

# Documento di fattibilità delle alternative progettuali e indirizzo alla progettazione (DFAP)

Con la presente nota si manifesta la volontà, già espressa dal CDA di Remaggi, di impegnare l’attività dell’ASP per sviluppare e valorizzare indirizzi di politica socio-sanitaria orientati verso due prospettive.

Da una parte una sempre più qualificata caratterizzazione ed organizzazione dei servizi a favore degli ospiti, dall’altra la disponibilità di mettere a disposizione spazi e risorse professionali per la realizzazione di interventi di interesse territoriale che vadano ad inserirsi, in coerenza con le scelte della programmazione Zonale dei Sindaci, nell’arricchimento di opportunità e servizi per la cittadinanza.

Uno dei settori da implementare attraverso una specifica progettazione potrebbe inserirsi nell’ambito riabilitativo di persone disabili, come per esempio, la realizzazione di una piscina terapeutica da tempo richiesta anche da parte delle Associazioni dei Familiari.

## 1. Progetto acqua e disabilità

### La disabilità “cronica” e la necessità di prevenire le conseguenze secondarie della disabilità

La ricerca e l’osservazione clinica mostrano che le persone con una disabilità fisica vanno incontro, con l’avanzare dell’età, ad un forte rischio di sperimentare conseguenze secondarie, dirette o indirette, della disabilità stessa. Pertanto, la persona con disabilità fisica va incontro ad un declino funzionale che ne può compromettere l’indipendenza e la partecipazione, portandola a ridurre ulteriormente le proprie capacità, la propria integrazione e la propria inclusione sociale.

L’insorgenza e la durata delle condizioni secondarie sono fortemente correlate alla gravità della disabilità.

Le più frequentemente descritte sono: dolore cronico e astenia, problemi intestinali o urinari, ulcere da pressione, insufficienza respiratoria, depressione, osteoporosi, artrite o artrosi, cadute e fratture, riduzione ulteriore della mobilità, ipertensione, cardiopatie e problemi sensoriali e cognitivi.

In ambito riabilitativo la gestione della fase “stabilizzata” della disabilità ha sempre rappresentato una forte criticità, perché considerata spesso come una fase statica, priva di modificabilità. Questa visione, orientata sul post-acuzie e sulla medicalizzazione del paziente, ha portato a riservare scarsa attenzione alla necessità di intervenire per evitare che si instaurino condizioni secondarie conseguenze della disabilità.

Riteniamo invece che la prevenzione secondaria e terziaria debbano far parte integrante della presa in carico riabilitativa, intesa come intervento globale che punta alla gestione della persona disabile nel breve, nel medio e nel lungo termine.

Infatti, per la persona con disabilità, specie se grave e condizionante l’autonomia, risulta impossibile mettere in atto qualsiasi strumento di prevenzione attiva e la percezione della disabilità va nella direzione dell’evoluzione e non della stabilità.

Per questo il presidio fondamentale per la prevenzione secondaria e terziaria è l’esercizio assistito: molte condizioni disabilitanti che limitano il range di movimento articolare determinano rigidità e aumentano la contrattura muscolare. Le condizioni disabilitanti inoltre restringono la mobilità e quindi l’opportunità di esercizio, che migliora il circolo sanguigno, il trofismo muscolare e cutaneo. Le persone con disabilità tendono ad aumentare di peso con l’età: questo peggiora la condizione, con ulteriore limitazione della mobilità.

Il movimento viene universalmente considerato un determinante di salute, tant’è che l’attività fisica, anche «adattata», è considerata un elemento fondamentale per promuovere i corretti stili di vita, ma anche uno strumento di prevenzione sia primaria che terziaria.

Di conseguenza, negli ultimi anni si è assistito ad una crescente diffusione della «cultura del movimento», che si è propagata parallelamente ai recenti cambiamenti sociali e culturali.

La Regione Toscana fin dal 2005 ha inserito l’attività fisica adattata (AFA) tra le azioni di sanità d’iniziativa, rivolgendola in modo particolare a quello spicchio consistente di popolazione che, presentando condizioni dolorose ricorrenti quali sindrome algica da ipomobilità o da osteoporosi, rachialgia cronicizzante o riduzione delle capacità funzionali a causa di esiti invalidanti da malattie quali Parkinson, esiti di ictus, malattie reumatiche, ecc., andava incontro ad una progressiva riduzione delle abilità a causa degli effetti diretti ed indiretti della sedentarietà.

Nonostante la evidente diffusione della «cultura del movimento» e il tentativo di rimuovere quei fattori di tipo sociale, economico e culturale che ne ostacolano la definitiva affermazione, il coinvolgimento delle persone con disabilità fisica grave, con importanti limitazioni funzionali risulta estremamente difficoltoso.

