budget finanziario regionale.

E' cambiata la domanda, ma si rimane ancorati ad una struttura centralizzata e non distribuita, poco o per nulla espansa sul territorio, con un carattere di attesa e non di iniziativa. Si moltiplicano le strutture private convenzionate e non, con la funzione di elementi di riempimento delle porosità create dal sistema.

L'attenzione poi si è spostata su alcuni esempi esteri di integrazione di servizi e su come la connessione di attività quali sport, medicina e servizi sociali possono diventare momenti di aggregazione, socializzazione ed educazione, riqualificando il territorio con un effettivo miglioramento della qualità della vita, non solo in ambito personale, ma anche di quartiere.

Le sinergie di intenti tra organizzazioni ed enti preposti, l'inserimento di un servizio connesso a differenti realtà potrebbe avere un valore aggiunto se collocato in contesti in disuso o da riqualificare. La creazione di tali strutture potrebbe essere motivo per un recupero e una

ristrutturazione di spazi dequalificati, abbandonati o semplicemente vuoti, inserendosi nel tessuto urbano esistente.

Tale centro potrebbe assumere le caratteristiche di quelle che la Jacobs chiama attività secondarie di quartiere se tale struttura venisse concepita come parte integrante di un ospedale, infatti “ogni uso urbano primario (ospedale) che si presenti o no in forma monumentale e speciale, ha bisogno della sua intima matrice di città ordinaria per funzionare nel modo migliore, di una matrice sui generis, con una certa diversità secondaria” (Vita e morte delle grandi città).

Ma potrebbe anche acquisire le connotazioni di attività primaria se “raggiungesse un certo grado di sviluppo e la gente venisse nel quartiere appositamente per cercarla” (Vita e morte delle grandi città) o se diventasse uno strumento di unione tra ASL, ospedale, servizi sociali (consultori) e organizzazioni ed enti pubblici e privati sparsi sul territorio.

Si verrebbe a creare così un sistema sinergico di collaborazione e cooperazione tra i vari organi al fine di promuovere la salute e la cura del cittadino; in primis diminuirebbe il carico assistenziale degli ospedali senza peraltro far mancare alla cittadinanza quel corpus di servizi indispensabili nelle fasi post-ricovero; aumenterebbero quei servizi legati all’attività fisica, allo sport, al movimento, alla socializzazione e al benessere di pertinenza di strutture private e talvolta costose (SPA, centri fitness o villaggi del benessere); sarebbe una risposta alla propaganda più che mai attuale dell’importanza nella vita di ognuno di noi di attività fisica e movimento quali momenti indispensabili per combattere sedentarietà e stress, causa di numerose patologie che colpiscono la società odierna; farebbe da supplemento alla crescente domanda di home-care dovuto all’invecchiamento della popolazione; assumerebbe la funzione non solo di nodo principale per il concetto attuale di ospedale decentrato a stella, ma anche di polo convergente tra le esigenze di cura del cittadino e il bisogno di ridurre costi e quindi servizi da parte delle aziende ospedaliere a causa della diminuzione progressiva dei budget regionali di rimborso.

Un *centro poli-funzione* sarebbe così una struttura di *medical fitness & wellness & care* che avrebbe nel raggiungimento e/o mantenimento di un equilibrio psico-fisico un obiettivo non solo primario, ma realmente perseguibile in un unico luogo.

A tal fine esso deve essere pensato come un unico spazio razionale suddiviso in macroaree: Medica, Estetica-Spa, Fitness, Organizzativa, Riabilitativa che lavorano sinergicamente tra loro grazie all’utilizzo di protocolli e procedure che integrino i vari aspetti delle differenti discipline.

Per la specificità delle esigenze territoriali e per il carattere vario e generico che può assumere il centro sembra più opportuno cercare di costruire un modello ideale organizzativo che possa declinarsi alle differenti realtà e bisogni di una determinata area, piuttosto che creare un progetto fisso e rigoroso difficilmente adattabile alle differenti esigenze territoriali.

Si è partiti così col definire quali fossero le unità ambientali caratterizzanti l'area del wellness, l'area medico-riabilitativa e l'area amministrativa per poi poter valutare in un secondo tempo quali inserire nella proposta di progetto.

