



Lavori di messa a norma e adeguamento di una parte del complesso denominato "LA MADDALENA" di Aversa da destinare a "CITTADELLA DELLA SALUTE" per attività rivolte a soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze
CUP. H33D19000230001

PROGETTO DEFINITIVO

ELAB. N°: EG.03	ELABORATI GENERALI		
	TITOLO: Relazione sulle barriere architettoniche		
FILE: EG.03.doc	NAPOLI	ELABORATO	VERIFICATO
	DATA	18 maggio 2022	23 maggio 2022
	SIGLA		
ARCHIVIO: 06/22 - 554	REVISIONE	1	Luglio 2022 - Riscontro nota di Verifica n°1 - ASL CE prot. n. 319695 del 19.07.22
		2	Agosto 2022 - Riscontro nota di Verifica n°2
		3	



RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: arch. Palmira Casella

PROGETTAZIONE - ATI

3TI PROGETTI ITALIA
INGEGNERIA INTEGRATA S.p.A.
Via delle Sette Chiese 142, 00145 ROMA - ITALIA
tel +39 0655301518 fax +39 0655301522
www.3tiprogetti.it - info@3tiprogetti.it

MANDATARIA

SERVIZI INTEGRATI
engineering and consulting services

MANDANTE

STUDIO CARIANI

MANDANTE

MANAGEMENT & INGEGNERIA S.r.l.

MANDANTE

PROGETTISTI:

Coordinamento generale e Responsabile delle integrazioni specialistiche
ing. Nicola Salzano de Luna

Responsabile architettura:
arch. Giorgio Salzano de Luna

Responsabile strutture:
ing. Giuseppe Vitiello

Responsabile impianti:
ing. Matteo Salzano de Luna

Responsabile geologia:
dott. geol. Fabrizio Pisani Massamormile

Sommario

1	DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE 13/1989 E DM 236/1989	2
2	GENERALITA'	3
3	INQUADRAMENTO SOCIALE E PROGRAMMATICO	4
	OBIETTIVI DELLE OPERE.....	4
4	CRITERI GENERALI DI PROGETTAZIONE.....	9
5	ACCESSIBILITÀ DEI PADIGLIONI "VERGA" E "PUCA".....	12

1 DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE 13/1989 E DM 236/1989

I sottoscritti, come identificati di seguito,

- Nicola Salzano de Luna, nato a Napoli il 08.05.1955, CF SLZNCL55E08F839N, di professione ingegnere ed iscritto all' Albo degli Ingegneri della Provincia di Napoli al n° 6821, Direttore Tecnico della Servizi Integrati Srl, con sede in Napoli, alla via Riviera di Chiaia, 105;
- Giorgio Salzano de Luna, nato a Napoli il 07.05.1988, di professione Architetto ed iscritto all' Albo degli Architetti PPC della Provincia di Napoli al n° 11912 - Sez. A - socio e progettista architettonico della Servizi Integrati Srl, con sede in Napoli, alla via Riviera di Chiaia, 105;

in qualità di progettisti dell'intervento di restauro e riqualificazione funzionale dei corpi di fabbrica denominati "*Padiglione PUCA*" e "*Padiglione VERGA*", facenti parte di un importante complesso ospedaliero e monumentale de "*LA MADDALENA*", ubicato nel centro urbano del Comune di Aversa e destinato in passato ad ospedale psichiatrico :

DICHIARANO

la conformità degli elaborati progettuali relativi ai piani terra/rialzato e livello superiore di cui si compongono i due edifici sopra richiamati, da destinare a moderno Polo Sanitario per attività rivolte a soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze, una sorta di "*CITTADELLA DELLA SALUTE*", con laboratori di riabilitazione per il reinserimento nel tessuto sociale e produttivo.

Ai sensi dell'art. 10, comma 10.2 del DM n° 236/1989, i sottoscritti riportano di seguito la Relazione Tecnico - Illustrativa delle soluzioni progettuali adottate ai fini dell'abbattimento delle barriere architettoniche per la nuova struttura socio - sanitaria - assistenziale, aperta ad un' utenza pubblica, con rimando a quanto contenuto negli elaborati grafici di progetto del set "*Architettura - Distribuzione Funzionale*" parte integrante alla presente relazione.

Napoli, 27 maggio 2022

I progettisti

ing. Nicola Salzano de Luna

arch. Giorgio Salzano de Luna



2 GENERALITA'

La presente Relazione, come già accennato, descrive gli interventi di restauro e riqualificazione funzionale dei corpi di fabbrica denominati "**Padiglione PUCA**" e "**Padiglione VERGA**", facenti parte di un importante complesso ospedaliero e monumentale de "**LA MADDALENA**", ubicato nel centro urbano del Comune di Aversa e destinato in passato ad ospedale psichiatrico.

Nel seguito si illustrano i criteri generali adottati nella progettazione ai fini di rendere la struttura socio-sanitaria "*accessibile*" e "*visitabile*" nel pieno rispetto della normativa vigente in materia, superando il pedissequo rispetto della normativa, con un approccio metodologico teso a rendere i due fabbricati negli spazi interni ed esterni "**accessibili universalmente**" sulla base del principio: "***l'accessibilità non è un requisito ambientale bensì una qualità fondamentale***" di approccio al progetto che pone attenzione all'uomo, alle sue esigenze ed alla considerazione della diversità della popolazione.

L'accessibilità è tutto ciò che rende agevoli e fruibili le strutture ed i servizi del territorio.

Per gran parte dei progettisti, il superamento delle barriere architettoniche è semplicemente un obbligo normativo, con interventi spesso incoerenti e appariscenti, limitati a rampe e servizi igienici, sullo stereotipo del disabile visto unicamente come persona su sedia a ruote. Il concetto di disabilità è molto più ampio e comprende chiunque, in modo permanente o temporaneo, si trovi in difficoltà nei movimenti o nelle percezioni sensoriali. Anche il concetto di barriera architettonica è spesso frainteso/limitato all'ostacolo fisico, mentre invece comprende elementi più svariati, causa di limitazioni percettive oltre che fisiche: gradini o passaggi angusti, pavimentazioni sdruciolevoli o irregolari, scale prive di corrimano, rampe con forte pendenza o lunghe, luoghi d'attesa privi di sedute o protezione dagli agenti atmosferici se all'aperto, terminali di impianti troppo in alto o in basso, mancanza di indicazioni ed informazioni chiare che favoriscano l'orientamento, elementi che rappresentano "*ostacolo per chiunque*" fruiscia di un bene. Il salto di scala di tipo culturale per risultati positivi è considerare le normative non come "*vincolo*" penalizzante ma come "*opportunità*" positiva per un beneficio generalizzato di un ambiente confortevole e sicuro per "*chiunque*".

