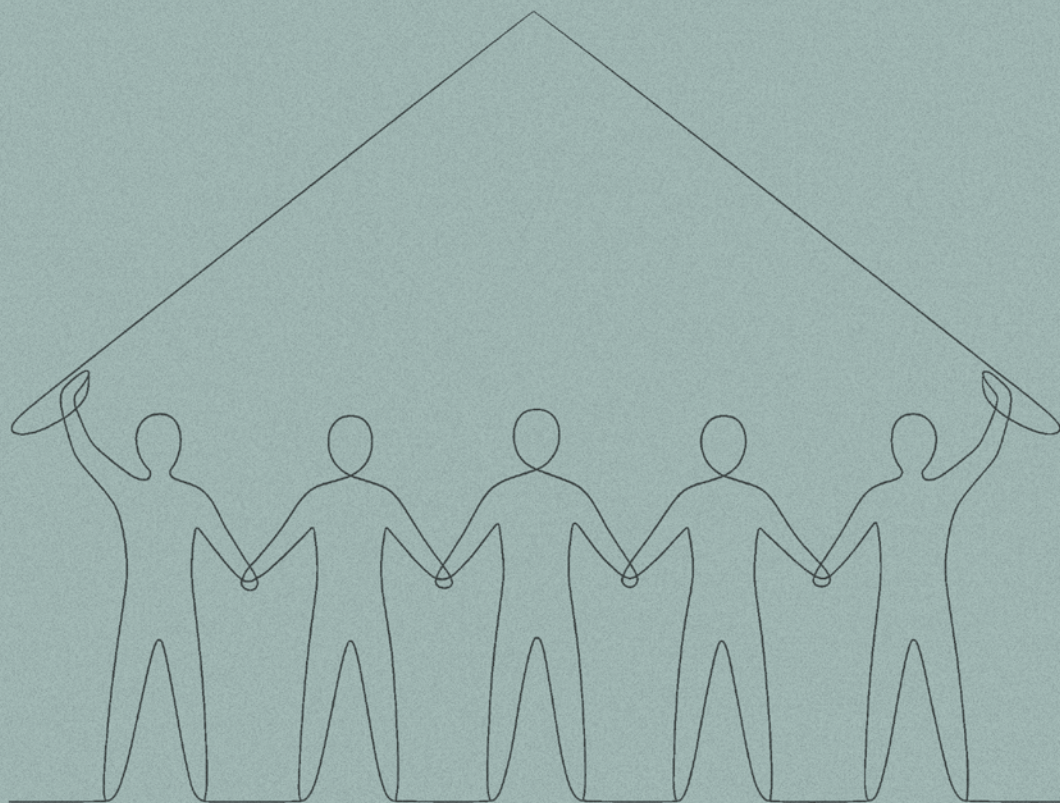


Livio Dal Bosco e Giovanni Leoni

Human House 5.0

La RSA del futuro non sarà una RSA



Non può esserci buona cura senza un buon luogo in cui curare.

Cosa accade a una persona quando il luogo della cura smette di assomigliare a un luogo di vita? *Human House 5.0* parte da questa semplice domanda, e dalla considerazione che l'ambiente non è mai uno sfondo neutro — bensì una componente attiva, che entra nei processi cognitivi, emotivi, relazionali e influenza ciò che le persone possono ancora fare e sentire —, per proporre un ripensamento radicale dei luoghi oggi adibiti alla cura.

Non si tratta, infatti, secondo gli autori, di migliorare un sistema aggiungendo elementi nuovi, ma di trovare una valida alternativa a quel sistema, ovvero di immaginare — e realizzare — luoghi in cui architettura, organizzazione e tecnologia siano effettivamente al servizio della vita. Luoghi in cui chi ha bisogno di cura possa continuare a *sentirsi a casa*; e chi si prende cura possa farlo davvero.

€ 21,00



9 788859 048398

www.erickson.it

Livio Dal Bosco e Giovanni Leoni

Human House 5.0

La RSA del futuro non sarà una RSA

 Erickson

Livio Dal Bosco

È il Direttore della APSP Residenza Valle dei Laghi di Cavedine e della APSP Opera Romani di Nomi. Oltre ad avere una formazione in microbiologia e biochimica clinica, è specializzato in psicoterapia costruttivista, in neuropsicologia clinica, in biofeedback e neurofeedback e in ipnosi clinica. Dopo la formazione in filosofia e matematica ha condotto studi specialistici nell'ambito delle tecniche e dei modelli statistici di analisi multivariata. Nel 2018 ha fondato la prima DFC (Dementia Friendly Community) del Trentino.

Giovanni Leoni

È il Coordinatore della APSP Residenza Valle dei Laghi di Cavedine. È formato in scienze infermieristiche e in sociologia. Possiede specifiche competenze nel campo delle demenze e delle patologie neurodegenerative, nonché nella gestione e nella progettazione di Nuclei Alzheimer. Esperto di qualità in ambito sanitario, ha sviluppato importanti competenze anche nell'area della sicurezza sul lavoro.

Indice

<i>Prefazioni</i>	9
<i>Introduzione</i>	
<i>Human House 5.0. La RSA del futuro non sarà una RSA</i>	25
<i>Capitolo primo</i>	
Oltre l'istituzione. La genesi del modello <i>Human House 5.0</i> : quando lo spazio smette di curare	31
<i>Capitolo secondo</i>	
Dal paziente all'Abitante. L'ecosistema della cura	51
<i>Capitolo terzo</i>	
L'architettura che cura. Quando lo spazio smette di contenere e inizia ad agire	71
<i>Capitolo quarto</i>	
La fatica che non si vede. Operatori, passi, usura e dignità del lavoro di cura	85
<i>Capitolo quinto</i>	
La soglia delle dieci persone. Psicologia della prossimità e limiti cognitivi delle comunità di cura	95
<i>Capitolo sesto</i>	
La stanza singola. Privacy, salute, identità: perché la camera è il primo diritto di chi abita	109

Capitolo settimo

Tecnologia invisibile. La Casa che ascolta: tecnologia silenziosa e infrastruttura di fiducia	129
---	-----

Capitolo ottavo

Organizzare la fiducia. Le Nuove Organizzazioni Esperienziali (NOE)* nella cura	161
---	-----

Capitolo nono

Il cantiere del possibile. Sostenibilità economica, transizione e l'arte di hackerare l'esistente	181
---	-----

Capitolo decimo

<i>Human House 5.0</i> . Sistema Sociotecnico per la Qualità Integrata	203
--	-----

Epilogo

Abitare il possibile	213
----------------------	-----

Appendice A

Formalizzazione metodologica, modello teorico e programma di validazione empirica di <i>Human House 5.0</i>	217
---	-----

Appendice B

Glossario per un nuovo abitare: il lessico di <i>Human House 5.0</i>	223
--	-----

*Ai nostri genitori.
Per averci insegnato che una Casa è il primo luogo
in cui una persona si sente riconosciuta.*

Ringraziamenti

Desideriamo esprimere un sincero ringraziamento alla dott.ssa Giulia Decarli per l'attenta lettura e la revisione della bozza del libro, nonché per i preziosi suggerimenti che ne hanno migliorato la qualità.

Desideriamo inoltre ringraziare il Responsabile ICT dott. Simone Bordin per il qualificato supporto tecnico e per la realizzazione grafica dei loghi di Human House 5.0, che ne rappresentano l'identità visiva.

Prefazioni

Da residenza a Casa: come abitare la fragilità

L'architettura possiede un verbo tutto suo: abitare. È un verbo antico, apparentemente semplice, che tuttavia contiene una delle questioni più profonde della nostra disciplina. Perché costruire e abitare non sono la stessa cosa. Costruire è un atto tecnico; abitare è un fatto umano. Si possono realizzare edifici perfetti che nessuno sentirà mai come propri e, al contrario, esistono luoghi imperfetti che riescono a diventare Casa. La storia dell'architettura è costellata da edifici diventati iconici mai stati abitati. La differenza non dipende soltanto dalla qualità dello spazio, ma dalla relazione che quello spazio riesce a instaurare con la vita di chi lo attraversa. È per questo che l'architettura, prima ancora di essere una tecnica del costruire, è una disciplina che interroga il modo in cui gli esseri umani abitano il mondo.

Nel corso della storia dell'umanità, ogni civiltà ha costruito i luoghi di cui aveva bisogno. Templi, mercati, teatri, monasteri, fabbriche, scuole, ospedali. Se osservati con attenzione, questi edifici raccontano molto più delle tecniche costruttive del loro tempo. Raccontano una visione dell'uomo e della società. Le architetture sono, in fondo, documenti culturali. Conservano l'idea che un'epoca ha avuto della conoscenza, del lavoro, del potere, della Famiglia e perfino della morte. Anche gli edifici destinati alla cura appartengono a questa lunga storia. Non rappresentano soltanto una risposta funzionale a un bisogno assistenziale, ma esprimono il modo in cui una comunità decide di confrontarsi con la vulnerabilità.