Le unità ambientali interessanti il fitness e il benessere-relax possono essere elencate come:

1. Ingresso/Uscita
2. Reception
3. Area attesa
4. Sale corsi
5. Area gym: sezione a corpo libero, sezione macchine, sezione personal trainer, sezione cardio
6. Day SPA
7. Macchine Kinesys-Pilates o altre metodiche relax tipo Yoga – Tai Chi
8. Spinning
9. Palestra bambini
10. Area gioco bambini
11. Area umida : idromassaggio,sauna, bagno turco
12. Piscina
13. Area Wifi/Internet
14. Spogliatoi: zona docce,zona lavandini, zona armadietti, zona wc
15. Spogliatoio family
16. Bar Caffetteria
17. Ristorante
18. Cucina
19. Area estetica
20. Lavanderia
21. Parrucchiere
22. Area relax
23. Locali tecnici
24. Locale impianti vasche
25. Locale attrezzi (ripostiglio)
26. Negozio vendita articoli sportivi
27. Solarium esterno (terrazza)
28. Parcheggio
29. Studio medico per visita – dietista

30. Uffici direzionali

Le unità ambientali di pertinenza dell'area medico-riabilitativa possono essere elencate come:

1. Ingresso/uscita
2. Reception
3. Accettazione
4. Spazi di collegamento
5. Archivio
6. Studi medici
7. Sala di attesa
8. Palestra
9. Palestra cardio-respiratoria
10. Amministrazione
11. Area altre terapie (fisiche - manuali - individuali)
12. Spogliatoio
13. Bagni
14. Ripostiglio
15. Idrokinesiterapia
16. Studi per riabilitazione logopedia – ortottica – terapia occupazionale

Infine si può distinguere un'area di carattere gestionale nella quale prendono parte tutti quei processi di coordinazione, non solo del centro stesso, ma anche tra ospedale, *centro poli-funzione* e differenti enti ed organizzazioni del territorio:

1. Ingresso/uscita
2. Reception
3. Spazi di collegamento
4. Archivio
5. Sala congressi
6. Uffici gestionali e amministrativi
7. Amministrazione
8. Bagni
9. Ripostiglio

Sottolineando il carattere di generalità e riproducibilità che tale progetto deve avere per poter rispondere alle differenti esigenze di una determinata area, si è pensato nelle pagine che seguono di provare a concretizzare tale idea in una struttura che avesse al suo interno una sintesi delle attività sopraelencate.

Il *centro poli-funzione* proposto è situato in una palazzina tra via Ampère e via Vallazze nel quartiere di Lambrate accanto all'ospedale ICCS.

La scelta di ubicazione è da ricercarsi nella volontà da parte della clinica di aprire un secondo polo ad essa connessa in cui far convergere alcuni servizi privati ancora non sviluppati al suo interno.

La vicinanza pertanto diventa un aspetto fondamentale. Permette infatti un contenimento dei costi gestionali e organizzativi; gli stessi uffici che fanno capo all'ospedale possono fornire assistenza di coordinamento, escludendo così l'inserimento di tutte quelle unità funzionali e ambientali di competenza amministrativa.

Non solo ma tale vicinanza consente un continuum terapeutico tra ricovero e post-ricovero; numerose categorie di pazienti necessitano dopo la dimissione di protrarre le cure sia in ambito medico (controlli e visite) che riabilitativo (fisioterapia, attività motoria, terapie fisiche) per poi sfociare in attività a lungo termine come l'attività sportiva.

L'ospedale ICCS ha avuto negli ultimi anni un forte incremento sia in termini volumetrici che come numero di prestazioni erogate, è diventato un punto di riferimento sanitario per tutto il quartiere di Lambrate e non solo. L'idea quindi di inserire un nuovo centro nelle immediate vicinanze è quella di far percepire alla collettività la nuova struttura non come elemento separato, ma come parte del tutto, come suo organo operativo, proprio in vista della nuova concezione di ospedale distribuito già affrontato precedentemente.

La struttura a palazzina suddivisa in 4 livelli, ciascuno di 300 mq, permette la formazione di layers funzionali indipendenti, ma fortemente correlati, non solo tra loro, ma anche alla struttura centrale.

Al piano interrato viene inserita l'area relax con piscina e area SPA, il piano terra è dedicato all'attività sportiva con una palestra, reception e area di ristoro, il piano primo è di pertinenza dell'area medica e riabilitativa, il piano secondo ai servizi sociali territoriali.

La possibilità di un'area esterna da adibire a solarium o area relax completa il progetto.

