



| ESEMPI DI ARCHITETTURA / 28



UP³_Social Housing
per la terza età

a cura di
Giuseppe De Giovanni



ESEMPI DI ARCHITETTURA

Direttore

Olimpia Niglio

Kyoto University, Japan

Comitato scientifico

Taisuke Kuroda

Kanto Gakuin University, Yokohama, Japan

Rubén Hernández Molina

Universidad Nacional, Bogotá, Colombia

Alberto Parducci

Università degli Studi di Perugia

Pastor Alfonso Sánchez Cruz

Revista Horizontes de Arquitectura, Mexico

Enzo Siviero

Università Iuav di Venezia, Venezia

Alberto Sposito

Università degli Studi di Palermo

Karin Templin

University of Cambridge, Cambridge, UK

Comitato di redazione

Giuseppe De Giovanni

Università degli Studi di Palermo

Marzia Marandola

Sapienza Università di Roma

Mabel Matamoros Tuma

Instituto Superior Politécnico José A. Echeverría, La Habana, Cuba

Alessio Pipinato

Università degli Studi di Padova

Bruno Pelucca

Università degli Studi di Firenze

Chiara Visentin

Università degli Studi di Pisa, Campus di Lucca

ESEMPI DI ARCHITETTURA



La collana editoriale Esempi di Architettura nasce per divulgare pubblicazioni scientifiche edite dal mondo universitario e dai centri di ricerca, che focalizzino l'attenzione sulla lettura critica dei progetti. Si vuole così creare un luogo per un dibattito culturale su argomenti interdisciplinari con la finalità di approfondire tematiche attinenti a differenti ambiti di studio che vadano dalla storia, al restauro, alla progettazione architettonica e strutturale, all'analisi tecnologica, al paesaggio e alla città.

Le finalità scientifiche e culturali del progetto EDA trovano le ragioni nel pensiero di Werner Heisenberg Premio Nobel per la Fisica nel 1932.

... È probabilmente vero, in linea di massima, che nella storia del pensiero umano gli sviluppi più fruttuosi si verificano spesso nei punti d'interferenza tra diverse linee di pensiero. Queste linee possono avere le loro radici in parti assolutamente diverse della cultura umana, in diversi tempi ed in ambienti culturali diversi o di diverse tradizioni religiose; perciò, se esse veramente si incontrano, cioè, se vengono a trovarsi in rapporti sufficientemente stretti da dare origine ad un'effettiva interazione, si può allora sperare che possano seguire nuovi ed interessanti sviluppi.

UP³_Social Housing per la terza età

a cura di

Giuseppe De Giovanni





La presente pubblicazione è stata possibile grazie al contributo dell'Università degli Studi di Palermo e del Centro di Gestione del Polo Didattico della sede di Agrigento.

La pubblicazione è stata patrocinata dall'Ordine degli Architetti P.P.C. della Provincia di Agrigento.



Ordine degli Architetti, Pianificatori, Paesaggisti,
Conservatori della Provincia di Agrigento

Copyright © MMXIV
ARACNE editrice S.r.l.

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

via Raffaele Garofalo, 133/A-B
00173 Roma
(06) 93781065

ISBN 978-88-548-6720-8

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: maggio 2014

a Clelia, mia madre

Ringraziamenti

Un ringraziamento speciale al Prof. Rosolino Camarda, Ordinario di Neurologia Dpt BioNec - Università degli Studi di Palermo, ex Direttore della UO di Neurologia e Patologie Cognitive del Policlinico Universitario “P. Giaccone” di Palermo e della Unità di Valutazione per la Malattia di Alzheimer “Laboratorio di Epidemiologia e Psicologia dell’Invecchiamento e delle Demenze”, che ha fornito la sua esperienza come scienziato e come uomo ai nostri Studenti in occasione dei Seminari da lui tenuti a Palermo e ad Agrigento nel 2012.

Ai Relatori e a quanti hanno contribuito con i loro scritti alla riuscita di questo volume. Agli Studenti di Palermo e di Agrigento, che hanno affrontato in quanto *giovani* una tematica progettuale forse non eccessivamente attrattiva ma sicuramente difficile per l’attenzione e il rispetto che essa presenta.

A Giusy Norcia per la sua indispensabile presenza.

Un ringraziamento particolare va a Jean Michel Folon che ha accompagnato con la sua onirica ironia e irrealità i testi e le elaborazioni presenti in questo volume.

Con Lui vorremmo potere volare, con le ali che non abbiamo, sempre più in alto, sempre...UP MORE.