Negli ultimi due secoli la cultura occidentale ha progressivamente affidato alle istituzioni molte delle funzioni che un tempo appartenevano alla vita ordinaria. Abbiamo costruito edifici specializzati per imparare, per lavorare, per guarire, per amministrare la giustizia, per custodire il sapere. Anche la fragilità è stata, poco alla volta, ricondotta entro luoghi specifici. È stato un processo comprensibile, spesso necessario, che ha prodotto risultati straordinari sul piano dell'organizzazione e della qualità delle cure. Ma ogni specializzazione porta con sé un rischio: quello di separare una dimensione dell'esistenza dal resto della vita. Quando questo accade, anche gli edifici finiscono per riflettere la medesima logica. Diventano sempre più efficienti nel rispondere a una funzione e, talvolta, meno capaci di accogliere la complessità dell'esperienza umana.

È probabilmente in questo passaggio che assume significato la distinzione tra risiedere e abitare. La residenza identifica un luogo amministrativo; la Casa appartiene invece all'esperienza. La prima può essere descritta attraverso una planimetria, un indirizzo o un regolamento. La seconda è fatta di riconoscimenti, di abitudini, di memoria, di piccoli gesti quotidiani che trasformano uno spazio in parte della nostra identità. Abitare significa poter scegliere dove sedersi, riconoscere una finestra, seguire il ritmo delle proprie giornate, conservare relazioni e consuetudini. Significa, in altre parole, continuare a esercitare una forma di appartenenza al mondo.

La fragilità non cancella questo bisogno. Semmai lo rende ancora più evidente. Quando l'autonomia diminuisce, lo spazio acquista un'importanza che spesso tendiamo a sottovalutare. Non è più soltanto il luogo entro cui vengono erogate prestazioni assistenziali, ma diventa un interlocutore silenzioso della vita quotidiana. Può facilitare l'orientamento oppure generare smarrimento; favorire l'incontro oppure l'isolamento; sostenere le capacità residue oppure accelerarne la perdita. L'architettura smette così di essere lo sfondo della cura e ne diventa una componente attiva. Non cura da sola, naturalmente, ma può creare le condizioni affinché la cura sia più rispettosa della persona.

Negli ultimi anni le neuroscienze, la psicologia ambientale e l'*evidence-based design* hanno iniziato a dimostrare ciò che molti architetti avevano intuito empiricamente: gli spazi non sono neutrali. Influenzano i comportamenti, le emozioni, la percezione della sicurezza, la qualità delle relazioni. Questa consapevolezza sta lentamente modificando il nostro modo di

progettare scuole, ospedali, quartieri e luoghi di lavoro. Sarebbe singolare se proprio gli ambienti destinati ad accompagnare la stagione più delicata della vita rimanessero estranei a questa evoluzione culturale.

Il valore di questo volume, a mio avviso, non risiede soltanto nelle soluzioni che propone. La sua originalità consiste soprattutto nello spostare il punto di osservazione. Non chiede come rendere più efficiente una struttura, ma come rendere possibile un modo diverso di abitare la fragilità. È un cambiamento sottile, quasi linguistico, ma ogni architetto sa che le trasformazioni più profonde iniziano spesso proprio dal linguaggio. Quando cambia il nome delle cose, cambia anche il modo di immaginarle e, poco dopo, quello di progettarle.

Forse la vera sfida che ci attende non consiste nel progettare edifici sempre più sofisticati, ma nel restituire centralità a una parola che avevamo quasi dimenticato: Casa. Non come immagine nostalgica o rifugio idealizzato, ma come principio progettuale. Come luogo nel quale la persona continua a riconoscersi, anche quando la vita diventa più fragile. Se questo libro contribuirà ad alimentare questa riflessione, avrà raggiunto un risultato che va ben oltre il dibattito sulla residenzialità per anziani. Avrà ricordato a tutti noi, architetti compresi, che la qualità di una società si misura anche dal modo in cui progetta gli spazi destinati a coloro che hanno più bisogno di continuare ad abitare il mondo.

Alessandro Franceschini

Architetto, PhD

Docente a contratto presso DICAM – Università di Trento

NOE®: un'organizzazione non casuale

Mia madre è scomparsa a 94 anni dopo qualche mese in una RSA. L'RSA godeva in città di buona fama. Mio suocero, ricoverato in una struttura diversa di un'altra città, è deceduto in RSA a 98 anni, dopo quattro mesi di degenza e più di dieci anni di battaglie con badanti che lo seguivano nel suo domicilio, non lasciando altro ricordo di quello di persone con un alto turnover e poco, pochissimo interesse alla persona che stavano seguendo. Da febbraio del 2025 mio zio, 91 anni, è ricoverato in una struttura tradizionale, ma generalmente attenta alle persone. Circa il 30% dei posti letto è composto da camere singole. Il resto sono camere doppie con bagno in camera, spazi collettivi, assistenza medica e infermieristica quotidiana, un parco ben tenuto. Ma ciò che fa di questa RSA una candidata potenziale per essere una organizzazione NOE® è l'aria di comunità che il visitatore assiduo respira, malgrado le disfunzioni che ogni tanto si possono osservare. Da sei mesi prima del suo ingresso in RSA ero il *caregiver* di mio zio.

Nel 2024 ho seguito una tesi di laurea sulla realtà organizzativa degli autori di questo testo.¹

¹ Valeria Gissona, *Nuove Organizzazioni Esperienziali: nuovi modelli organizzativi in una realtà 4.0. Il caso RSA di Volano*, tesi di Laurea Magistrale, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Facoltà di Psicologia, Corso di Laurea in Psicologia per le organizzazioni: risorse umane, comunicazione e marketing, a.a. 2023-2024, relatore Prof. Umberto Frigelli, correlatore Prof. Silvio Carlo Ripamonti.

Nel 2022 avevo pubblicato, con Paolo Carminati e Francesco Pedroni, *Nuove Organizzazioni Esperienziali* (NOE®), un testo che seguiva altri libri che avevo scritto sulle organizzazioni e il cui marchio abbiamo poi registrato (Frigelli, Carminati e Pedroni, 2022).

Queste pagine le scrivo dunque con l'esperienza di chi ha vissuto e vive la gestione di un anziano e lo sguardo di chi cerca di capire e, quando può, di migliorare, le organizzazioni. Tra i pregi del volume di Livio Dal Bosco e Giovanni Leoni, infatti, oltre alla sua visione avanzata che è già stata messa in pratica, c'è quello di accendere nuovamente un faro sulla realtà organizzativa della presa in carico degli anziani e delle persone socialmente e fisicamente più fragili.

Dal punto di vista organizzativo bisogna confrontarsi oggi con tendenze strutturali di lungo periodo, come la digitalizzazione, la decarbonizzazione, l'invecchiamento demografico e la diffusione dell'intelligenza artificiale (Filippucci e Marcolin, 2026), a cui va aggiunta la modifica dei valori delle nuove generazioni e la rivisitazione del contratto psicologico tra individui e aziende (Iacci, 2025). Queste tendenze, che erano già state viste e anticipate (Frigelli, 2020; Frigelli, Carminati e Pedroni, 2022), stanno rimodellando simultaneamente la domanda e l'offerta di lavoro, potenzialmente accentuando gli squilibri tra le competenze richieste dalle organizzazioni, pubbliche e private, e quelle disponibili nella forza lavoro. Il sistema sanitario non sfugge a queste tendenze e sta attraversando una delle più profonde trasformazioni della propria storia recente. Le dinamiche demografiche, epidemiologiche, economiche e sociali stanno modificando radicalmente il rapporto tra bisogni di salute della popolazione e capacità del sistema di garantire servizi adeguati, universali e sostenibili.

In questo scenario, la disponibilità di personale sanitario e socio-sanitario rappresenta un fattore abilitante per la tenuta e lo sviluppo del Servizio Sanitario. La crisi delle risorse umane non costituisce, infatti, un fenomeno congiunturale o transitorio, ma un cambiamento strutturale destinato ad accompagnare il sistema sanitario nei prossimi decenni.

Le analisi internazionali e nazionali evidenziano alcuni fenomeni particolarmente rilevanti:

- progressivo invecchiamento della forza lavoro sanitaria;
- incremento delle uscite per pensionamento, determinato dalla cosiddetta «gobba pensionistica»;

- aumento delle dimissioni inattese e della mobilità professionale;
- crescente difficoltà nell’attrarre nuovi professionisti, in particolare nelle professioni infermieristiche e in alcune specialità mediche;
- maggiore competizione tra sistemi sanitari e tra territori per il reperimento del personale;
- evoluzione delle aspettative dei professionisti, sempre più orientate alla qualità della vita lavorativa, al benessere organizzativo e alla valorizzazione delle competenze.
- aumento della domanda di servizi determinato dall’invecchiamento della popolazione e dalla crescita delle patologie croniche.