Il centro sarebbe promotore di un nuovo modo di concepire l'approccio medico allo stato di salute dell'individuo, dando primaria importanza agli obiettivi di *qualità della vita e prevenzione*.

Un team di medici specialisti opererebbe, non solo per diagnosticare e curare le patologie nell'ambito delle proprie competenze, ma soprattutto sosterebbe un nuovo modo di concepire l'approccio alla salute dell'individuo alla luce del progressivo mutamento degli stili di vita.

L'obiettivo primario sarebbe identificare quelle condizioni morbose che possono essere prevenute, corrette o rallentate attraverso una regolamentazione costante del proprio "stato metabolico" dove l'assunzione di comportamenti di vita sani e l'attività fisica vengono considerati fattori determinanti.

Ogni singolo paziente verrebbe "preso in cura" individualmente dai professionisti sanitari al fine di ottenere, attraverso un cambiamento guidato, un miglioramento del proprio equilibrio psico-fisico ed un significativo effetto di prevenzione delle affezioni croniche.

La riabilitazione, intesa come uno strumento indispensabile per il recupero delle funzionalità compromesse in ambito motorio, neurológico, cardiorespiratorio, ma anche come attività fisica "adattata" a specifiche categorie di persone (anziani, metabolici, obesi, oncologici, diversamente abili), sarebbe intrapresa come continuum terapeutico del post-ricovero ospedaliero, come assistenza integrata del "home-care", come attività per il reintegro in qualsiasi ambito della vita.

Il programma riabilitativo verrebbe definito e controllato da medici specialisti secondo le personali competenze e quindi attuato attraverso percorsi individuali o di gruppo sotto la guida di operatori di settore appositamente qualificati.

Il Centro Estetico e la SPA ottempererebbe alle esigenze più che mai attuali di relax, benessere e cura del proprio corpo.

La prerogativa sarebbe quella di creare percorsi e trattamenti personalizzati, combinando tecniche manuali e tecnologie avanzate che tengano conto delle singole esigenze e degli obiettivi dell'utenza, unita alla possibilità di un'impostazione medica specialistica estetico – funzionale. La possibilità di abbinare l'effetto purificatore e rilassante della SPA arricchisce il valore intrinseco dei trattamenti che siano di carattere puramente sportivo, riabilitativo o estetico, perseguendo il principio di cura armoniosa di corpo e mente.

La presenza di un servizio sociale e/o di consultori permette di non trascurare il forte impatto emotivo della malattia, di fornire un'assistenza sociale verso tutti quegli stati morbosi in cui l'aspetto psicologico è primario, di creare un valido connubio tra i benefici dello sport e i miglioramenti della terapia di counseling.

Se inoltre si attuassero strategie di integrazione di servizi tra enti ospedalieri e il nuovo *centro poli-funzione*, tale struttura potrebbe diventare una possibile risposta alla crescente domanda di assistenza, riabilitazione, cura e controllo della salute dovuta all'odierna e futura decentralizzazione dei servizi ospedalieri agli enti territoriali, ai servizi di tipo integrato, ai servizi di "home-care".

BIBLIOGRAFIA in ordine alfabetico

- ALBANESE G. (2004), *Wellness: lo specchio dell'Italia che cambia*, pianeta fitness, 18 maggio, Giovanni Albanese Sport Magazine, in www.consulenzasportiva.it.
- BAER J. (2006), *Wellness: un investimento salutare*, redattore: Private Banking Investment Research, in www.juliusbaer.com.
- BAUMAN Z. (1999), *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bologna.
- BAUMAN Z. (2000), *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano.
- BORGNA P. (2005), *Sociologia del corpo*, Laterza, Roma-Bari.
- DE MASI D. (1999), *Il futuro del lavoro. Fatica e ozio nella società postindustriale*, Rizzoli, Milano.
- DI SANTO R. *La sociologia della salute dal dibattito epistemologico alla "valutazione della qualità del servizio"*
- FERRERO CAMOLETTO R. (2005), *Oltre il limite. Il corpo tra sport estremi e fitness*, Il Mulino, Bologna.
- FRANZON L., CARLINI S. (2007), *Dal Body Building al Fitness, storia di uomini e di passioni*, in "Performance. Magazine di fitness e cultura della salute", n. 2, maggio, pp. 66-8.
- FREY B.S., STUTZER A. (2006), *Economia e felicità. Come l'economia e le istituzioni influenzano il benessere*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- GADAMER (1994), *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano
- GASPARINI A. (2000), *La sociologia degli spazi. Luoghi, città, società*, Carocci, Roma.
- GORI C. (2010), *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli Editori.
- GORI C. (2005), *Politiche sociali di centro-destra*, Carocci, Roma
- GROSSI F. (2006), *Fitness, definizione e obiettivi*, in www.nonsolofitness.it.
- HEWITT M. (1983), *Bio-politics and social policy: foucault's account of welfare*, cap. 9 del libro *The Body*, Sage Publication
- ISTAT (2005a), *Lo sport che cambia. I comportamenti emergenti e le nuove tendenze della pratica sportiva in Italia*, argomenti n. 29, Roma.
- ISTAT (04/2010), *La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali, dell'anziano*, A. Burgio, A. Battisti, A. Solipaca, S.C. Colosimo, L. Sicuro, G. Damiani, G. Baldassarre, G. Milan, T. Tamburrano, R. Cialesi e W. Ricciardi