Il disabile fisico grave al quale ci riferiamo è una persona che ha difficoltà a governare il proprio corpo e spesso soffre di una ridotta capacità a relazionarsi con il mondo, una persona che, a causa delle modificazioni nelle strutture e nelle funzioni corporee, non è spesso coinvolto in programmi di attività fisica.

Per questa tipologia di persone, per le quali la riduzione delle capacità funzionali è tale da non permettere nessun tipo di dell’attività fisica adattata, la riabilitazione resta troppo spesso l’unico contesto capace di rispondere al bisogno di salute e movimento, con evidenti difficoltà di integrazione del percorso sanitario con quello socio-assistenziale.

### SULL’ONDA DELLE ESPERIENZE FATTE

Tenuto conto di queste premesse, l’Area Sud del Dipartimento di Riabilitazione dell’Azienda USL Toscana Nord-Ovest ha iniziato ad interrogarsi circa la possibilità di trovare un equilibrio fra la necessità di movimento e l’impossibilità di effettuarlo al di fuori dell’ambiente sanitario delle persone con gravi disabilità fisiche. Prendendo spunto dall’esperienza dell’attività in acqua da tempo svolta in Valdera – presso la Misericordia di Fornacette – in accordo e collaborazione con la Società della Salute delle Valli Etrusche – abbiamo ipotizzato di valutare la replicabilità del Progetto presso la Piscina “Ego” di Rosignano.

Questi 2 esempi, sebbene nati in tempi diversi e indipendenti fra loro, sono accomunati dell’idea di progettare un’attività di prevenzione delle conseguenze secondarie della disabilità fisica grave<sup>1</sup> attraverso l’esercizio assistito – da svolgere in acqua individualmente o in piccoli gruppi (2 – 3 persone) – in un contesto sì protetto<sup>2</sup>, ma comunque capace di enfatizzare gli aspetti di inclusione sociale e partecipazione.

L’obiettivo di entrambe queste esperienze è quello i individuare una modalità nuova per gestire il mantenimento delle abilità della persona con disabilità: l’attenzione rivolta al recupero funzionale durante le fasi sanitarie del percorso deve trovare un senso, uno scopo che va oltre l’azione, il movimento in sé, ma va verso il «vivere meglio» ricercato nelle fasi socio-assistenziali del percorso stesso.

<sup>1</sup> L’utente viene inserito nel suddetto percorso se, in base alla valutazione effettuata dall’équipe riabilitativa, il punteggio ottenuto con la Scala di Instabilità Clinica (S.I.C.) non è > 1 e quello alla Scala di Barthel è < di 50.

<sup>2</sup> Piscina Senza Barriera, ossia che può essere accessibile in autonomia dalla persona disabile sia rispetto all’accesso allo spogliatoio, che al bordo vasca. L’immersione in acqua deve essere possibile attraverso l’uso di un idoneo sollevatore.

### ***Perché l'acqua?***

In virtù delle sue caratteristiche chimico-fisiche, l'acqua rappresenta l'elemento nel quale il movimento, specie quello non-funzionale, può essere effettuato in maniera facilitata.

Infatti, in acqua si assiste ad una riduzione della gravità che si traduce in minor stress articolare e maggior controllo del dolore. Sempre in virtù dell'effetto antigravitario, in acqua è facilitata l'assunzione della posizione verticale del corpo anche se sospesa, con noti vantaggi a carico dell'apparato cardio-respiratorio. L'acqua, specie se la sua temperatura è vicina ai 33° C, ha un effetto compressivo e rilassante sull'apparato muscolare, vantaggio questo che si amplifica nelle persone con disordini motori, per le quali l'acqua rappresenta un mezzo di facilitazione del movimento residuo.

Attraverso l'impiego di attrezzature (semplici) specifiche che favoriscono il galleggiamento, la persona disabile può essere aiutata nell'effettuazione di movimenti residui altrimenti poco sollecitati.

### ***Quando l'acqua?***

Se il movimento è un determinante di salute e l'attività fisica (anche adattata) rientra nei corretti stili di vita, lo è ancor di più per la persona con un alto grado di disabilità fisica, che ha bisogno del movimento non solo per i benefici psicofisici generali, ma anche per favorire la prevenzione terziaria e contenere il più possibile il rischio di un innalzamento della richiesta di aiuto.

Trattandosi di un'alta modalità di integrazione socio-sanitaria, l'attività in acqua deve essere proposta dall'UVM-D e/o dall'équipe riabilitativa che hanno in carico la persona disabile e la sua famiglia.

### ***Dove l'acqua?***

Tenendo conto del grado di disabilità motoria delle persone che hanno usufruito dell'esperienza di Fornacette (PI) e Rosignano (LI), possiamo stabilire che l'attività in acqua può essere effettuata in una piscina accessibile, ossia dove la persona disabile può raggiungere in carrozzina il bordo vasca, può essere facilmente sollevata dalla carrozzina ed immersa in acqua e viceversa, dove la temperatura dell'acqua è mantenuta il più possibile vicina ai 33° C. e dove sono presenti spogliatoi e docce accessibili.