INDICE

- 13 **PREMESSA**
15 La ricerca di Ateneo
 Roberto Lagalla

- 17 **PRESENTAZIONE**
19 *Alberto Sposito*

PARTE I **UP³_Social Housing per la terza età** **Contributi**

- 45 ...UP MORE
 Giuseppe De Giovanni
- 81 I disturbi del sonno e della veglia nella demenza e nella terza età.
 Idee per la Medicina e per l'Architettura con un occhio
 particolare al vivere e all'abitare durante il sonno
 Biancamaria Guarnieri
- 97 Il comfort termico e visivo negli spazi abitati
 da persone con disagi psichici
 Marco Beccali, Maria Bonomolo, Alessandra Galatioto

- 123 FRA-M-MENTI. La dimensione urbana come nuovo modello
d'integrazione sociale, cura e supporto
per i malati di Alzheimer
Giuliana Frau
- 143 Alzheimer da vicino
Emanuele Walter Angelico
- 159 Integrare conoscenze
Santo Giunta
- 173 Tradizione e innovazione del legno: una risposta anche per le
residenze della terza età
Cesare Sposito
- 205 Architettura affidabile per gli spazi di cura Alzheimer
Rosalia Guglielmini
- 213 Il contributo sociale delle superfici vetrate
Annalisa Lanza Volpe
- 237 Information and communication technologies
nel social housing per la terza età
Starlight Vattano

PARTE II
UP³_Social Housing per la terza età
Elaborati

- 259 Sperimentazioni Didattiche
Giuseppe De Giovanni



Progetto grafico Arch. Pietro Artale - Modelli 3D: Peter Antonino Marfisi - 0903 00000



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO

Polo Didattico
di Agrigento



6 Dicembre 2012
ore 9.30
Facoltà di Architettura
sede di Agrigento
A.A. 2012-2013

Corso di Progettazione Esecutiva dell'Architettura Prof. Giuseppe De Giovanni

Corso di Progettazione Ambientale Prof. Walter Angelico

Corso di Disegno Industriale LM/4 sede di Palermo Prof. Santo Giunta

MOSTRA UP³ _ Social Housing per la terza età A.A. 2011-2012

Prof. Rosolino M. Camarda, Cattedra di Neurologia e Divisione di Neurologia & Riabilitazione Neurologica
Università degli Studi di Palermo

Dott.ssa Biancamaria Guarnieri, Centro di Medicina del Sonno, UO di Neurologia, Città S. Angelo - Pescara

Arch. Giuliana Frau, Università degli Studi di Sassari

Prof. Marco Beccali, Università degli Studi di Palermo

Prof. Emanuele Walter Angelico, Università degli Studi di Palermo

Prof. Santo Giunta, Università degli Studi di Palermo

COLLABORATORI

**Arch. Pietro Artale, Arch. Rosalia Guglielmini, Ing. Annalisa Lanza Volpe, Arch. Angelo Monaco,
Arch. Starlight Vattano**

...UP MORE

Giuseppe De Giovanni

Ordinario, Università degli Studi di Palermo

«A torto si compatisce l'infelicità della vecchietta pensando che i piaceri siano ad essa negati. Perché ogni piacere è relativo. Per questo molto più giustamente Platone reputa felice la vecchietta, perché (con essa) finalmente si placa la brama (di vivere)»

Arthur Schopenhauer

Nel mondo, seguito dell'innalzamento della soglia di mortalità, si registra una progressiva crescita del numero delle persone non autosufficienti e di anziani affetti dalla *Malattia di Alzheimer*. A livello mondiale questa patologia, insieme con le altre forme di demenza, affligge circa 18 milioni di cittadini e rappresenta il 60% sul totale di queste patologie. Nel 2006 erano 26,6 milioni i malati di demenza in tutto il mondo, e si stima che entro il 2050 ne sarà affetta 1 persona su 85. Il fenomeno assume grande rilevanza anche a livello europeo, dove vengono rilevati circa 3 milioni di casi annui.

L'ampia e crescente diffusione del *Morbo di Alzheimer*, la limitata e comunque non risolutiva efficacia delle terapie disponibili e le enormi risorse necessarie per la sua gestione (sociali, emotive, organizzative ed economiche), che ricadono in gran parte sui familiari e che spesso comportano la delocalizzazione dell'anziano malato verso le residenze per *non-autosufficienti*, la rendono una delle patologie a più grave impatto sociale del mondo.