La realtà italiana mostra molti malfunzionamenti. In particolare è oramai acclarato lo spostamento dall’offerta di servizi pubblici verso l’intervento del privato (Gabanelli e Ravizza, 2024). Questa dinamica non colpisce solo le patologie più acute o più gravi, ma in generale tutti i servizi sanitari e socioassistenziali. L’aumento della domanda di servizi determinato dall’invecchiamento della popolazione e dalla crescita delle patologie croniche non fa eccezione. Le famiglie, come e dove possono, spesso ricorrono al lavoro domestico e alle «badanti». Si stima che,² secondo uno studio del Censis, vi siano 8,5 badanti ogni 100 persone sole che hanno 60 anni e più, con variazioni significative a livello regionale. Il numero delle badanti è approssimativo, poiché molte lavorano in modo irregolare³ e naturalmente vi è un interesse dell’INPS nel fare emergere il lavoro non regolare. Più certo il dato delle persone sole, stimato in 34,4 persone sole ogni 100 famiglie, anche qui con grandi differenze a livello regionale. La Liguria registra il dato più alto (42,9%), seguita dalla Valle d’Aosta (41,2%), dal Piemonte e dal Lazio, con quasi 39 persone sole ogni 100 famiglie. In un Paese che invecchia, in cui cambiano le famiglie, sempre meno allargate con anziani in casa, cresce il bisogno di assistenza, a cui si fa fronte con badanti, colf e

² *Lavoro domestico: in Italia 8,5 badanti ogni 100 persone sole over 60*, <https://www.censis.it/lavoro-domestico-italia-85-badanti-ogni-100-persone-sole-over-60/> (consultato il 14 luglio 2026).

³ *Osservatorio sui lavoratori domestici: i nuovi dati*, <https://www.inps.it/it/inps-comunica/notizie/dettaglio-news-page.news.2026.06.osservatorio-sui-lavoratori-domestici-i-nuovi-dati.html> (consultato il 14 luglio 2026).

RSA. Le RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) sono strutture sociosanitarie residenziali dedicate principalmente ad anziani non autosufficienti (o adulti con disabilità) che non possono più essere assistiti a domicilio e che richiedono assistenza medica, infermieristica e riabilitativa a tempo pieno. Si stima che ci siano complessivamente 307.000 posti letto, di cui il 30% con retta totalmente a carico delle famiglie. Rispetto ai paesi OCSE nel 2021 in Italia c'erano 21,8 posti letto per ogni mille anziani, contro una media di 45,6 (Gabanelli e Ravizza, 2024, p. 219). L'offerta vede un grande divario tra Nord e Sud del Paese.⁴

Una recente indagine su più di 700 case di riposo in Lombardia, che ospitano più di 88 mila persone, evidenzia costi in aumento e circa 122 mila domande in lista d'attesa. Sono in crescita coloro che pagano le rette («solventi») e le «migrizioni» tra territori.⁵

Non tutti dunque ricorrono alle RSA. Molti lo fanno per scelta, perché la fragilità dell'anziano è ancora gestibile a domicilio, oppure perché i costi non lo consentono o le liste d'attesa sono troppo lunghe. Altri ne rifuggono per la scarsa reputazione generale di cui le case di riposo godono, soprattutto per carenze strutturali e del personale. Anche se non mancano, naturalmente, le eccellenze.⁶

In quanto organizzazioni di servizio, le RSA risentono di molti dei *trend* del nostro tempo, a cui prima brevemente abbiamo accennato. Tendenze e fenomeni che, da punti di vista diversi, influenzano e orientano le scelte di politici e amministratori a livello nazionale e locale, amministratori, dirigenti, sindacati che operano nelle RSA, famiglie che devono compiere scelte importanti per loro e i loro cari.

Il volume di Livio Dal Bosco e Giovanni Leoni, più che guardare ai dati macroeconomici e ai fenomeni demografici e sociali, si concentra sulla gestione ottimale di un'organizzazione votata alla cura di persone anziane

⁴ *Rsa: cresce il numero degli ospiti, ma resta il divario Nord-Sud nell'offerta. I dati Istat*, <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/rsa-cresce-il-numero-degli-ospiti-ma-resta-il-divario-nord-sud-nellofferta-i-dati-istat/> (consultato il 14 luglio 2026).

⁵ *Case di riposo: costi alle stelle per le famiglie*, <https://www.pensionaticislombardia.it/articolo-2379/case-di-riposo-costi-alle-stelle-per-le-famiglie/> (consultato il 14 luglio 2026).

⁶ *Case di riposo*, https://www.qsalute.it/recensioni/case-riposo/#google_vignette+%20https://mfvisual.milanofinanza.it/migliori-strutture-assistenziali-italiane-2025/ (consultato il 14 luglio 2026).

e fragili. Con la certezza che queste, in un prossimo futuro, non potranno che aumentare. Il loro scenario parte dalle RSA gestite in modo tradizionale, molte delle quali non godono di buona fama. Il loro obiettivo è illustrare un modello che metta al centro l'esperienza positiva dell'ospite, la sua dignità come persona. Per potere, come dicono gli autori, «passare dalla cura del declino alla progettazione della vita possibile».

Il modello a cui tendere è ben rappresentato da quello che loro chiamano «spazio cartesiano tridimensionale», in cui le dimensioni chiave sono le seguenti.

1. *Configurazione Spaziale (Layout Architettonico)*: la qualità dello spazio domestico, la dimensione dei nuclei, la presenza di stanze singole, cucine domestiche, salotti comuni e ambienti protettivi, caldi e flessibili. L'architettura non è più contenitore neutro, ma dispositivo che modula l'esperienza dell'Abitante e facilita le relazioni.
2. *Struttura Organizzativa Umanistica*: la leadership generativa, la corresponsabilità dei micro-team, l'autonomia situata, la pianificazione flessibile dei turni e delle attività sulla base dei bisogni quotidiani degli Abitanti. Qui l'esperienza del collaboratore diventa centrale, perché il lavoro di cura non può essere sostenibile se chi lo esercita non percepisce autonomia, fiducia e supporto.
3. *Infrastruttura Tecnologica Abilitante (Tecnologia Invisibile)*: sensori, domotica, sistemi di alert silenziosi e supporti digitali al lavoro quotidiano degli Operatori. La tecnologia non è invasiva, ma permette di ridurre sprechi cognitivi, automatizzare compiti ripetitivi e liberare tempo per la cura relazionale.

Queste tre dimensioni agiscono simultaneamente e in modo integrato, creando uno spazio di qualità per Abitanti, Operatori e Famiglie. *Human House 5.0* non è la somma di tre componenti, ma il risultato delle loro interazioni.⁷

Il testo è ben fatto e molto documentato e non posso che rallegrarmi del fatto che i concetti chiave di *Nuove Organizzazioni Esperienziali* (Frigelli, Carminati e Pedroni, 2022) lo ispirino in molti passaggi. Non toglierò dunque al lettore il piacere di leggere ed esplorare il libro. Mi concentrerò

⁷ Si veda il decimo capitolo del presente testo di Dal Bosco e Leoni.

molto brevemente su due aspetti, le Nuove Organizzazioni Esperienziali e il percorso di *change management* che rende le NOE® una organizzazione non casuale.

Quando Carminati, Pedroni e io abbiamo scritto *Nuove Organizzazioni Esperienziali*, il cui sottotitolo, *Ridisegnare il futuro del lavoro*, tradiva l'ambizione dell'intento, si stava uscendo dai traumi, anche organizzativi, causati dalla pandemia. Con NOE® il nostro obiettivo era, senza essere degli sprovveduti, rimettere al centro i bisogni degli individui nelle organizzazioni. Le quali possono organizzare la loro azione non solo per raggiungere il compito primario dell'organizzazione, compreso il profitto, ma anche valorizzare l'esperienza e il piacere del lavoro ben fatto. Convinti che il lavoro crei identità e le organizzazioni favoriscano cultura, valori e comunità. Che si possa essere più motivati con uno spazio adeguato di autonomia e libertà e un certo senso di sicurezza sul posto e del posto di lavoro aumenti l'identificazione. Una serie di casi organizzativi citati nel testo, cercavano di rendere concreto questo nostro intento. I pilastri su cui NOE® si muove sono i seguenti.

- La consapevolezza che la nostra percezione del mondo ci rappresenta la realtà come la vediamo, senza però poterci dare atto spesso di tutta la complessità che contiene anche la realtà in cui agiamo.
- La necessità di analizzare e valorizzare la *employee experience*, ossia la percezione che ogni dipendente vive nei suoi momenti di contatto con l'organizzazione.
- Il paradigma della Società 5.0, ossia una società tecnologica, della informazione, ma che pone al centro il benessere dell'individuo ed è abilitatrice di sviluppo sostenibile.
- L'organizzazione come organizzazione strutturale del campo percettivo e facilitatore di:
 - consapevolezza situazionale, ossia un approccio non superegoico al cambiamento, ma consapevole della cultura e dello stato di sviluppo dell'organizzazione;
 - scambio di comunicazioni;
 - costruzione di comunità;
 - creazione di conoscenze condivise.
- L'attenzione allo spazio di lavoro che, a seconda di come è progettato, influenza le prestazioni e la soddisfazione sul lavoro dei dipendenti.