Risultano pertanto fondamentali i presidi che consentono al disabile di essere trasferito in acqua. È evidente che più il dispositivo è "vicariante", più ampia risulta la popolazione di disabili motori gravi che possono essere coinvolti: la presenza di un sollevatore per il trasferimento della persona dalla propria carrozzina/seggione all'acqua e viceversa risulta essere il presidio più idoneo che, se dotato di un'apposita imbracatura a passanti (amaca) o con seduta, è in grado di rendere accessibile l'attività in acqua anche a chi non controlla il capo.

### ***Come l'acqua?***

La persona con disabilità motoria grave deve essere indirizzata all'attività in acqua dall'équipe riabilitativa che l'ha in carico. Sono previsti pacchetti di 12 accessi, a cadenza settimanale, per complessivi 2 pacchetti/anno.

La durata di ogni accesso è di 1 ora e l'attività può essere individuale o di piccolo gruppo (2-3 persone), su indicazione del Dipartimento di Riabilitazione.

La prestazione erogata è l'esercizio in acqua in forma individuale o in piccolo gruppo.

La seduta singola verrà valorizzata 50 € cad., mentre la seduta in piccolo gruppo (2 - 3 persone) 70 € cad.

Gli utenti inseriti nel Progetto dovranno essere seguiti da personale qualificato.

### ***Diffusione sul territorio***

Pur non rientrando fra i setting delle attività sanitarie di riabilitazione, si ritiene che questo tipo di attività possa rappresentare una risposta appropriata e replicabile da diffondere sull'intero territorio aziendale, quale forma di integrazione socio-sanitaria che può rispondere al bisogno di presa in carico delle persone con disabilità motoria grave diffusione nell'ottica della diffusione della «cultura del movimento».

### **Localizzazione della piscina**

Sulla base delle planimetrie allegate il concorrente dovrà ipotizzare una soluzione progettuale che preveda la costruzione della piscina sul lato nord della torretta con la creazione di spogliatoi lato sud collegati da un corridoio interno.

Il concorrente dovrà prevedere la migliore soluzione per l'accesso all'area ipotizzando sia soluzioni che prevedono il passaggio dalla proprietà attigua, dove è in sviluppo la realizzazione di un parcheggio oppure dall'interno della struttura.

### **Caratteristiche tecniche di massima da sviluppare nell'idea progettuale**

#### **Tenuto conto che i disabili minori e adulti che potranno essere fruitori della piscina saranno**

- persone affette da spasticità, distrofia muscolare, atrofia muscolare e paraplegia;
- anche per le persone non vedenti;
- soggetti con disabilità intellettiva e relazionale;

La piscina interrata dovrà prevederne la realizzazione con dimensioni che ne permettano la migliore gestione in sicurezza di tutti coloro che entreranno nella struttura e tale da essere compresa nel lato nord della torretta, dove già è presente un calpestio.

### **Elementi necessari per la realizzazione della piscina**

Si chiede di prendere visione delle normative e delle caratteristiche delle piscine pubbliche al seguente link: <http://www.piscinepubbliche.com/normative-di-riferimento-piscine-pubbliche.html>

Dal punto di vista tecnico dovranno essere indicate le normative tecniche architettoniche che si intendono utilizzare per la realizzazione della piscina e le eventuali norme che consentiranno l’accreditamento sanitario delle prestazioni socio riabilitative che si intendono realizzare nella struttura. Il rispetto di tutte le normative porterà alla soluzione dell’idea progettuale che il progettista presenterà alla stazione appaltante

Dalla “**Bozza disciplina interregionale sulle piscine – Sviluppo Accordo Stato - Regioni PP.AA. del 16/01/2003**” vengono definite:  
“**Piscina**” un complesso attrezzato per la balneazione che comporti la presenza di uno o più bacini artificiali utilizzati per attività ricreative, formative, sportive e terapeutiche esercitate nell’acqua contenuta nei bacini stessi;

Per “**piscina ad uso terapeutico**”: la piscina nella quale vengono svolte attività di cura e riabilitazione disciplinate dagli articoli 193 e 194 del T.U.LL.SS. R.D. 27 luglio 1934 n.1265;

In base all’utilizzo la piscina terapeutica che s’intende costruire rientra nel tipo g): **Vasche per usi terapeutici (curativi e riabilitativi), aventi** requisiti morfologici e funzionali nonché dotazione di attrezzature specifiche per l’esercizio esclusivo di attività riabilitative e rieducative sotto il controllo sanitario che il progettista dovrà seguire nell’allestimento dell’idea progettuale;