PROGETTO DEFINITIVO

PADIGLIONI PUCA E VERGA - ELABORATI GENERALI

EG.03_Relazione sulle Barriere Architettoniche

3 INQUADRAMENTO SOCIALE E PROGRAMMATICO**OBIETTIVI DELLE OPERE**

In Campania una molteplicità di fattori favoriscono elevati livelli di assistenza di natura complessa ovvero la sussistenza di condizioni di "fragilità" che possono essere affrontate solo attivando una risposta integrata di natura sociosanitaria.

INDICATORI SOCIOECONOMICI REGIONE CAMPANIA (ANNO 2014) DATI ISTAT AREA TEMATICA				
Area Tematica	Descrizione indicatore	% Campania	% Mezzogiorno	% Italia
Istruzione e formazione	1) Giovani che abbandonano prematuramente i percorsi di istruzione e formazione professionale	19,7	19,3	15
	2) Tasso giovani NEET	36,3		26,2
Mercato del lavoro	3) Tasso di occupazione	39,2	41,8	55,7
	4) Tasso di disoccupazione giovanile	56	55,9	42,7
	5) Tasso di disoccupazione (pop.15 anni e oltre)	21,7	20,7	12,7
Inclusione sociale	6) Indice di povertà	20	23,6	12,9
Sicurezza e legalità	7) Tasso di criminalità organizzata e di tipo mafioso	3	3,5	2
	8) Tasso di omicidi	1,1	1,1	0,8
	9) Tasso di irregolarità nel lavoro	19,3	20,9	12,1

Legenda Indicatori socioeconomici della Regione Campania

- 1) % della popolazione 18-24 anni con al più la licenza media, che non hanno concluso un corso di formazione professionale riconosciuto dalla regione di durata superiore a 2 anni e che non frequenta corsi scolastici o svolge attività formative.
- 2) giovani tra i 25 e 29 anni non occupati né inseriti in un percorso regolare di istruzione/formazione in percentuale sulla popolazione nella corrispondente classe d'età.
- 3) % persone occupate in età 15-64 anni sulla popolazione nella corrispondente classe d'età.
- 4) % persone in cerca di occupazione in età 15- 24 anni su forze-lavoro nella corrispondente classe d'età.
- 5) % persone in cerca di occupazione in età 15 anni o oltre sulle forze lavoro nella corrispondente classe d'età.
- 6) % persone che vivono al di sotto della soglia di povertà.
- 7) reati associativi (per 100.000 ab.).
- 8) omicidi volontari consumati per 100.000 abitanti.
- 9) % unità di lavoro irregolari sul totale delle unità di lavoro.

PROGETTO DEFINITIVO

PADIGLIONI PUCA E VERGA - ELABORATI GENERALI

EG.03_Relazione sulle Barriere Architettoniche

L'analisi degli indicatori appartenenti all'area della valutazione economica, dell'istruzione e formazione, del mercato del lavoro, dell'inclusione sociale, della sicurezza e legalità, mostrano infatti come i relativi valori risultino costantemente inferiori alla media nazionale incidendo in maniera rilevante sullo stato di salute dei cittadini. L'incidenza dei fattori sociali in quella che oggi viene definita "Area della Dipendenza" e della "Fragilità" risulta evidente.

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del T.U. 309/90, disciplina il cambio di denominazione dei Servizi in materia da: "Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T)" a "Servizi per le Dipendenze (Ser.D)".

Tale cambiamento, non solo terminologico, costituisce una presa d'atto della complessità del fenomeno, non più legato esclusivamente all'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche da altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc...).

Il numero di iscritti ai Ser.D, in regione Campania, per uso di sostanze sembra costante negli anni (n. 10.112 al 31/12/2015, mentre per l'Alcool risultano n. 3160 – vedi tabella) fonte dati: Sistema Informativo Dipendenze (SID).

UTENTI ALCOLISTI IN CARICO DEI SER.D – ANNO 2015	
ASL	UTENTI
AV	293
BN	101
CE	529
NA 1 CENTRO	619
NA 2 NORD	314
NA 3 SUD	456
SA	848
TOTALE	3.160

Parimenti è aumentato nel corso degli anni il numero dei consumatori di cocaina e cannabis, anche se la sostanza prevalente rimane l'eroina, con aumento dei soggetti poliassuntori. La fascia di età predominante per la prima iscrizione ai Ser.D è rappresentata da quella dei 35-40 anni.

Per quanto invece attiene al numero di iscritti per le cosiddette "dipendenze senza sostanze", emerge il dato allarmante del numero di utenti in carico per Disturbo da Gioco D'Azzardo Patologico (GAP), pari a 1.207 al 31.12.2015 ed, aspetto ancora più preoccupante, tale valore in ciascun anno dell'ultimo triennio risulta aumentato del 50% rispetto al numero di assistiti dell'anno precedente.

PROGETTO DEFINITIVO

PADIGLIONI PUCA E VERGA - ELABORATI GENERALI

EG.03_Relazione sulle Barriere Architettoniche

Questi dati impongono una riorganizzazione dei servizi pubblici per le dipendenze attualmente tarati sul consumo di eroina e su una visione prevalentemente medica. In merito a tale problematica, la Regione Campania ha avviato una rilevazione semestrale del numero di cittadini in carico per GAP assistiti presso le AASSLL ed alcune Aziende hanno già attivato ambulatori dedicati.