- ISTAT (2007b), *L'Italia in cifre. Una selezione di dati aggiornati sulla vita economica e sociale del paese*, Roma.
- ISTAT (2007c), *“L'uso del tempo”. Indagine multiscopo sulle famiglie, anni 2002-3*, settore Famiglia e società, Roma.
- ISTAT (2006d), *Annuario statistico italiano*, cap. 3 Sanità e salute, Roma.
- ISTAT (2002e), *“Sport e attività fisiche”. Indagine multiscopo sulle famiglie “I cittadini e il tempo libero” – Anno 2000*, settore Famiglia e società – Cultura, Roma.
- JACOBS J. (1969), *Vita e morte delle grandi città. Saggio sulle metropoli americane*. Piccola biblioteca Einaudi, Torino.
- MARTINOTTI G. (1993), *Metropoli. La nuova morfologia della città*, Il Mulino, Bologna.
- MONDO SALUTE LOMBARDIA, periodico a carattere tecnico informativo professionale, anno VI, n°1, gennaio 2013
- MORACE F. (2004), *Body Visions. Le 6 tendenze del benessere e della bellezza nel mondo*, Libri Scheiwiller, Milano.
- NERI M. (2006), *Elogio all'ozio: frenesia fitness e tempi da ritrovare*, in “Performance. Magazine di fitness e cultura della salute”, n. 4, dicembre, pp. 116-117.
- PAPARELLI L. (2000), *Dalla ginnastica al wellness* (tesi di laurea).
- PELLEGRINO P. (Dicembre 2005), *La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale*, Dipartimento di Politiche Pubbliche e Scelte Collettive – POLIS, Working paper n. 62
- POLLARINI A. (2006), *Un nuovo approccio: i nextgames. “Sport e fitness nel terzo millennio: attuali tendenze e prospettive”*, seminario di aggiornamento, 19 ottobre, Scuola Regionale dello Sport Marche, Ancona.
- QUADRELLI E. (2001), *Giovani senza tempo. Il mito della giovinezza nella società globale*, Ombre Corte, Verona.
- RUSSO M.T. (2004), *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*, Rubbettino, Soveria Mannelli, Catanzaro.
- SANTINI C. (2006), *Il fitness come attività di prevenzione e riabilitazione. “Sport e fitness nel terzo millennio: attuali tendenze e prospettive”*, seminario di aggiornamento, 19 ottobre, Scuola Regionale dello Sport Marche, Ancona.
- SASSATELLI R. (2000), *Anatomia della palestra. Cultura commerciale e disciplina del corpo*, Il Mulino, Bologna.
- SASSATELLI R. (2006), *Corpi in forma, fitness e palestra* in Boswell G. e Poland F, *Women's Body*, Macmillan, Londra

SICA L. (2001), *Narcisismo tic di massa*, intervista a Gemma Corradi Fiumara, SWIF rassegna stampa, in La Repubblica, 22 luglio.

SIEBECK R. (1949), *Medizin in Bewegung: Klinische Erkenntnisse ärztliche Ausgabe*, Thieme, Stuttgart oppure (1953) *Medicina en movimento: interpretaciones clínicas para médicos*, Editorial Científico-Médica, Barcelona

SGRECCIA P. (2009), *I concetti di salute e malattia*, tratto da corso di aggiornamento in Bioetica ed etica medica, Castello di Serravalle Repubblica di San Marino.