- Lo sviluppo tecnologico e l'innovazione tecnologica al servizio anche della *employee experience* e non solo della efficienza dei processi. L'idea è che l'obiettivo non sia semplicemente aumentare la produttività grazie all'IA (Intelligenza Artificiale), ma progettare organizzazioni in cui le tecnologie preservino e sviluppino le capacità cognitive, decisionali, relazionali e creative delle persone nel lungo periodo.
- La sostenibilità sociale, la salute e la sicurezza sul lavoro come parte integrante del lavoro
- L'attenzione ai nuovi bisogni e alle nuove visioni del lavoro, soprattutto delle generazioni più giovani.
- Avere policy che consentano di garantire il benessere dei dipendenti.

Il libro di Dal Bosco e Leoni fa proprie molte di queste intuizioni e le mette al servizio del benessere dell'ospite e della dignità dell'anziano oltre che del dipendente. Trovandosi l'ospite in una fase della vita di grande fragilità, ho molto apprezzato, da caregiver, i molti rimandi alla dignità dell'anziano. Con la consapevolezza che sia fondamentale però, per la evoluzione delle RSA e il benessere dell'ospite, costruire sistemi organizzativi dove sia vivo lo spirito di comunità e lo scambio di comunicazioni orientato alla costruzione di conoscenze condivise tra gli Operatori. Le RSA sono sistemi complessi (Frigelli, 1991) e come tali soggette alle variabili e alle influenze dell'ambiente esterno. Una forza energetica che modella il sistema è oggi la diversa disponibilità di personale sanitario e socio-sanitario con una aumentata presenza di professionisti che arrivano da altri Paesi, spesso con il tema di comprendere e parlare l'italiano. Personale che inoltre corre il rischio di stress e burnout più di altre professioni.

Ritengo che sia dunque necessario un approccio situazionale, pragmatico, che non demonizzi i protocolli, la norma, gli standard, se questi sono utili a garantire cura, dignità, attenzione all'ospite. Come ben insegnano Hersey e Blanchard, per avere collaboratori esperti, autonomi e motivati, a cui delegare l'autogestione dei compiti, bisogna spesso passare da un ciclo di interventi, che consenta di adattare lo stile manageriale al livello di maturità professionale del team e del singolo (Hersey e Blanchard, 1984). Dove l'OSS passa del tempo con il suo *smartphone* invece che con gli ospiti, vietare il cellulare interviene sul sintomo e incentiva la trasgressione, non agisce sulle cause. Dove l'OSS non sa compiere correttamente le manovre per alzare e

vestire gli ospiti o si rivolge a loro infantilizzando e non rispettandone la diversità individuale, non si può pretendere che sappia agire correttamente in autonomia. Certo è che, se l'esperienza del dipendente al lavoro non è positiva, sarà più difficile che la sua relazione con l'ospite sia positiva. Nelle RSA la relazione è fondamentale. Come ben dimostrato dallo studio sul campo della RSA di Volano, che ha adottato molti principi NOE®, la corresponsabilità dei micro-team e l'autonomia situata favoriscono autonomia e responsabilità tra il personale, promuovendo un ambiente di lavoro più partecipativo e collaborativo. Ma tali modelli richiedono una gestione delicata delle resistenze e una chiara definizione delle responsabilità per evitare il rischio di disarmonia e conflitti interni. È necessario, inoltre, un management più adattivo e meno gerarchico, che valorizzi la partecipazione e l'assunzione di responsabilità dei dipendenti. Anche la tecnologia può migliorare il benessere lavorativo, ma solo se accompagnata da politiche di welfare adeguate e da un supporto continuo al personale. In sintesi, l'adozione di modelli evoluti come NOE® richiede un cambiamento culturale significativo e un impegno continuo nella formazione e nel supporto del personale.⁸

Il punto di partenza per avere RSA in cui l'esperienza dell'ospite sia positiva, la sua individualità riconosciuta e la sua dignità salvaguardata, è quello di intervenire prioritariamente sul personale.

L'ottimale gestione delle organizzazioni si basa sulla capacità della leadership, a tutti i livelli, di trasmettere e infondere valori e fare scelte opportune, di costruire una infrastruttura di regole che renda chiaro a tutti quali sono i comportamenti attesi, di addestrare e formare il personale secondo i comportamenti di ruolo e organizzativi attesi.

Una NOE® non è un evento casuale ed è sempre, come tutte le organizzazioni, la proiezione del pensiero della leadership al potere. Per fare evolvere la propria organizzazione bisogna essere consapevoli che non possono mancare tre elementi (Frigelli, 2017). Una capacità del gruppo che guida di avere chiari valori, compito primario della organizzazione e visione del futuro, a cui unire la volontà di avviare le piccole o grandi trasformazioni necessarie e mettere a disposizione le risorse che servono (il potere). Atti simbolici, eventi, comunicazioni, che chiariscano ai dipendenti la direzione intrapresa,

⁸ Si veda la tesi di laurea di Valeria Gisonna, già citata.

sostengano ansie e fatiche emotive e aiutino a ristrutturare il campo percettivo delle persone (gestione delle emozioni). Un percorso fissato, un piano di lavoro, interventi e azioni programmate e guidate da ruoli responsabilizzati nel farlo (piano razionale di interventi). In fondo è quello che ci vuole per costruire un ponte o una casa. È quello che ci vuole per prendersi un titolo di studio o allenarsi per una gara sportiva. È quello che ci vuole per intervenire nelle organizzazioni. Chi, leggendo questo bel libro, traesse ispirazione per comprendere come migliorare la sua RSA, troverà nel testo di Dal Bosco e Leoni ottimi spunti, sul ruolo del personale, le tecnologie abilitanti, gli spazi che aiutano a creare contesti familiari, le relazioni. Compreso un bel ragionamento sul ROI del cambiamento, che evidenzia come la componente reputazionale delle RSA sia un vero valore economico.

Noi, nel nostro piccolo, e in forma più generale, avevamo già tracciato un percorso razionale (Frigelli, Carminati e Pedroni, 2022, p. 163):

- fare una analisi chiara, attraverso strumenti quantitativi e qualitativi, della propria demografia, dei fenomeni interni emergenti, dei bisogni di benessere e flessibilità della propria popolazione aziendale;
- definire, coinvolgendo i dipendenti, le linee guida della visione futura, del nuovo «campo» in cui è chiamati a operare;
- essere pragmaticamente consapevoli che la propria cultura è differente da quella di altre organizzazioni, anche del proprio settore, e basarsi su questa per costruire il modello evolutivo;
- definire come e quanto sia necessario vedersi per facilitare la comunicazione, la cooperazione, l'innovazione, la produttività, la visione della RSA anche come comunità;
- definire le policy che consentono di garantire benessere e ridurre lo stress;
- intervenire sui capi, sul middle management, per prepararlo a gestire le dinamiche organizzative;
- ridisegnare gli spazi di lavoro, perché comunichino il nuovo contesto psicologico e facilitino le interazioni;
- assicurarsi di fare evolvere le infrastrutture tecnologiche e le dotazioni tecnologiche, unitamente a un sistema di regole trasparente e responsabile;
- avviare tutte le iniziative necessarie a sostenere il progetto di *change management*, compresa la formazione al personale;
- agire in modo da essere attenti alla consapevolezza (situazionale), alla condivisione, alla creazione di una comunità.

Auguro dunque all'attento lettore di trarre ispirazione da questo volume. Buona lettura.

Umberto Frigelli

Psicologo del Lavoro

Docente presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano

Riferimenti bibliografici

- Filippucci F. e Marcolin L. (2026), *Labour shortages: Lessons from OECD countries*, Bologna, Policy Brief for the XXVII European Conference of the Fondazione Rodolfo De Benedetti on Labour Shortages.
- Frigelli U. (1991), *La gestione di sistemi organizzativi complessi*, Torino, Abaco Editori.
- Frigelli U. (2017), *Guidare il cambiamento organizzativo. Potere, razionalità, emozioni*, Milano, Edizioni FerrariSinibaldi.
- Frigelli U. (a cura di) (2020), *HR le nuove frontiere*, Milano, FrancoAngeli.
- Frigelli U., Carminati P. e Pedroni F. (2022), *Nuove Organizzazioni Esperienziali. Ridisegnare il futuro del lavoro*, Milano, FrancoAngeli.
- Gabanelli M. e Ravizza S. (2024), *Codice rosso. Come la sanità pubblica è diventata un affare privato*, Milano, RCS Media Group.
- Hersey P. e Blanchard K. (1984), *Leadership situazionale: come valutare e migliorare le capacità di gestione e degli uomini*, Segrate, MI, Sperling & Kupfer.
- Iacci P. (2025), *La rivoluzione silenziosa*, Milano, EGEA.

La tecnologia come cura invisibile

La società contemporanea sta attraversando una trasformazione demografica senza precedenti. In Europa, la quota di popolazione over 65 era pari al 21% nel 2023 e si prevede che raggiungerà il 29% entro il 2050. L'Italia, in particolare, si colloca tra i paesi più anziani al mondo. Tuttavia, questo successo della longevità porta con sé un paradosso cruciale: vivere più a lungo non significa necessariamente vivere meglio. Spesso, gli ultimi vent'anni di vita sono segnati da malattie croniche o disabilità, mettendo sotto pressione le Famiglie e i sistemi di cura tradizionali.