UTENTI AFFETTI DA GAP DIVISI PER ASL	
ASL	UTENTI
AV	75
BN	13
CE	163
NA 1 CENTRO	156
NA 2 NORD	215
NA 3 SUD	261
SA	324
TOTALE	1.207

Il territorio di azione dei Ser.T. della ASL Caserta comprende 104 comuni per un totale di popolazione residente pari a 852.872 abitanti; di questi 439.350 sono compresi nella fascia di età 15/49 anni e costituiscono la popolazione a rischio. Si estende su una superficie di 2.639 Km² e presenta complessità socio-orografiche e geopolitiche. Nel territorio circoscritto all' Azienda Sanitaria di Caserta, nell'anno 2009, si registrano in carico ai Ser.T. circa 3000 utenti, di cui 300 unità sono costituite da nuovi utenti e le restanti da utenti in carico e/o rientrati.

Oltre il 90% della popolazione afferente è costituita da maschi; si osserva un invecchiamento della popolazione che si rivolge ai Servizi, la cui età è collocabile, per oltre il 50% di essi, fra i 25/34 anni. In prevalenza trattasi di utente celibe/nubile con una percentuale di sposati con figli, bassa. Ha un lavoro ma in generale la percentuale maggiore è rappresentata da lavoratore precario (saltuario, in nero, sottoccupato) o in cerca di prima occupazione e le femmine sono per lo più casalinghe o variamente occupate. Vive nel nucleo familiare di origine e chi è sposato vive in quello di procreazione. Ha una vita di relazione apparentemente normale. Prevalentemente consuma sostanze da abuso da solo con effetti, in genere, non visibili. I casi di ragazzo di strada e di deriva sociale sono assai limitati nella nostra provincia e per questo, probabilmente, il fenomeno non sembra destare allarme sociale. Va tuttavia segnalata la presenza rilevata negli ultimissimi anni di utenza straniera (soprattutto alcolisti) ed extra comunitaria (per uso /abuso di oppiacei) e, fra questi ultimi, provenienti per lo più dalla zona costiera, si annovera qualche soggetto senza fissa dimora.

PROGETTO DEFINITIVO

PADIGLIONI PUCA E VERGA - ELABORATI GENERALI

EG.03_Relazione sulle Barriere Architettoniche

La sostanza primaria di uso/abuso è rappresentata dall'eroina (in Campania riguarda circa il 53% degli utenti), seguita dalla cocaina (15,5%) e dai cannabinoidi (hashish e marijuana) per il 9,3% attraverso nuove modalità di assunzione: inalata, sniffata, fumata. Si osserva in generale un incremento di utenti in cura per uso di cocaina e va sottolineato che il consumo di detta sostanza, oltre a destare un continuo e crescente interesse da parte degli assistiti come uso prevalente, costituisce, assieme ai cannabinoidi, anche la preferenza da parte di coloro che ne fanno un uso secondario. E' da sottolinearsi che l'uso di droghe va ormai di pari passo con l'abuso alcolico; che un numero elevato di consumatori di droghe abusa di tale sostanza e si avverte, in controtendenza al calo del consumo di droghe, un aumento del consumo di alcol soprattutto nel fine settimana: un fenomeno compensativo ancora più pericoloso considerato il basso costo e la facilità di accesso a tali sostanze che interessa soprattutto le categorie più fragili: i minorenni e gli extracomunitari.

E' frequente il policonsumo, utilizzo di più sostanze; è in preoccupante aumento il numero delle persone che presentano una doppia diagnosi cioè la dipendenza da sostanze aggravata da sintomatologia psichiatrica preesistente o indotta dalle sostanze da abuso che vede rafforzato il dialogo con il Dipartimento di Salute Mentale. Si evidenzia, ancora, un abbassamento dell'età del primo uso di stupefacenti (collocabile fra gli 11/17 anni), mentre si assiste con inquietudine all'aumento del tempo di latenza stimato, in media, tra inizio uso e richiesta di primo trattamento ai Servizi del SSN di 5,5 anni, oscillante tra i 4 e gli 8 anni, variabile da sostanza e sostanza, determinando un aumento dei rischi derivanti dalle tossicodipendenze non trattate.

Va sottolineato ancora, che si registra uno spostamento dell'offerta e della commercializzazione di sostanze illecite attraverso la rete internet sempre più diffuso; il fenomeno è caratterizzato dalla presenza delle cosiddette farmacie online - drug store - con punti vendita che forniscono illegalmente farmaci e sostanze di qualsiasi genere, senza richiederne la prescrizione medica e ai quali possono accedere anche soggetti minorenni molto avvezzi alle tecnologie informatiche e maggiormente esposti ai rischi droga. Come è evidente, lo scenario illustrato è drammaticamente inquietante, sempre più complesso e in evoluzione, con la continua comparsa e introduzione nel mercato di nuove sostanze o mix di sostanze già note, dagli effetti spesso sconosciuti, in grado di ingenerare gravi danni sia in ambito neuropsichico che internistico/infettivologico, quale conseguenza correlata all'uso, alla modalità di assunzione, nonché al tipo di stile di vita condotto dal consumatore regolare di sostanze da abuso.

Il Progetto Definitivo del recupero dei "Padiglioni Verga, Puca e sistemazione delle aree esterne", rientra negli interventi di cui all'Accordo di Programma integrativo per il settore degli investimenti

PROGETTO DEFINITIVO

PADIGLIONI PUCA E VERGA - ELABORATI GENERALI

EG.03_Relazione sulle Barriere Architettoniche

sanitari, Programma investimenti art. 20 legge n.67/1988, Completamento III Fase, approvato con Decreto del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano n.8 del 20/12/2018. Nella fattispecie, si fa riferimento alla Scheda di Intervento n. 25 *"lavori di messa a norma e adeguamento complessivo di una parte del complesso La Maddalena di Aversa, da destinare a cittadella della salute per attività territoriali"*, allegata al D.C.A. n° 100 del 20/12/2018.

Più in dettaglio la Scheda di Intervento prevede: ***"...il recupero e l'adeguamento, funzionamento e tecnologico di due padiglioni di interesse storico, di circa 6000 mq e 15.000 mq, per la sistemazione di aree esterne, da destinare oltre che a struttura territoriale per le attività ambulatoriali mediche, di medicina di laboratorio, anche a struttura sanitaria per il recupero e il reinserimento nel tessuto lavorativo di soggetti adulti e minori, affetti da disturbi della personalità e da dipendenze, mediante la realizzazione anche di laboratori di riabilitazione per il reinserimento nel tessuto produttivo"***.