In Italia recenti statistiche rilevano che nel 2013 soffrono di tale malattia circa un milione di persone (pari al 6-7% della popolazione sopra i 65 anni) e si contano oltre 80.000 nuovi casi l'anno. Per tale ragione, nel nostro Paese le risposte progettuali, alle diverse problematiche attinenti agli anziani affetti da demenza o da Alzheimer, sono oggi sempre più urgenti e complesse e in termini architettonici vedono la proposizione, tra le tipologie più ricorrenti, di *Centri Diurni*, di *Residenze Sanitarie Assistite (RSA o solo Residenze Assistite, RA*, o anche *Centri Residenziali CR)*¹. In Italia non vi sono leggi specifiche

che regolino l'organizzazione e la costruzione della relativa tipologia edilizia e il D.P.C.M. 28/12/1989, concernente la *realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti*, non fornisce esaustive indicazioni sulle aree destinate a questo tipo di malattia. Sono sicuramente risultato di uno studio avanzato le azioni che la Regione Toscana (*Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà e Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà*) ha intrapreso con il *Progetto Alzheimer*: esse cercano di affrontare da alcuni anni i problemi legati a tale patologia, attraverso un intervento specifico -sociale e sanitario insieme- riconoscendo all'ambiente di vita un alto valore strategico nella gestione quotidiana della malattia².

Noi progettisti, in quanto studiosi dello spazio e del suo rapporto con l'uomo, siamo, quindi, chiamati in prima persona a ricercare soluzioni non solo di natura formale, ma essenzialmente di natura qualitativa per fornire risposte sostenibili, e architettonicamente valide, a chi vive con difficoltà le patologie della *terza età*.

Così in tale ambito di problematiche è stata svolta una ricerca all'interno del *Laboratorio/Corso di Progettazione Esecutiva dell'Architettura* e del *Corso di Disegno Industriale*, a partire dall'Anno Accademico 2011-2012 presso le sedi della Facoltà di Architettura di Agrigento e di Palermo.

Il titolo sintetico che è stato assegnato a questo particolare studio, *UP³*, vuole sottolineare la problematicità di una realtà che affligge molti anziani, nel tentativo di *sollevarla (UP)* e renderla visibile a tutta una società, che da tempo vive nella completa indifferenza degli altri. La ricerca è stata supportata didatticamente, durante lo svolgimento dei Corsi, da lezioni frontali di formazione sull'argomento oggetto di studio, da Seminari pluridisciplinari che, oltre a coinvolgere i Settori Disciplinari della Tecnologia e del Design, hanno visto la partecipazione di Studiosi afferenti ad altri ambiti disciplinari (Medicina e Fisica Tecnica), in relazione agli studi sulla demenza e sulle relazioni fra malato e spazio domestico.

Una Mostra, a conclusione del primo anno delle sperimentazioni

affrontate dagli Allievi, ha pubblicizzato presso le sedi siciliane quanto prodotto ed elaborato (Cfr. immagine manifesto). Le *Sperimentazioni Didattiche*, raccolte nella Parte II di questo volume, non solo hanno tenuto conto dei parametri, degli indicatori e dei requisiti specifici che il tema progettuale richiedeva, ma hanno anche affrontato le problematiche del riuso dell'edilizia storica e degli spazi appartenenti a contesti particolari alla ricerca di nuove applicazioni per un *housing sociale*. Apre la Parte II delle elaborazioni la prima di una serie di sperimentazione condotte in occasione di Tesi di Laurea, che ha fornito risposte adeguate e di notevole sensibilità, non solo progettuale e tecnologica, ma anche funzionale e sociale come risposta alle richieste di edilizia rivolta alle categorie deboli che necessitano di maggiore protezione.

Social Housing e Terza Età

Nel titolo è dichiarato il carattere sociale che questa ricerca progettuale vuole affrontare e che si colloca all'interno di una più vasta tematica, definita genericamente come *Social Housing*, ma che raggruppa specifiche che vanno dal progetto alla normativa, dalla pianificazione all'urbanistica e, nel nostro caso, dallo spazio domestico ai protocolli di cura e di assistenza. Non è facile, pertanto, dare una spiegazione esaustiva del *Social Housing*, dal momento che questa locuzione viene utilizzata in modo molto diverso nei vari Paesi europei. Tuttavia quella comunemente accettata è stata tracciata dal *CECODHAS Housing Europe (European Federation of Public, Cooperative & Social Housing)*, organizzazione con sede a Bruxelles dal 2000 che s'interessa alla promozione di politiche abitative per garantire alloggi alla portata di tutti in contesti socialmente, economicamente e ambientalmente sostenibili) che definisce il *Social Housing* come l'insieme delle attività atte a «fornire alloggi adeguati, attraverso regole certe di assegnazione, a famiglie che hanno difficoltà nel trovare un alloggio alle condizioni di mercato perché incapaci di ottenere credito o perché colpite da problematiche particolari».