È in questo scenario che nasce *Human House 5.0*, una visione che non si limita a gestire le acuzie e medicalizzare le fragilità, ma progetta l'abitare possibile, promuove la valorizzazione della persona in tutte le fasi della vita, soprattutto quando la fragilità va a braccetto con l'esperienza e la relazione diventa più che mai un valore e un patto generazionale.

Il modello trae ispirazione dal cambio di paradigma dalla cosiddetta «Medicina delle 5P», concetto ben trattato nel corso dei capitoli del libro, i cui principi si ritrovano nel manifesto dell'Industria 5.0, dove la tecnologia smette di essere un fine in sé per diventare uno strumento «umanocentrico» che collabora, non si sostituisce alla persona e contemporaneamente si adatta ai suoi bisogni. Se l'approccio di *Human House 5.0* non aggiunge dispositivi a una struttura esistente ma li armonizza, il paradigma Industria 5.0 orienta la progettazione della tecnologia verso la miniaturizzazione dei sensori, l'elaborazione dei segnali al fine di identificare scostamenti longitudinali tramite IA

on edge o IA integrata con i sensori biometrici e ambientali, la realizzazione di interfacce ergonomiche che semplifichino l'attività dell'Operatore e lo liberino da azioni ripetitive, senza aggiungere rigidità nei processi.

Non stupisce quindi che il cuore tecnologico di questo libro, esplorato nel dettaglio nel settimo capitolo, si fondi sull'idea di tecnologia invisibile. Contrariamente all'assunto comune, qui si afferma che «più tecnologia» non significa «migliore cura». Al contrario, un eccesso di allarmi e interfacce può generare frammentazione dell'attenzione allontanando l'Operatore dal contatto umano. La sfida di *Human House 5.0* è far sì che la tecnologia «scompaia» nella trama della vita quotidiana, diventando indistinguibile da essa. Per far ciò, vengono qui enunciati tre criteri non negoziabili: la tecnologia deve scomparire dall'esperienza dell'abitante, deve ridurre il carico cognitivo degli Operatori e, soprattutto, deve creare le condizioni per rafforzare la relazione invece di sostituirla. In quest'ottica, il digitale passa da una logica reattiva — intervenire dopo che l'evento è accaduto — a una logica basata appunto sulle 5P: predittiva, preventiva, personalizzata, partecipativa e proattiva. L'ambiente «avanzato» diventa un sistema sensibile capace di interpretare «segnali deboli» — come una variazione nel ritmo del sonno o del cammino — per anticipare vulnerabilità prima che diventino emergenze.

In questo contesto, l'obiettivo finale della tecnologia non è l'efficienza, ma la restituzione del tempo. Automatizzando i compiti ripetitivi e a basso valore relazionale, come la gestione robotizzata del farmaco per ridurre gli errori terapeutici, la tecnologia libera spazio per la presenza, l'osservazione e l'ascolto.

Questo libro invita il lettore a esplorare una nuova etica della cura, dove l'architettura e la tecnologia nascono come un'unica alleanza strutturale. *Human House 5.0* ci sfida a costruire luoghi dove la tecnologia non è una gabbia digitale, ma un'infrastruttura silenziosa che protegge la dignità e l'identità della persona fragile, permettendole di continuare a sentirsi, ogni giorno, parte del mondo e restituendo tempo da dedicare alla relazione. E la sfida si estende a chi la tecnologia la progetta e la realizza, pensare alla relazione e non solo all'efficienza è un nuovo paradigma sfidante anche per tecnici e scienziati, di tutte le età.

Stefano Micocci

Ingegnere

Chief Technology Officer, Direzione Pianificazione Strategica
Fondazione Bruno Kessler, Trento

Capitolo terzo

L'architettura che cura. Quando lo spazio smette di contenere e inizia ad agire

«We shape our buildings; thereafter they shape us».

(Winston Churchill, 1943)

In questo capitolo, l'architettura delle strutture per lungodegenza viene analizzata non come semplice contenitore funzionale, ma come strumento protesico capace di sostenere funzioni cognitive, emotive e relazionali (Calkins, 2018).

In continuità con la transizione ontologica delineata nei capitoli precedenti — dal «paziente» all'«Abitante» — lo spazio viene interpretato come variabile clinica e organizzativa strutturale. Il capitolo mette in discussione il layout tradizionale a corridoi lineari e propone il paradigma dell'hacking spaziale come riconfigurazione delle affordance ambientali in chiave domestica.

Attraverso la tabella 3.1 vengono messi a confronto elementi del design istituzionale e soluzioni del modello *Human House 5.0*, con particolare attenzione a wayfinding, illuminazione circadiana e privacy.

La tesi centrale è che uno spazio leggibile, sensorialmente calibrato e relazionalmente strutturato possa compensare deficit cognitivi, ridurre i disturbi come l'ansia da disorientamento e sostenere le capacità residue degli Abitanti (Zeisel et al., 2003).

L'architettura non è neutra. È una forza attiva

Se nel capitolo precedente abbiamo ridefinito la persona come Abitante, dotato di *agency* e continuità biografica, questo capitolo affronta una conseguenza inevitabile: quale configurazione spaziale è coerente con questa visione?

Storicamente, l'architettura delle RSA è stata considerata un mero contenitore funzionale, una questione di metri quadrati, corridoi, camere e flussi, subordinata alla cura integrata. Questa visione riduttiva ha prodotto edifici efficienti sul piano organizzativo, ma spesso disallineati rispetto ai bisogni cognitivi, emotivi e relazionali delle persone che li abitano.

La ricerca contemporanea ha definitivamente smontato questa illusione: l'ambiente non si limita a ospitare l'esperienza, ma partecipa attivamente ai processi neurobiologici e relazionali, modellando proattivamente i comportamenti e il vissuto emotivo degli Abitanti. Negli ambienti di cura, questa azione non è marginale né indiretta: è strutturale. Lo spazio, infatti, non si limita a ospitare la vita. La orienta. Può favorire o ostacolare l'orientamento, calmare o attivare, includere o escludere, sostenere la dignità oppure eroderla. Non come effetto collaterale, ma come conseguenza diretta delle sue scelte costitutive: geometrie, proporzioni, luce, materiali, soglie, visibilità, percorsi.

Questi effetti risultano amplificati nelle RSA, poiché la riduzione delle capacità cognitive aumenta la dipendenza dai segnali ambientali per orientamento e sicurezza (Zeisel et al., 2003). Quando le capacità cognitive ed esecutive si riducono, l'ambiente smette di essere un semplice contesto e diventa un co-protagonista dell'esperienza quotidiana. Può compensare le perdite oppure moltiplicarle.

Le neuroscienze e la psicologia ambientale convergono su un punto cruciale: il cervello umano è continuamente regolato dallo spazio che abita (Robinson e Pallasmaa, 2015; Sternberg, 2009).

La luce influenza attenzione, emozioni e comportamenti quotidiani, come suggerito in contesti di cura per persone con decadimento cognitivo. Le dimensioni e le proporzioni modulano l'attivazione emotiva. La leggibilità degli ambienti determina sicurezza o allarme (Robinson e Pallasmaa, 2015; Sternberg, 2009).

La letteratura sull'*evidence-based design* e sugli *healing environments* dimostra che ambienti progettati senza attenzione clinica aumentano agitazione, uso di farmaci, cadute e aggressività (Calkins, 1988). Non perché «funzionino male», ma perché funzionano contro la psicologia e la biologia delle persone che li abitano.

Al contrario, quando l'architettura è pensata come parte integrante del progetto di cura, accade qualcosa di radicale: la configurazione spaziale smette di essere un contenitore e diventa un operatore silenzioso. Un alleato. Un regolatore. Un mediatore.

Human House 5.0 si fonda su questa consapevolezza: ogni scelta architettonica diventa un atto di cura, capace di guidare comportamenti ed emozioni senza interventi esterni. L'architettura non serve a far funzionare l'organizzazione. Serve a far vivere le persone.

Lo spazio come «terzo operatore di cura»

Nei contesti di fragilità, la cura non è esercitata solo dalle persone. Accanto all'Operatore e alla relazione, esiste un terzo attore costante: l'ambiente.

Lo spazio non va in *burnout*, non cambia turno, non si distrae.

Considerarlo come «terzo operatore di cura» significa riconoscere che può sostenere l'autonomia, modulare il carico cognitivo ed emotivo, e comunicare, senza parole, cosa è possibile essere e fare.

Progettare un ambiente di cura è un intervento clinico, organizzativo ed etico insieme (Elaborazione *Human House 5.0*, 2025).

Il corridoio: il simbolo dell'istituzione

Il corridoio lineare costituisce uno degli elementi morfologici più rappresentativi dell'organizzazione istituzionale della cura. Non per la sua funzione apparente di collegamento, ma per gli effetti psicologici e relazionali che genera.