4 CRITERI GENERALI DI PROGETTAZIONE

L'accessibilità in Italia si fonda sulla Costituzione, ma la normativa che disciplina l'accessibilità e l'abbattimento delle barriere architettoniche è la Legge n° 13/89, che stabilisce i termini e le modalità in cui deve essere garantita l'accessibilità ai vari ambienti, con particolare attenzione ai luoghi pubblici. In via generale, le principali normative in materia di eliminazione delle barriere architettoniche sono le seguenti:

- **D.P.R. 27.4.1978 n° 384**, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 204 del 22.7.1978, contenente il Regolamento per l'attuazione della legge del 30.3.1971 n° 118 art. 27
- **Legge 9.1.1989 n° 13** "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati"
- **Circolare 22.6.1989 n° 1669/U.L.** esplicativa della legge 9.1.1989 n° 13
- **Decreto Ministero del LL.PP.** del 14.6.1989 n° 236 "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visibilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche"
- **Legge 5.2.1992 n° 104** "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"
- **Circolare n° 102 del 07.08.1995**
- **D.P.R. 24.7.1996 n° 503** Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici
- **Linee guida per il superamento delle barriere architettoniche nei luoghi di interesse culturale** - Allegate al Decreto ministeriale 28 marzo 2008, pubblicato in G.U. n. 114 del 16-05-2008.

In particolare, quest'ultimo disposto normativo emesso dal MIBACT ratifica che l'eliminazione delle barriere architettoniche (al pari di altri temi fondamentali come il rispetto dell'autenticità del costruito storico, la sicurezza statica e sismica o l'efficienza energetica) vada considerata parte integrante del cosiddetto "*restauro integrato*", cioè della tutela e valorizzazione del bene culturale finalizzati al suo inserimento nel tessuto sociale e alla sua piena fruizione da parte di tutti, e non solo alla conservazione fine a se stessa. Ne discende che il superamento delle barriere architettoniche vada previsto fin dalla prima fase del progetto di restauro, cioè dalle indagini conoscitive preliminari che - se ben studiate e indirizzate - possono fornire un contributo progettuale molto significativo.

E' stato tenuto oltremodo da conto, data la peculiare destinazione degli edifici, il **D.L. 626 del 1994**, in particolare l'art. 30 comma 4, con specifico riferimento ai luoghi di lavoro, che devono essere strutturati tenendo conto, se del caso, di eventuali lavoratori portatori di handicap, nonché gli adeguamenti normativi di cui al **DL n° 81 del 2008 e smi**.

Proprio per la peculiarità della funzione di servizio sanitario pubblico che nell'insieme vanno ad assolvere i Padiglioni Verga e Puca, il tema dell'accessibilità non è stato affrontato limitandosi al pedissequo rispetto delle normative vigenti, ma spingendosi in una visione più ampia della tematica.

Il tema dell'accessibilità difatti è di solito rivolto alla sola disabilità motoria.

Al di là delle normative di settore, gli studi e le esperienze progettuali più recenti, soprattutto nel nord Europa, collocano *l'istanza dell'accessibilità* nella più ampia tematica della *fruibilità di un edificio e/o di spazi aperti al pubblico*, proponendo buone pratiche - e non prescrizioni normative - che possono essere assunte per la doppia finalità, indicando, come approccio progettuale, i criteri del *"design for all"* (o progettazione universale) o *"inclusive design"*.

Un approccio progettuale secondo i criteri del *"design for all"* mira a progettare spazi, oggetti e servizi con la finalità che gli interventi siano rivolti al *maggior numero possibile di persone*, indipendentemente da sesso, età, capacità, background culturale, nell'ottica di dare pari opportunità ed autonomia agli individui, nello svolgimento di qualsiasi tipo di attività.

Questa accessibilità allargata, nel caso delle peculiari funzioni degli edifici di progetto, significa anche eliminare o limitare il forte senso di disorientamento che pervade gli addetti interni e soprattutto la vasta platea di utenti esterni ad una struttura sanitaria, benchè normodotati sotto l'aspetto della mobilità, quando si approcciano ad essa.

Allo stato attuale della coscienza e della prassi operativa, le barriere per disabili in carrozzina sono risolte, nella maggior parte dei casi, con rampe, servizi igienici, etc...

Altre forme di disabilità, anche di carattere temporaneo, di soggetti in fase di riabilitazione da incidenti e/o cadute non vengono affrontate e, spesso, dimenticate.

La progettazione di spazi, oggetti e servizi deve essere rivolta al maggior numero possibile di persone, indipendentemente da capacità sensitive, intellettive e limiti fisici, nell'ottica di garantire una completa accessibilità, fruibilità ed autonomia a tutti gli utenti.

In ogni caso si riporta di seguito una più precisa definizione dei requisiti di *accessibilità, visitabilità ed adattabilità* cui si è fatto riferimento per la progettazione in questione.

Accessibilità: possibilità per persone con *ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale* di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di *fruire di spazi ed attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia.*

Visitabilità: Si intende la *possibilità* , anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di *accedere agli spazi di relazione* e ad almeno un servizio igienico di ogni unità immobiliare. Per spazi di relazione s'intende gli spazi di soggiorno o pranzo dell'alloggio privato e quelli corrispondenti del luogo di lavoro, servizio e incontro. In altre parole, la persona può accedere in maniera limitata alla struttura, ma comunque le è consentita ogni tipo di relazione fondamentale.

Adattabilità: È *la possibilità di modificare nel tempo* lo spazio costruito, intervenendo senza costi eccessivi, per *rendere completamente e agevolmente fruibile lo stabile o una parte di esso* anche da parte *di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale.* Un edificio si considera adattabile quando, con l'esecuzione di lavori differiti, che non modificano né la struttura portante né la rete degli impianti comuni, può essere reso accessibile.

Si riportano, in relazione alle funzioni dei due edifici, gli accorgimenti adottati.

5 ACCESSIBILITÀ DEI PADIGLIONI "VERGA" E "PUCA"

Il progetto dei due edifici - Padiglione Verga e Puca - ha posto particolare attenzione al tema dell' **Accessibilità universale e del comfort ambientale**, con un approccio progettuale teso ad eliminare il senso di disorientamento che colpisce il visitatore - e quindi anche l'utente - quando si avvicina ad una struttura edilizia, soprattutto nel caso in specie relativo ad un servizio pubblico.