Negli ultimi decenni, per molte famiglie, la difficoltà di sostenere

le spese abitative è aumentata e, al tempo stesso, in molti Paesi è stato progressivamente ridotto l'intervento pubblico. A ciò sono da aggiungere alcuni fattori demografici, che hanno creato una diversificazione della domanda abitativa, come, in particolare, l'aumento dell'immigrazione e l'invecchiamento della popolazione. Di conseguenza, le necessità abitative dei nuclei familiari poveri, con maggior bisogno abitativo, e delle categorie più vulnerabili, come gli *anziani* (anche quelli affetti da malattie degenerative dell'età), i *disabili*, gli *immigrati*, i *genitori* soli, i *giovani*, ecc., sono affrontati e soddisfatti in maniera spesso inadeguata³.

In questo senso il ruolo del *Social Housing* si rivela di fondamentale importanza, in quanto dovrebbe garantire una maggiore accessibilità e una qualità abitativa più alta, oltre che soddisfare i bisogni abitativi di persone che, per ragioni di carattere sociale, economico, familiare o professionale, vivono in difficoltà, offrendo loro l'accesso e la permanenza in edifici di qualità, con canoni calmierati (tali da non superare il 25-30 % dello stipendio). I principi fondamentali di questa nuova politica non rispondono solo a esigenze puramente economiche, o alla progettazione di edifici di qualità con garanzia di sostenibilità ambientale ed efficienza energetica e livello contenuto dei prezzi, ma hanno anche una forte connotazione sociale, che cerca di avviare meccanismi tali da evitare fenomeni di esclusione o di emarginazione⁴.

A livello europeo il *Social Housing* (da questo momento in poi per brevità espositiva indicheremo con *SH*) è un fenomeno ormai diffuso su larga scala, in particolare in Gran Bretagna e in Olanda. In Svezia da decenni l'intervento di *SH* è stato condotto con lo scopo di arginare le conseguenze sociali, derivate dal continuo aumento della popolazione anziana, attraverso politiche abitative pensate specialmente per promuovere l'invecchiamento attivo. Anche a Barcellona da molti anni il Comune e le fondazioni private promuovono le *viviendas dotacionales*, ovvero alloggi a canoni di locazione accessibili ai giovani e agli anziani, e dotate di servizi socio-sanitari che aumentano notevolmente la qualità della vita degli utenti⁵.

Poiché in Europa sono presenti situazioni abitative diverse e sono anche diverse le politiche adottate, il concetto di *SH* tende a

variare da un Paese all'altro. Tuttavia è possibile riconoscere alcune comuni peculiarità del *SH* presenti nei diversi Paesi e riconducibili alle seguenti azioni:

- soddisfare i bisogni abitativi delle famiglie in termini di accesso e di permanenza in abitazioni dignitose e a prezzi accessibili;
- aumentare l'offerta di alloggi a prezzi accessibili, attraverso la costruzione, la gestione, l'acquisto e l'affitto di alloggi sociali;
- definire i criteri di assegnazione e di *target groups*, sia in termini socio-economici, sia relativamente ad altri tipi di vulnerabilità. È da segnalare che anche i *target groups* del *SH* si differenziano in Europa da Paese a Paese, poiché diverse sono le normative nazionali o regionali, che stabiliscono i criteri per l'accesso al *SH*⁶.

Alla struttura puramente amministrativa che regola la progettazione del *SH*, si affianca la categoria degli operatori di *SH* (che in Europa s'identificano con la sigla *NLAs* (*Non-Landlord Activities*), la cui attività si rivolge ai bisogni specifici di alcuni gruppi particolari di utenti, in termini di assistenza e di sostegno, e alla situazione del territorio urbano in cui l'organizzazione interviene. I servizi alla persona, forniti dagli operatori di *SH*, mirano a migliorare la qualità della vita degli utenti, rivolgendosi a quelle categorie, anziani e disabili, che hanno bisogno di assistenza e di sostegno (l'assistenza domiciliare, la facilità di accesso ai servizi sanitari o l'organizzazione di attività ricreative). Anche laddove non si occupano personalmente della fornitura del servizio, le organizzazioni di *Housing* operano per crearne le basi, adeguando le condizioni strutturali degli alloggi alle esigenze degli utenti o prevedendo la realizzazione di aree comuni dove tali servizi possano essere forniti⁷.