Il corridoio è la materializzazione spaziale di un'idea di cura fondata sulla separazione, sulla sequenza, sul controllo. È l'espressione geometrica di un modello che organizza la vita fragile scomponendola.

Il corridoio separa le funzioni: dormire dal mangiare, curare dal vivere, lavorare dall'abitare. Frammenta il lavoro di cura, spezzando la continuità relazionale in micro-interventi distribuiti nello spazio come evidenziato in studi su unità di cura tradizionali (Zeisel et al., 2003).

Moltiplica gli spostamenti, trasformando il tempo della cura in tempo di percorrenza.

Nelle RSA tradizionali, il corridoio assume il ruolo di asse organizzativo dell'edificio, consentendo la sorveglianza lineare, la percorrenza rapida, la gestione seriale delle attività. Ma ciò che per l'organizzazione rappresenta efficienza, per la persona fragile si traduce spesso e volentieri in spaesamento.

È progettato per passare, non per stare.

Per chi lavora, il corridoio diventa un'infrastruttura della fatica. È il teatro dell'ipermobilità, del tempo spezzato, della corsa continua.

Per chi vive nella struttura, soprattutto in presenza di decadimento cognitivo, il corridoio è spesso un generatore di ansia. Il corridoio, percepito come una struttura che promette un altrove che non arriva mai, produce disorientamento, erranza e disturbi comportamentali negli Abitanti con decadimento cognitivo.

Il corridoio è concepito per connettere funzioni, non per facilitare relazioni. È figlio di una logica industriale e *tayloristica* in cui la vita è spezzata in segmenti e la cura si riduce a una sequenza di attraversamenti.

Per questo *Human House 5.0* abolisce il corridoio come principio organizzativo: significa rivedere la logica sequenziale e frammentata della cura, affermare che la cura non è una catena di montaggio e che le persone non sono punti lungo una linea.

Il corridoio è il simbolo dell'assetto organizzativo tradizionale. La Casa è il simbolo della cura.

E tra questi due simboli, *Human House 5.0* ha scelto consapevolmente da che parte stare.

Per superare la rigidità degli schemi istituzionali, *Human House 5.0* introduce interventi di *spatial hacking*, modificando flussi e funzioni in chiave relazionale. L'*hacking* spaziale agisce come una riconfigurazione semantica dell'esistente, ottimizzando le *affordance* ambientali senza necessità di interventi strutturali invasivi.

Il corridoio come dispositivo culturale

Il corridoio riflette una visione dell'essere umano separabile e sequenziabile. La sua linearità racconta un tempo frammentato; la sua apparente neutralità maschera un potente valore simbolico di controllo panottico (Foucault, 1977). Eliminare il corridoio non significa abolire il movimento, ma restituirgli senso: trasformarlo da attraversamento obbligato a esperienza abitabile, da struttura di controllo a spazio di relazione (Elaborazione *Human House 5.0*, 2025).

Dal *layout* istituzionale alla Casa abitata

Il passaggio da RSA tradizionale a modelli domestici rappresenta una riconfigurazione semantica, organizzativa e ambientale della cura, con implicazioni dirette sulla *personhood* e sull'*agency*.

Nel *layout* tradizionale, l'organizzazione spaziale risponde principalmente a criteri funzionali e sequenziali: camere allineate lungo corridoi, sale da pranzo centralizzate, postazioni infermieristiche separate e isolate. Si tratta di un'architettura che implicitamente risponde alla domanda: come controllare, distribuire e servire? Raramente, invece, affronta una questione più radicale: come si vive realmente all'interno di questo luogo? Di conseguenza, il *layout* non è soltanto una configurazione tecnica, ma diventa una componente strutturale dell'ecosistema di cura, capace di modulare la densità relazionale, sostenere la continuità biografica e rendere possibili forme di *micro-agency* quotidiana.

Il modello *Human House 5.0* rovescia questa impostazione. L'impianto architettonico non è più concepito come un sistema di distribuzione delle prestazioni assistenziali, ma come una struttura che sostiene e organizza la vita quotidiana. Il *layout* si fonda su unità abitative compatte, una cucina centrale vissuta, un salotto che funge da nucleo relazionale e una logistica integrata che mantiene una prossimità costante tra chi vive e chi cura. In questa configurazione la pianta non distribuisce semplicemente funzioni, ma crea opportunità di interazione e relazioni quotidiane, favorendo autonomia e partecipazione sociale spontanea (Verbeek et al., 2010; Zimmerman et al., 2016).

Le evidenze relative ai modelli *household* e allo *small-scale living* mostrano infatti miglioramenti nell'orientamento spaziale, una riduzione della disorganizzazione comportamentale e un incremento delle interazioni sociali spontanee tra gli Abitanti (Verbeek et al., 2010; Zimmerman et al., 2016). In questi contesti, la configurazione spaziale agisce come un supporto implicito alle capacità residue della persona, riducendo il carico cognitivo necessario per partecipare alla vita quotidiana.

All'interno della configurazione domestica, la cucina assume un ruolo centrale. Non è semplicemente un servizio logistico dedicato alla preparazione dei pasti, ma un vero organizzatore simbolico della vita domestica. In una Casa il tempo si riconosce attraverso gli eventi che accadono: gli odori anticipano i momenti della giornata, i gesti quotidiani scandiscono i ritmi, la preparazione del cibo diventa esperienza condivisa. In un'istituzione, al contrario, il tempo è determinato principalmente da programmazioni e orari stabiliti.

Nel modello *Human House 5.0*, inoltre, non esistono postazioni di controllo separate che osservano dall'esterno. Chi cura abita lo stesso spazio di chi è curato. Questa prossimità continua non aumenta il rischio, ma produce un effetto opposto: aumenta la conoscenza reciproca. Ed è proprio la conoscenza quotidiana, costruita attraverso la presenza e la relazione, a costituire il primo e più efficace fattore di sicurezza reale (tabella 3.1).

TABELLA 3.1

Analisi comparativa tra *layout* istituzionale e strategie di *hacking* spaziale nel modello *Human House 5.0*

Elemento architettonico	<i>Design</i> istituzionale (<i>long-term care facilities</i> tradizionali)	<i>Human House 5.0</i> (Spazio protesico)	Impatto clinico-relazionale
Connettività	Corridoi lineari lunghi e ripetitivi	Percorsi circolari e nodi di sosta	Riduzione del <i>wandering</i> associato a disorientamento
Nucleo operativo	Infermeria/ Guardiola centrale chiusa	Prossimità continua; Operatori negli spazi vissuti	Riduzione delle chiamate d'emergenza; aumento del tempo relazionale

Nutrizione	Sala da pranzo monumentale centralizzata	Cucina di Casa vissuta e accessibile	Riattivazione olfattiva (memoria autobiografica); stimolazione dell'appetito
Illuminazione	Luci al neon costanti, scarsa luce naturale	<i>Circadian lighting</i> e massimizzazione luce solare	Regolazione del ritmo sonno-veglia; riduzione dell'agitazione serale (<i>sundowning</i>)
Privacy	Camere doppie o multiple	Camera singola come standard non negoziabile	Tutela del Sé; riduzione infezioni; miglioramento della qualità del sonno

*Fonti: Calkins, 2018; Figueiro et al., 2019; Ulrich et al., 2008.

Dalla pianta funzionale alla mappa relazionale

Nel modello istituzionale, la pianta organizza funzioni; nel modello domestico, invece, organizza relazioni. Questo passaggio implica uno spostamento radicale: dalla logica della distribuzione alla logica dell'incontro, dalla sequenza delle prestazioni alla continuità del vivere. Quando il *layout* sostiene la relazione, la cura non deve più «aggiungere umanità»: la trova già inscritta nello spazio stesso (Elaborazione *Human House 5.0*, 2025).

La Casa come organismo: soglie, percorsi, micro-spazi

Human House 5.0 non interviene soltanto sulle grandi scelte tipologiche, ma lavora anche sui micro-dispositivi che distinguono un'architettura semplicemente funzionale da uno spazio capace di curare. Le neuroscienze ambientali indicano che il cervello umano, soprattutto in condizioni di fragilità, si regola attraverso segnali ambientali sottili che influenzano attenzione, orientamento ed emozioni (Sternberg, 2009).

- *Le soglie (orientamento e prevedibilità spaziale)*: le soglie segnano il passaggio dal pubblico al privato, dall'attività alla quiete. Quando il confine tra questi ambiti è percepibile e riconoscibile, l'ambiente diventa prevedibile e offre una forma primaria di sicurezza.

Capitolo sesto

La stanza singola. Privacy, salute, identità: perché la camera è il primo diritto di chi abita

«The space of appearance comes into being wherever men are together in the manner of speech and action».

(Hannah Arendt, 1958)

Il capitolo esplora la stanza singola non come semplice spazio fisico, ma come confine identitario, presidio sanitario e strumento relazionale fondamentale per la qualità della vita e della cura nelle residenze per anziani.

La stanza privata emerge come elemento imprescindibile per il mantenimento della continuità del Sé, della dignità personale e dell'autodeterminazione, riducendo lo stress psicologico e preservando la funzione cognitiva, in particolare nelle persone con demenza.