Risulta fondamentale, per il conseguimento dell'accessibilità universale e del comfort ambientale, la cartellonistica informativa relativa alla sicurezza ed a percorsi di esodo in emergenza, l'installazione negli spazi esterni immediatamente prossimi agli edifici e negli atri d'ingresso di **tabelloni contenenti le key plan di tutti i livelli e relative funzioni allocate**. In questo modo l'utente/visitatore esterno può pervenire in maniera semplice ed immediata a tutte le informazioni necessarie ad indirizzarsi verso le percorrenze che lo condurranno al servizio/funzione desiderata.

Ascensori e tabelloni informativi saranno dotati di **dispositivi tattili ed acustici** tali da consentire anche ai **disabili sensoriali** di poter accedere a tutte le informazioni necessarie.

A questi dispositivi a carattere informativo atti a garantire un comfort orientativo ed ambientale della struttura si affiancano i tradizionali accorgimenti tesi ad abbattere/eliminare le barriere architettoniche sia nelle percorrenze degli spazi esterni dagli accessi pubblici che negli accessi ad ogni singolo edificio, a tutti gli spazi di relazione con l'utenza esterna ed agli ambienti lavorativi.

Partendo dalle aree esterne dell'edificio, organizzate sostanzialmente a viabilità interna di servizio, ogni salto di quota tra sedi carrabili e camminamenti pedonali - mediamente compreso tra 10 ÷15 cm, è risolto con l'inserimento di idonee rampe di pendenza a norma, che consentono all'utente su carrozzella, la piena accessibilità a tutte le superfici esterne.

Lungo tutte le percorrenze pedonali e/o attraversamenti pedonali e/o rampe per il superamento di dislivelli ≥ 3 cm è prevista altresì l'introduzione di fasce pavimentate con piastrelle tattili a dispositivo "LOGES" che si connettono fino all'ingresso principale di ogni edificio.

Tutti i camminamenti pedonali degli spazi scoperti sono pavimentati in materiale antisdrucchiolevole e si presentano piani e privi di salti di quota e/o ostacoli lungo la loro percorrenza, conducendo verso gli ingressi /atrii, il cui calpestio interno è complanare a quello esterno, al più costituito da una soglia batti acqua dallo spessore $\leq 2,5$ cm, in modo da accogliere un' utenza cosiddetta "*universale*", secondo i principi enunciati in precedenza.

L'accesso ai corpi di fabbrica, entrambi con calpestii del primo livello fruibile rialzato, sebbene in misura diversa, rispetto alla quota dei camminamenti pedonali in giro agli edifici, viene reso

PROGETTO DEFINITIVO

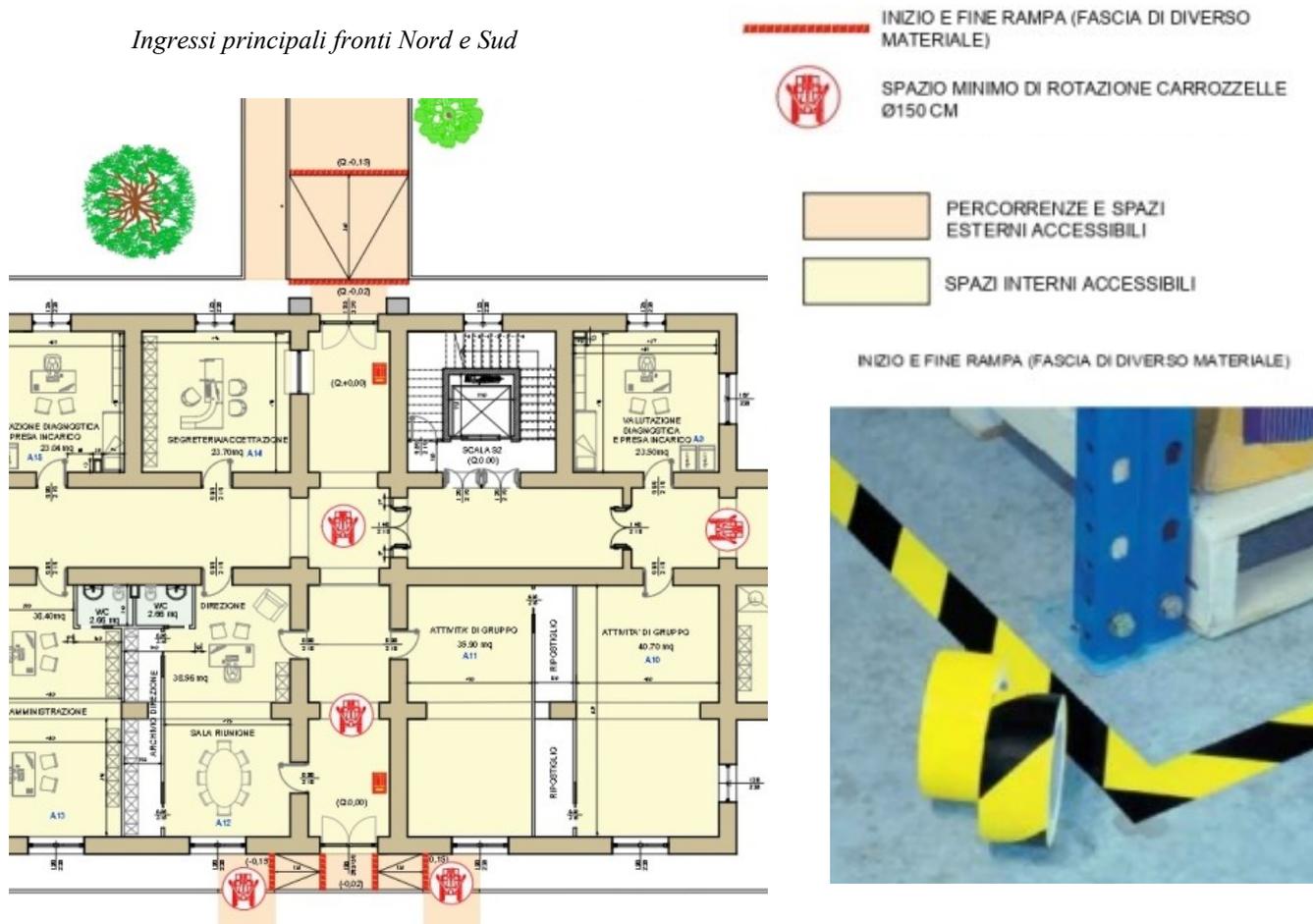
PADIGLIONI PUCA E VERGA - ELABORATI GENERALI

EG.03_Relazione sulle Barriere Architettoniche

"accessibile" con le soluzioni descritte di seguito.