**Copertura** in linea con lo stile architettonico della RSA si chiede ai progettisti di ipotizzare **più soluzioni fra quelle indicate nelle seguenti tipologie** citate nella Bozza sopra indicata:

- Tipologia 2** Piscine coperte: costituite da complessi con uno o più bacini artificiali confinati entro strutture chiuse permanenti;
- Tipologia 3** Piscine di tipo misto: costituite da complessi con uno o più bacini artificiali scoperti e coperti utilizzabili anche contemporaneamente;
- Tipologia 4** Piscine di tipo convertibile: costituite da complessi con uno o più bacini artificiali nei quali gli spazi destinati alle attività possono essere aperti o chiusi in relazione alle condizioni atmosferiche

**E’ necessario che il progettista preveda la realizzazione della scaletta della piscina** per entrare e uscire in sicurezza dal luogo acquatico, con un corrimano e sia realizzata con materiali di qualità e durata nel tempo.

Dovrà indicare fra le soluzioni quella ritenuta più idonea motivandola tra le scalette interrate o fuori terra indicando il materiale che intende utilizzare e il motivo per cui ritiene migliore ai fini della sicurezza e della durata nel tempo quello scelto indicando il tipo di corrimano e i motivi per cui si sceglie un tipo piuttosto che un altro. L’idea dovrà prevedere il numero degli scalini e motivare la scelta e la larghezza, spessore e materiale in cui è realizzata nonché le guarnizioni tra gli scalini e i corrimani che devono essere necessariamente antiscivolo

Il progettista dovrà prevedere oltre alla scaletta anche il tipo di sollevatore da piscina per persone con handicap e il numero indicando il tipo di materiale necessariamente resistente all’acqua con sistema di frenata e antiribaltamento, poggiatesta, poggiapiedi e cintura di ritenzione e quant’altro renda il disabile sicuro durante le movimentazioni in piscina.

Pavimentazione antiscivolo in grado di far arrivare in sicurezza ospiti in carrozzina, deambulatori, stampelle e persone non vedenti.

Il pavimento dovrà essere dotato anche di percorsi per gli ospiti non vedenti sia negli spogliatoi nel corridoio e nel locale piscina

Dovrà essere prevista la localizzazione di bagni per disabili, di zona ufficio e ricevimento ospiti, la zona doccia e la rubinetteria dovrà essere fruibile per gli utenti in autonomia e/o con accompagnatore con idonea struttura che ne consenta il rispetto della privacy e dignità nelle operazioni di vestizione/svestizione.

Dovrà essere prevista la zona spogliatoi da ricavare a Sud della torretta e collegata alla zona piscina posizionata a Nord della torretta da un corridoio interno. Dovranno essere indicati arredi che sin intendono inserire nella struttura

La struttura dovrà essere illuminata e per garantire un risparmio energetico si chiede di ideare una modalità che consenta alla luce solare di entrare il massimo possibile nella zona piscina, con uso di vetrate o altre soluzioni migliorative, spogliatoio garantendone al contempo la privacy.

Per garantire un microclima interno sia d’inverno che d’estate con l’attenzione al risparmio energetico il progettista dovrà presentare la migliore idea spiegandone le ragioni della scelta fra tutte le possibilità.

I materiali devono essere durevoli e a norma, la struttura antisismica e resistente nel tempo con la normale manutenzione che vorrà essere indicata.

Si ricorda ai progettisti di studiare una soluzione che tenga conto di quanto previsto dal punto **13.6.1** della “Bozza” sopra indicata – “**nelle vasche di tipo a, b, g, h come classificate al punto 2.3:** un bagnante ogni 5 m2 di specchio d’acqua calcolato sul totale delle vasche di questi tipi presenti nella stessa sezione”, previsto come numero massimo di bagnanti ammissibili previsto dalle disposizioni tecniche regionali che in nessun caso potrà essere superato. In ottemperanza al punto **13.8 della Bozza** - Le piscine della Categoria C, nella quale rientra quella che la struttura intende costruire, devono essere dotate di sistemi o procedure atte a rilevare in ogni momento il numero di frequentatori presenti nelle aree di riferimento, nonché a limitare l’accesso di ulteriori utenti oltre il numero massimo consentito.

Da ultimo al fine di far ottenere alla piscina l’autorizzazione necessaria allo svolgimento dell’attività, il progettista dovrà redigere la sua idea tenendo conto di quanto previsto al punto **12.1 della Bozza sopra indicata - L’esercizio delle piscine di cui alla Categoria C rientra nell’ambito autorizzativo di cui all’art.194 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie R.D. 27 luglio 1034 n. 1265, in quanto costituiscono strumento terapeutico o riabilitativo della struttura stessa.**

Il RUP

Il Presidente dell’ordine degli architetti