L'analisi evidenzia gli effetti negativi delle camere condivise, considerate tradizionalmente «normali»: la perdita di confini spaziali comporta erosione dell'identità, stress cronico, conflitti comportamentali e compromissione della sicurezza sanitaria.

L'adozione della Single Room Initiative rappresenta un riallineamento strutturale tra evidenza scientifica, diritti umani e qualità della cura, trasformando la stanza singola in standard minimo non negoziabile.

La letteratura internazionale dimostra come spazi privati riducano lo stress ambientale, migliorino il sonno, diminuiscano i comportamenti aggressivi o reattivi e rafforzino il senso di sicurezza, con evidenti benefici anche per gli Operatori, riducendo il distress morale e aumentando la qualità etica della cura.

Dal punto di vista sanitario, le camere singole funzionano come presidio preventivo: riducono la trasmissione di infezioni correlate all'assistenza, inclusi COVID-19 e patogeni multi-resistenti, grazie a una geometria spaziale che consente isolamento senza segregazione.

L'integrazione tra stanza singola e modelli household small-scale genera una Casa vera, in cui intimità e socialità, autonomia e protezione, silenzio e relazione convivono in equilibrio, creando un contesto abitativo che consente di «abitare» la fragilità senza esporla o contenerla artificialmente.

In sintesi, il capitolo afferma con forza che senza stanza singola non esiste Casa, e che lo spazio privato è al contempo diritto umano, strumento clinico, leva preventiva e catalizzatore relazionale.

La progettazione residenziale deve pertanto essere riconosciuta come atto etico e sanitario, non come mero dettaglio architettonico o organizzativo.

La stanza non è uno spazio: è un confine identitario

Per una persona fragile, la stanza non è semplicemente un locale funzionale o un modulo edilizio conforme a standard normativi; rappresenta uno degli ultimi spazi in cui l'identità può continuare a esprimersi in modo non negoziato. Quando il corpo perde forza e la memoria diventa intermittente, la possibilità di riconoscere un luogo come proprio assume una funzione stabilizzante sul piano psicologico e simbolico. È uno spazio minimo, ma decisivo, in cui l'Io resta intatto.

All'interno della stanza la persona può custodire la propria storia attraverso oggetti, fotografie e rituali quotidiani, esercitare un controllo residuo su tempi e soglie, mantenere la possibilità concreta di chiudere una porta e conservare una distanza dal mondo esterno che non va interpretata come ritiro patologico o isolamento, ma come condizione di regolazione psichica. La possibilità di ritirarsi costituisce una funzione psicologica primaria. Ogni soggettività fragile ha bisogno di uno spazio sufficientemente stabile in cui potersi raccogliere, ricomporsi e continuare a esistere senza essere costantemente esposta allo sguardo altrui. Quando questa possibilità manca, la persona tende a chiudersi, a difendersi o a spegnersi.

La stanza trascende la funzione del riposo e si trasforma in un meccanismo di riconoscibilità personale, una membrana che protegge l'interiorità dall'erosione causata dalla fragilità. Nelle camere condivise, questo confine identitario si dissolve lentamente ma inesorabilmente. I ritmi personali diventano meno riconoscibili, il sonno deve essere continuamente negoziato, il silenzio non è mai garantito e lo sguardo dell'altro diventa costante, anche

quando non richiesto. La persona non abita più pienamente l'ambiente e si adatta a condizioni imposte dall'esterno.

Questa adattabilità forzata ha conseguenze importanti: provoca una progressiva erosione del senso di sé, una riduzione del potere di scelta e un aumento dello stress di base. In presenza di fragilità cognitiva, questi effetti si amplificano e la perdita dei confini spaziali accelera la perdita dei confini identitari. Quindi, non è semplicemente una questione di comfort ambientale, ma di un riconoscimento ontologico della persona come soggetto titolare di propri confini. Avere una stanza privata significa poter esistere senza essere continuamente disponibili, osservati o regolati. Significa poter affermare «io» anche quando le parole non sono più affidabili. Nella fragilità avanzata, questo non rappresenta un lusso architettonico, ma una condizione clinica e antropologica.

In *Human House 5.0* la stanza singola costituisce la condizione preliminare affinché l'abitare possa assumere le caratteristiche di una vera Casa e non limitarsi a una collocazione residenziale. Relazione, quotidianità, cura e comunità possono svilupparsi solo se questo confine è garantito. La stanza singola non è un semplice dettaglio progettuale, ma il presidio fondamentale della persona.

La stanza come soglia del sé

La stanza non assolve semplicemente alla funzione del riposo; essa agisce come il confine ultimo entro cui si delimita l'esistenza individuale.

In condizioni di rilevante fragilità, la possibilità di chiudere una porta o di circondarsi di oggetti familiari diventa il principale ancoraggio identitario superstite. Privare l'anziano di questo perimetro non significa solo negargli la privacy, ma compromettere la sua capacità di riconoscersi come soggetto attivo.

Progettare la stanza singola non è un atto di isolamento, ma il presupposto necessario affinché la relazione con l'altro possa fiorire senza annullare l'integrità del Sé.

Camere multiple: una violenza normalizzata

Per decenni, camere doppie o anche triple sono state considerate normali nelle RSA.

Questo avveniva non per una scelta culturale esplicita, ma per inerzia istituzionale legata a eredità storiche, logiche di economia di scala e standard progettuali di un altro tempo mai realmente discussi.

La normalità non coincide con la legittimità.

La condivisione forzata dello spazio privato incide direttamente sulla soggettività della persona fragile e può comprimere la sua identità.

Quando una persona non può decidere chi entra nel proprio spazio, o quando la presenza di altri invade i ritmi del sonno, della cura e dell'intimità, il confine tra sé e mondo diventa instabile.

La persona smette progressivamente di percepirsi come soggetto e comincia a funzionare come oggetto assistito.

Tale dinamica è descritta nelle analisi classiche sull'istituzionalizzazione di Goffman secondo cui la perdita di controllo sugli spazi personali riduce l'autonomia (Goffman, 1961).

Secondo Foucault la distribuzione e il controllo dello spazio diventano strumenti di regolazione dei corpi e dei comportamenti (Foucault, 1977).

La stanza condivisa presuppone il consenso e ciò che non può essere negoziato tende a essere normalizzato nel tempo.

La perdita del controllo sull'ambiente produce effetti cumulativi: aumento dello stress, regressione dell'autonomia, conflitti silenziosi e infantilizzazione dei comportamenti.

Nelle persone con demenza questi effetti sono amplificati perché la compromissione cognitiva rende più difficile interpretare la presenza degli altri.

Un corpo sconosciuto nello spazio del riposo può essere percepito come intrusione o minaccia.

L'ambiente può risultare ambiguo e da ciò derivano agitazione, disturbi del sonno persistenti, incremento del *wandering*, comportamenti aggressivi o forme di ritiro e isolamento.

Questi fenomeni sono risposte ambientali coerenti e non sintomi inevitabili.

Questo, proprio perché la camera multipla può essere descritta come un dispositivo spaziale che riduce la privacy, dissolve i confini del sé, limita l'autodeterminazione residua e trasforma la cura in gestione collettiva dei corpi.

La persistenza di questo modello si spiega con difficoltà culturali a riconoscere che pratiche storicamente accettate possono diventare eticamente insostenibili in un contesto clinico diverso.

Human House 5.0 supera le criticità e le rigidità culturali e propone una diversa organizzazione degli spazi per garantire che ogni persona abbia accesso a un luogo privato sufficiente a sostenere identità e autonomia.

Una Casa può essere condivisa, lo spazio privato no.

La condivisione forzata come dispositivo istituzionale

Condividere uno spazio non è sempre una relazione. Può essere una costrizione. Quando la stanza è imposta e non scelta, la convivenza tende a produrre adattamento difensivo piuttosto che legame.

Il corpo impara a ritirarsi, la soggettività si riduce e l'identità si contrae.

La stanza singola non è isolamento. È la condizione che rende possibile una relazione non invasiva.

Essa costituisce una condizione necessaria affinché la relazione possa svilupparsi senza comprimere l'integrità della persona.

La *Single Room Initiative*: quando la dignità diventa standard

Negli ultimi vent'anni si è affermato a livello internazionale un orientamento ormai difficilmente reversibile: la *Single Room Initiative*.

Non è una semplice tendenza progettuale, né un miglioramento incrementale degli spazi. È un riallineamento strutturale tra tre dimensioni che per troppo tempo sono state tenute separate: evidenza scientifica, diritti della persona e qualità della cura.

La *Single Room Initiative* nasce da una constatazione semplice e radicale: senza uno spazio proprio, la cura perde umanità.

Per questo la stanza singola non viene più considerata un plus, un'opzione migliorativa o un servizio *premium*. Diventa un requisito strutturale minimo. Ogni persona deve poter disporre di una camera propria, con bagno privato, come condizione di base dell'abitare assistito.