Il Padiglione Verga presenta calpestio del piano terra rialzato di ca 30÷40 cm dalla fascia pavimentata pedonale al perimetro. Tale dislivello, in corrispondenza degli atri d'ingresso all'edificio, viene superato da gradini esterni, coadiuvati lateralmente da un sistema di doppie rampe a norma, di pendenza di gran lunga inferiore all' 8%, quale minimo dettato dalle norme vigenti.

Ingressi principali fronti Nord e Sud



Il primo livello fruibile del Padiglione Puca è invece rialzato di ben 1,50 mt dai camminamenti scoperti in giro all'edificio. Pertanto l'accesso all'atrio interno dello stesso, avviene sul fronte meridionale tramite rampa e scala esterna, che supera il dislivello, dotata di servoscale e sul fronte settentrionale dall'ingresso posto nell' elemento sporgente frontale all'androne dove è collocato un nuovo corpo scala - ascensore, rimodulati con l'abbassamento del calpestio interno reso complanare con quello interno portato a quota 0,00, in modo da assumere ruolo di "ingressi pienamente

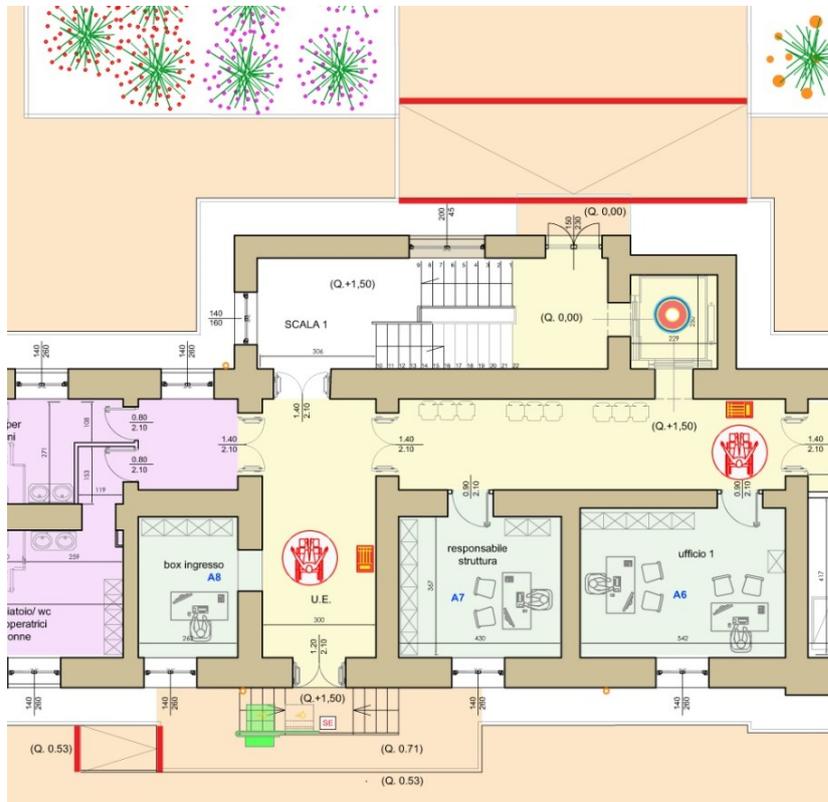
PROGETTO DEFINITIVO

PADIGLIONI PUCA E VERGA - ELABORATI GENERALI

EG.03_Relazione sulle Barriere Architettoniche

accessibili" alla struttura, anche grazie ad una rampa esterna che supera il dislivello tra l'ingresso e lo spazio esterno.

Ingressi principali fronti Nord e Sud



La scala si organizza con una prima rampa singola che conduce a q. 1,50 del piano rialzato, proseguendo il suo sviluppo a doppio rampante per raggiungere il piano superiore. Raggiunto l'androne attraverso i due ingressi appena descritti, sull'altro elemento sporgente sul fronte settentrionale è stato inserito un altro ascensore a norma per i diversamente abili.

-  INIZIO E FINE RAMPA (FASCIA DI DIVERSO MATERIALE)
-  SPAZIO MINIMO DI ROTAZIONE CARROZZELLE Ø150 CM
-  TOTEM MULTISENSORIALI CON MAPPE DEL SITO E DEI SERVIZI
-  COLLEGAMENTI VERTICALI MECCANIZZATI A NORMA PER D.A.
-  SERVOSCALE PER SUPERAMENTO DISLIVELLI



I due ascensore vengono impostati sulla prima corsa di interpiano pari ad 1,50 mt, atta a raggiungere il calpestio rialzato del piano terra, con smonto successivo al livello superiore.

Garantita così l'accessibilità ai due corpi di fabbrica dai camminamenti esterni, l'ingresso poi di ciascun atrio avviene da porte di ampiezza - luce libera di passaggio - superiore ad 1,50 mt e gli

PROGETTO DEFINITIVO

PADIGLIONI PUCA E VERGA - ELABORATI GENERALI

EG.03_Relazione sulle Barriere Architettoniche

spazi antistanti la scale e l'accesso agli ascensori misurano sempre ben oltre 1,50*1,50 mt, consentendo agevoli manovre agli utenti su carrozzella.