THEMA, Protagonisti della Sanità, rivista 01/2011, *La centralità del paziente nell'organizzazione sanitaria*, di Bresciani L. e Boscagli G.

REGIONE LOMBARDIA (2009) - *Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale*, Bilancio sociale 2008, Milano

REGIONE LOMBARDIA (2000) - *Giunta Regionale*, Milano

URRY J. (1995), *Lo sguardo del turista. Il tempo libero e il viaggio nelle società contemporanee*, Seam, Roma.

SITOGRAFIA in ordine alfabetico

<http://www.andersonfloorwarming.co.uk/Projects/Commercial/Renfrew%20Health%20Centre.html>

http://www.ben.iss.it/pre_2002/febbraio02/2.htm

<http://www.benessere.com>

<http://www.camera.it/465?area=30&tema=34&II+controllo+della+spesa+sanitaria>

<http://www.cdi.it/it/nostriservizi/fisioterapia.html>

<http://www.cdi.it/it/nostriservizi.html>

<http://www.centripalagym.it/>

<http://cetri-tires.org/press/tt/salute-sostenibile/?lang=it>

<http://www.clydewaterfront.com/about-clyde-waterfront/image-galleries/renfrew-riverside--scotstoun>

<http://www.crocerastadium.it/chisiamo.html>

<http://www.dezeen.com/2011/03/25/rehabilitation-centre-groot-klimmendaal-by-architectenbureau-koen-van-velsen/>

<http://fitnesstrend.it>

<http://www.ehealthforum.it/node/3542>

<http://europaconcorsi.com/projects/193281-Centro-di-Riabilitazione-e-Fisioterapia-eer-il-Centro-Diagnostico-Italiano-via-Saint-Bon-Milano>

<http://europaconcorsi.com/projects/63201-Virgin-Active-Fitness-Club-Venezia-Mestre>

<http://www.famiglia.regione.lombardia.it>

<http://www.filosofico.net/bauman.htm>

<http://www.fitnesstrend.com/>

http://www.fsk.it/pubblicazioni/documentilibri/rapportosanita2000/CAP8_Micossi.pdf

http://www.glasgowarchitecture.co.uk/renfrew_health_social_work_centre.html

<http://www.globusmagazine.it/cresce-in-italia-la-spesa-sanitaria-lombardia-up-lazio-down>

<http://www.guidarini-salvadeo.it/progetti.htm?idcat=pub#>

<http://holmesmiller.com/>

http://www.intelligenzaemotiva.it/Centro_pilota/Intervento%20Barbara.pdf

<http://www.italianieuropei.it/it/la-rivista/archivio-dei-quaderni/item/1225-nuovi-percorsi-del-paziente-ospedalizzato/-deospedalizzato.html>

<http://www.lombardiasociale.it/2012/12/18/i-territori-alla-prova-della-crisi-riprogettano-le-collaborazioni-e-riprendono-le-esperienze-delle-equipe-integrate/>

<http://www.lombardiasociale.it/2012/12/19/spending-review-scelte-nazionali-e-locali/>

<http://www.ministerosalute.it>

<http://www.nonsolofitness.it>

http://www.nhsggc.org.uk/content/default.asp?page=s1192_3&newsid=11055&back=s8_1

http://ospitiweb.indire.it/adi/Multicult/global40_1a.htm

<http://www.pfizer.it/cont/progetti/pfizer-forum/0804/2104/lo-sviluppo-passa-anche-dalla-salute.asp>

<http://www.regione.lombardia.it>

<http://www.socialesalute.it/articolo/101-riabilitazione-aumento-delle-tariffe-e-sostenibilita-economica>

http://www.stcpoint.it/centro_medico_sportivo.htm

http://www.theplan.it/J/index.php?option=com_content&view=article&id=2216%3Arehabilitation-centre-groot-klimmendaal-&Itemid=1&lang=it

<http://www.topboxdesign.com/renfrew-health-and-social-work-centre-in-renfrew-united-kingdom/>

<http://www.usl8.toscana.it/index.php/info-e-comunicazione/ufficio-stampa/archivio-comunicati>

<http://www.villaggiobenessere.it/chisiamo.asp>

<http://www.virginactive.it>

<http://www.wayfitness.net>

<http://www.wikipedia.org>

<http://it.wikipedia.org/wiki/Salute>

<http://www.20hours.it>