La porta del bagno è socchiusa. Dentro ci sono due Operatori e Giovanni, seduto sulla sedia da doccia.

L'acqua scorre mentre uno dei due regola il miscelatore. L'altro cerca l'asciugamano sul carrello. Giovanni guarda verso la porta.

Nel corridoio passano persone, qualcuno rallenta per un momento. La scena dura pochi minuti, ma non appartiene davvero a nessuno: non è più il bagno di Casa, e non è ancora uno spazio privato.

Quando la stanza singola diventa norma, cambia la logica dell'intero sistema. Non solo sul piano architettonico, ma su quello simbolico e relazionale. La persona non è più collocata in uno spazio «assegnato», ma riconosciuta come Abitante. Come discusso nel primo capitolo, l'ambiente agisce come infrastruttura attiva: lo spazio non è più passivo o intercambiabile, ma personale, riconoscibile, difendibile.

La letteratura che ha accompagnato questa transizione mostra effetti chiari e convergenti: riduzione dello stress ambientale, miglioramento del sonno, diminuzione dei disturbi comportamentali, maggiore senso di controllo e sicurezza percepita. La letteratura sull'*evidence-based design* mostra importanti associazioni tra configurazioni spaziali, esiti clinici e benessere percepito (Ulrich et al., 2008).

Ma il dato forse più rilevante non è clinico. È relazionale. La stanza singola modifica la postura della cura. Quando una persona dispone di uno spazio proprio, l'Operatore non entra per occupare. Entra per incontrare.

In una stanza singola, bussare non è un gesto di cortesia, è il riconoscimento di una sovranità territoriale. In questo senso, l'Operatore non agisce su un corpo disponibile, ma attraversa un confine riconosciuto.

La stanza diventa così uno strumento relazionale, non solo architettonico. Un luogo in cui la cura avviene con la persona, non sulla persona.

Human House 5.0 si colloca pienamente dentro questa traiettoria internazionale, ma ne trae una conseguenza ulteriore, più coerente e più radicale: la stanza singola non è soltanto uno standard di qualità. È la condizione di possibilità della Casa.

Senza stanza singola si può gestire. Si può assistere. Si può organizzare. Ma non si può abitare.

Ed è per questo che, in *Human House 5.0*, la *Single Room Initiative* non è una linea guida tecnica né una raccomandazione progettuale. È un principio fondativo.

Perché senza uno spazio proprio non esiste intimità, e senza intimità non esiste cura che possa dirsi umana.

Dallo standard edilizio allo standard etico

Quando la stanza singola diventa obbligatoria, accade uno slittamento decisivo: ciò che prima era una concessione diventa un diritto.

Lo standard non serve più a ottimizzare la gestione. Serve a proteggere la persona. La qualità non è più affidata alla buona volontà degli Operatori, ma incorporata nello spazio stesso. Ed è in questo passaggio — dal favore allo standard — che la dignità smette di essere negoziabile (tabella 6.1).

Salute pubblica: la stanza singola come presidio sanitario

La pandemia da COVID-19 ha reso evidente ciò che la ricerca scientifica documentava da anni: l'ambiente agisce come infrastruttura attiva. Lo spazio cura oppure espone al rischio.

Nelle strutture residenziali per anziani il virus non ha colpito soltanto organismi fragili. Ha colpito un modello spaziale fondato sulla condivisione forzata, sulla promiscuità e sull'impossibilità di separare senza segregare. Dove l'ambiente non consentiva confini chiari, il contagio ha trovato continuità. Dove i confini erano strutturalmente presenti, la diffusione è stata contenuta.

Le camere singole hanno dimostrato di ridurre significativamente il rischio infettivo, non come misura emergenziale, ma come strategia strutturale di sanità pubblica. In ambito di sanità pubblica, la riduzione della condivisione degli spazi è indicata come misura strutturale di prevenzione delle infezioni (World Health Organization, 2016).

Non si tratta di una risposta eccezionale a una crisi eccezionale, ma di una configurazione spaziale che opera in modo costante e preventivo.

La riduzione della condivisione forzata dello spazio incide sull'incidenza delle principali infezioni correlate all'assistenza: respiratorie, gastrointestinali, urinarie e cutanee. Il meccanismo non è complesso: meno corpi nello stesso luogo, meno superfici condivise, minore aerosol comune, maggiore tracciabilità dei contatti e possibilità di isolamento temporaneo senza isolamento sociale.

In questo senso, la stanza singola funziona come presidio sanitario passivo. Non richiede addestramento aggiuntivo, non aumenta il carico cognitivo degli Operatori e non dipende dalla *compliance* della persona fragile. Funziona perché è struttura, non protocollo.

La letteratura sull'*evidence-based healthcare design* mostra che gli interventi spaziali sono spesso più efficaci, stabili e sostenibili di quelli procedurali, soprattutto nei contesti ad alta complessità assistenziale. Dove il protocollo può essere dimenticato o reso impraticabile dalla pressione quotidiana, lo spazio continua a operare.

Human House 5.0 applica questo principio: la prevenzione non è affidata all'eroismo operativo né a un aumento della sorveglianza. È incorporata nell'architettura dell'abitare. La stanza singola consente interventi mirati, isolamento temporaneo quando necessario e protezione della salute collettiva senza compromettere la dignità individuale.

Non va confusa con una forma di segregazione trattandosi, invece, di una modalità di protezione senza spersonalizzazione. Cambiare il modello spaziale significa ridisegnare il contesto in cui la cura accade. Quando il contesto è adeguato, la salute è difesa anche prima di essere compromessa.

Lo spazio come primo atto di prevenzione

Nell'ambito della sanità pubblica, la prevenzione più autentica è quella che non dipende da decisioni umane costanti, ma che è inscritta nella struttura stessa delle cose.

La stanza singola opera come un presidio sanitario silenzioso: agisce prima del comportamento, prima della procedura medica e indipendentemente dall'errore umano.

Essa non richiede sforzo, addestramento o adattamento da parte dell'Abitante fragile.

La sua efficacia risiede nella sua stessa esistenza, capace di interrompere le catene del contagio e dello stress ambientale senza mai chiedere attenzione.

Infezioni, COVID-19 e dimensione della struttura: quando il contagio segue l'architettura

I dati epidemiologici raccolti globalmente confermano con precisione statistica che l'architettura non è lo sfondo inerte della cura, ma un determinante diretto di sopravvivenza. Il virus non ha colpito «le RSA» in astratto: ha preso scientificamente di mira una specifica configurazione spaziale. Gli studi

condotti in Nord America (Abrams et al., 2020; Brown et al., 2021; Stall et al., 2020) e i report sulla trasmissione intra-struttura (McMichael et al., 2020) dimostrano un'associazione inequivocabile tra il *crowding* (l'affollamento) istituzionale e l'impennata della mortalità. Il patogeno ha semplicemente seguito i tracciati geometrici della promiscuità forzata, dei flussi centralizzati e dei nuclei sovradimensionati. Dove lo spazio concentrava indiscriminatamente persone e percorsi, il contagio ha trovato un'autostrada; dove lo spazio era frammentato, domestico e modulare, la diffusione si è arrestata.

La letteratura internazionale ha ormai sancito che la dimensione della struttura e la tipologia di stanza sono predittori epidemiologici indipendenti, al pari delle comorbidità cliniche dei residenti. L'aumento dei posti letto e la concentrazione degli ospiti in grandi aggregati moltiplicano il rischio di focolai estesi, a prescindere dall'eccellenza teorica dell'assistenza erogata. In questa prospettiva, le camere condivise hanno agito come veri e propri amplificatori epidemiologici, trasformando l'isolamento tempestivo in un obiettivo tardivo o del tutto impraticabile. Al contrario, un'alta percentuale di camere singole ha dimostrato di erigere una barriera biologica efficace, riducendo la trasmissione senza costringere l'Abitante a trasferimenti traumatici. Non si tratta di una variabile meramente quantitativa legata ai metri quadrati, ma di una questione di confini protettivi e barriere epidemiologiche operative.

Nei modelli *household*, questo scudo architettonico trova la sua massima espressione. Ogni micro-unità da 8-12 persone funziona come una bolla sanitaria naturale: dotata di personale dedicato e flussi ridotti, permette di blindare il singolo focolaio impedendone la propagazione sistemica. Durante l'emergenza, mentre le grandi strutture tradizionali implodevano sotto il peso di chiusure totali e isolamenti punitivi che acceleravano il decadimento cognitivo, le *small-homes* hanno preservato la continuità della vita quotidiana e delle relazioni.

Questa resilienza strutturale non si limita alle emergenze pandemiche, ma si applica all'intero spettro delle infezioni correlate all'assistenza, dall'influenza stagionale ai batteri multi-resistenti. Dopo questa lezione storica, continuare a progettare ambienti di cura basati sulla coabitazione forzata e sulla centralizzazione non è solo un errore tecnico, ma un'insostenibile cecità etica. Il riallineamento delle tipologie abitative in *Human House 5.0* si configura così per quello che è realmente: la prima, e più urgente, misura di sanità pubblica basata su evidenze (tabella 6.1).