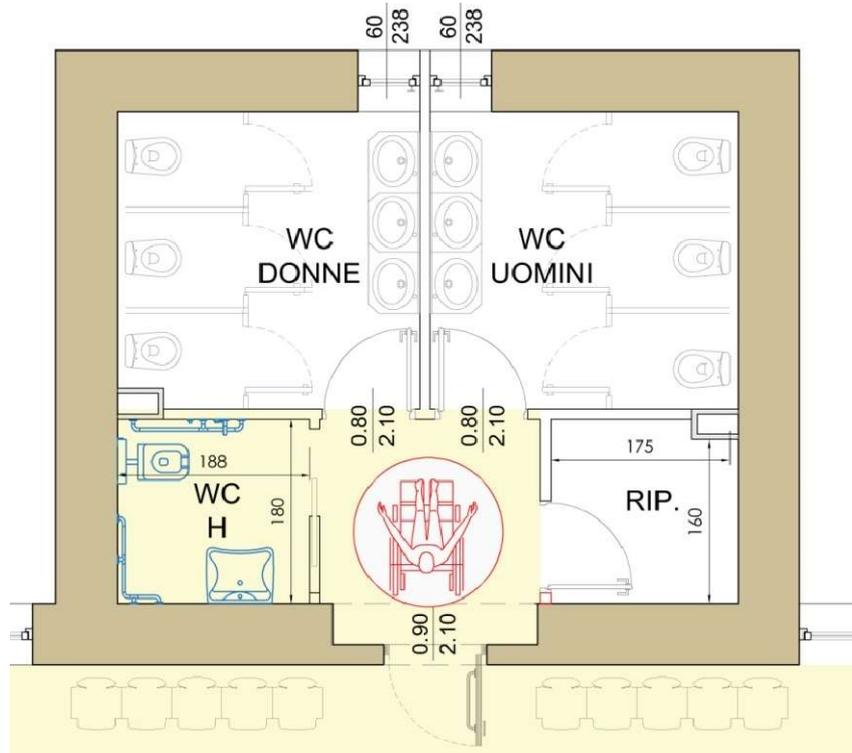
Lo smonto di tutti i nuovi ascensori - adeguatamente dimensionati nella cabina e nel passaggio libero delle porte per utenti in carrozzelle e dotati di comandi tattili/sensoriali - avviene sempre ai piani su spazio mai inferiore ad 1,50 * 1,50 mt, connesso ad ampi corridoi o spazi di attesa e/o disimpegno, dalla larghezza ≥ 120 cm, in percorrenze perfettamente complanari, pavimentate con materiali idonei e prive di alcun ostacolo.



Le porte d'ingresso di tutti gli ambienti, vuoi che siano aperti al pubblico, agli ospiti fissi o agli addetti interni, hanno dimensione tale da garantire il passaggio libero minimo di 85÷90 cm.

I gruppi dei servizi igienici, in particolare quelli dedicati all'utenza esterna in prossimità delle sale d'attesa dell'ambulatorio medico ed anche quelli della residenza sanitaria sono sempre organizzati garantendo un locale idoneamente dimensionato ed attrezzato con pezzi igienici ed ausili speciali per D.A..

Blocco bagni tipo- piano terra Verga



PROGETTO DEFINITIVO

PADIGLIONI PUCA E VERGA - ELABORATI GENERALI

EG.03_Relazione sulle Barriere Architettoniche

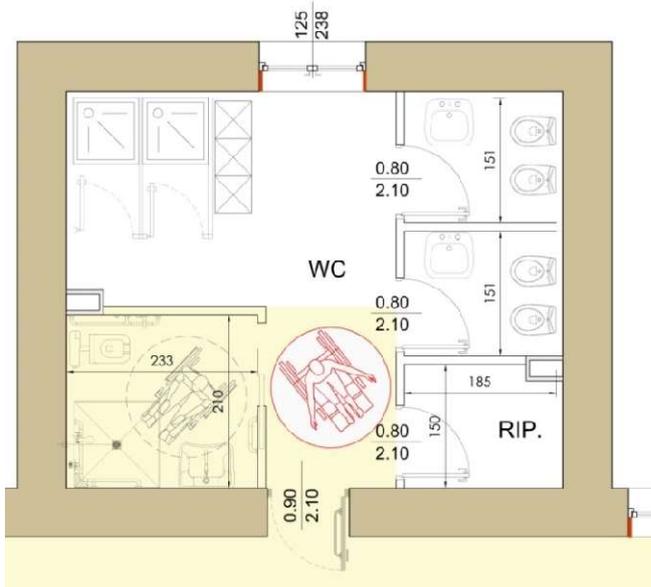
Servizi igienici e spogliatoi per il personale sanitario e parasanitario sono comunque dimensionati per garantire "visitabilità" ai locali ed essere in ogni caso facilmente "adattabili", in caso si rendesse necessario l'obbligo di collocamento di personale con disabilità.

La parte di Padiglione Verga dedicata alla "struttura residenziale", oltre ad essere dotata di servizio igienico per D.A., è strutturata con una camera a due posti letto di ampie dimensioni, atta ad ospitare agevolmente utenti in carrozzina.

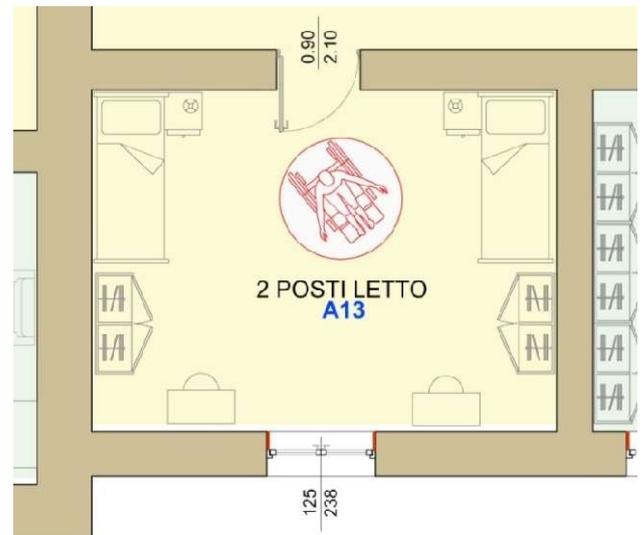
Blocco bagni tipo- Puca



Blocco bagni tipo- struttura residenziale



Camera tipo per diversamente abili- struttura residenziale



Tutti gli ambienti e/o spazi destinati a servizi o attività comuni, oltre ad avere porte di accesso di luce libera pari o superiore a 0.90 mt, presentano superfici ampie comodamente fruibili in tutti gli allestimenti e/o dotazioni previste.

In conclusione, da quanto esposto in precedenza, con maggior riscontro agli elaborati grafici di progetto, i due edifici in riqualificazione rispondono ai requisiti normativi di "accessibilità" di tutti

gli spazi e percorrenze esterne dalle pubbliche vie e sono **"accessibili"** in tutti gli spazi ed ambienti interni di relazione con l'utenza interna ed esterna.

Il Progetto, come già anticipato in precedenza, prevede oltremodo **l'installazione di segnaletica interna** sia a carattere **informativo** generale, che di **sicurezza** in caso di emergenza, cui si aggiungono le keyplan di ciascun livello, corredate da dispositivi tattili di lettura, per un efficace/immediato orientamento dell'utenza anche nell'ordinario.

Segnaletica informativa e di sicurezza consentono ai futuri utilizzatori una immediata intuizione delle percorrenze e delle diverse funzioni allocate nel complesso, **elevando il comfort ambientale e la fruizione della struttura pubblica**.

La immediata percezione delle percorrenze e delle funzioni, oltre a migliorare la fruibilità di un complesso edilizio ove è allocato un servizio di pubblica utilità nella gestione ordinaria, garantisce il **massimo della sicurezza in caso di emergenza, rendendo semplici e fluide le percorrenze sia ordinariamente che in caso di esodo**, ribadendo e sottolineando che **"un qualsiasi progetto è pienamente sostenibile solo se, oltre alle norme di tutela dell'ambiente e di risparmio energetico, rispetta anche le buone pratiche per l'accessibilità universale degli spazi pubblici"**.

Un riepilogo ed ulteriori precisazioni circa le caratteristiche di **"accessibilità"** e **"visitabilità"** della struttura socio - sanitaria di progetto sono riportati di seguito.

a. Accessibilità degli spazi comuni e dei percorsi di accesso

Tutti i percorsi di accesso, da quelli pedonali ai parcheggi fino agli spazi di relax all'aperto, sono caratterizzati da un'attenzione particolare alla facilità di movimento per chi ha una ridotta capacità motoria: percorsi in piano ben segnalati visivamente, privi di ostacoli e strettoie, rampe con lievi pendenze che fanno da raccordo tra i dislivelli, presenza di cartelli che facilitano l'orientamento in tutta la struttura. Corridoi e snodi permettono alle sedie a rotelle di circolare comodamente e di fare inversione di marcia e gli eventuali punti pericolosi (dislivelli, intersezioni stradali, gradini) sono segnalati con un'allerta acustica e visiva. Le scale sono il più possibile omogenee per lunghezza, pendenza e numero di gradini. Questi ultimi sono omogenei per alzata, pedata, superficie antiscivolo e bordi arrotondati. Corrimano e pianerottoli ampi facilitano la deambulazione. Rampe e pianerottoli



permettono il passaggio in contemporanea di due persone, una sedia a rotelle che possa fare manovre e una barella con un'inclinazione massima del 15% lungo l'asse longitudinale.

b. Mobilità tra i piani

In caso di presenza di piccoli dislivelli sono sempre predisposte rampe con pendenza adeguata ad essere percorse senza sforzo da una sedia a rotelle, laddove di grande sviluppo in lunghezza, adeguatamente intervallate da piani orizzontali per riposare.

La comunicazione tra i piani è garantita da più ascensori a norma per ciascun fabbricato (tre per il Padiglione Verga e due per il Puca), con pulsantiera ad altezza accessibile, comandi tattile ed allarmi visivi e sonori. Le porte hanno un dispositivo di apertura automatica con blocco di emergenza in caso di ostruzione del vano porta e le dimensioni della cabina o della pedana sono sufficienti ad assicurare il movimento di una sedia a rotelle.

c. Porte

Le porte di accesso ad ogni ambiente sono sufficientemente larghe - mai meno di 90 cm - da consentire il transito di una persona in sedia a rotelle e sono facilmente manovrabili da entrambi i lati di utilizzo. Gli spazi antistanti e retrostanti sono complanari. ove possibile o necessario a migliorare l'accesso e la fruibilità degli ambienti, sono spesso inserite porte scorrevoli o con anta a libro con maniglie a leva con bordi arrotondati, evitando le porte girevoli e le vetrate, a meno che non siano munite di segnali per l'individuazione immediata.

d. Pavimenti

Complanari e non sdruciolevoli, se necessari, hanno tappeti o zerbini incassati. Gli eventuali dislivelli sono superati con rampe di pendenza accessibili per una sedia a rotelle; eventuali grigliati dei calpestii hanno maglie fitte, in modo da evitare l'incastro di ruote, bastoni e ausili al movimento.

e. Infissi, balconi e terrazze

Porte, finestre e porte-finestre sono dotati di meccanismi di apertura intuitivi e manovrabili con una lieve pressione anche da ospiti con ridotte capacità motorie o sensoriali. Ringhiere e parapetti hanno un'altezza di sicurezza e consentono la visuale anche alle persone sedute. Balconi e terrazzi hanno dislivelli minimi rispetto alla stanza - contenuti in 3 cm - e sono abbastanza larghi da consentire la manovra delle sedie a rotelle

f. Arredi

La disposizione degli arredi permette agli ospiti e/o utenti in sedia a rotelle di vivere lo spazio e di utilizzare tutte le funzionalità. La stessa attenzione è posta anche negli spazi comuni.

L'ambiente di accettazione/reception di ciascun edificio avrà un desk o una porzione del bancone ad altezza dedicata per agevolare le procedure di check-in da parte di chi si muove in carrozzella.

L'assenza di spigoli vivi è fondamentale, così come gli interruttori e i dispositivi di apertura/chiusura saranno tutti ad un'altezza accessibile.

g. Servizi igienici

Lo spazio è articolato per garantire le manovre su una sedia a ruote, l'accostamento frontale e laterale ai sanitari. Corrimano e campanello di emergenza sono posti strategicamente vicino ai sanitari e nella doccia. Di preferenza i sanitari saranno del tipo senza colonna, a mensola, e i rubinetti a leva con miscelatore.

Maggiori dettagli sono riportati graficamente negli elaborati del set "*Architettura - Distribuzione Funzionale*" parte integrante alla presente relazione, ai quali si rimanda per maggiori riscontri.

E' utile precisare così come indicato negli elaborati grafici EG.03a e EG.03b, la fornitura della segnaletica tattile e dei dispositivi informativi dei percorsi e dei servizi è esclusa dall'Appalto come indicato altresì all'art.2.2 del CSA (elab. EG.08).