In Italia il termine *SH* viene comunemente utilizzato per indicare interventi di politica abitativa d'interesse pubblico, che vanno oltre i consolidati parametri dell'edilizia residenziale pubblica e che vedono il concorso di soggetti privati e *non profit*. Nella legislazione italiana è il decreto del 22/04/2008 emanato dal Ministero delle Infrastrutture a introdurre il concetto di *alloggio sociale*, poi ripreso nel Piano Nazionale di Edilizia Abitativa (D.P.C.M. 16/07/2009). L'art. 1 del suddetto Decreto recita, infatti: «È definito alloggio sociale l'unità

immobiliare adibita ad uso residenziale in locazione permanente che svolge la funzione di interesse generale, nella salvaguardia della coesione sociale, di ridurre il disagio abitativo di individui e nuclei familiari svantaggiati, che non sono in grado di accedere alla locazione di alloggi nel libero mercato. L'alloggio sociale si configura come elemento essenziale nel sistema di edilizia residenziale sociale costituito dall'insieme dei servizi abitativi finalizzati al soddisfacimento delle esigenze primarie».

Il Piano Nazionale di Edilizia Abitativa ha, quindi, l'obiettivo di estendere la dimensione immobiliare anche alla dimensione sociale e di servizio, con il fine di favorire la formazione di un contesto abitativo e sociale dignitoso, all'interno del quale sia possibile non solo accedere a un alloggio adeguato, ma anche a relazioni umane ricche e significative.

In Sicilia il *SH* si ritrova, in parte, presente nel provvedimento dell'01/04/2009 (G.U. 29/04/2009, n. 98) che sancisce l'intesa 31/03/2009 firmata da Governo, Regioni ed Enti Locali sul cosiddetto *Piano Casa*. Le Regioni, nello specifico, s'impegnano ad approvare leggi volte a:

- migliorare la qualità architettonica e/o energetica degli edifici, entro il limite del 20% della volumetria esistente di edifici residenziali unifamiliari;
- disciplinare interventi straordinari di demolizione e di ricostruzione con ampliamento per edifici a destinazione residenziale, entro il limite del 35% della volumetria esistente;
- la finalità ultima è quella di migliorare la qualità architettonica, dell'efficienza energetica e l'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili, secondo criteri di sostenibilità ambientale (gli interventi edilizi, tuttavia, non potranno riferirsi a edifici abusivi o ad edifici collocati nei centri storici e/o in aree d'inedificabilità assoluta).

La Regione Siciliana si è recentemente dotata di una normativa in materia di *Piano Casa* con la Legge Regionale n. 6/2010, pubblicata nel BUR n. 14 del 26/03/2010. Tale Legge è imperniata sulla preponderante finalità di sostenere la messa in sicurezza e la riqualificazione del patrimonio edilizio esistente, dal punto di vista della qualità architettonica e dell'efficienza energetica, mediante l'utilizzo delle fonti di energia rinnovabile e di tecnica bioedilizia.

La successiva Legge 805/A del 14/12/2011, sulla *Riqualificazione urbanistica con interventi di edilizia sociale convenzionata. Misure urgenti per lo sviluppo economico*, è nata per dare il via alla costruzione di nuovi alloggi di edilizia sociale, sovvenzionata e agevolata. La Legge prevede la possibilità di ricorrere, in linea con quanto previsto dalla disciplina nazionale, allo strumento del *Partenariato Pubblico-Privato* (PPP) per la realizzazione d'interventi di *housing sociale* (D.L. 112/2008 - Cd. Piano Casa), ossia di «*alloggi in proprietà e a canone agevolato, destinati a fasce sociali che non riescono ad accedere al libero mercato*», superando così le forme tradizionali dell'edilizia residenziale pubblica.

È evidente, da quanto legiferato dalla Regione Sicilia sul *SH*, che non vi è una specifica proposta di legge che tuteli le fasce deboli (anziani e specialmente anziani affetti da malattie neurologiche degenerative), estendendo il concetto dell'*Housing* solo al controllo di particolari tipologie edilizie o di progetti di recupero e riuso dell'edilizia storica. La strada da percorrere da parte degli organi di governo è ancora lunga e necessità di apporti culturali e sperimentali che solo la ricerca universitaria può dare, grazie alle sue competenze e sperimentazioni.

Anziani, Vecchiaia e Alzheimer

«Il vecchio vive di ricordi e per i ricordi, ma la sua memoria si affievolisce di giorno in giorno. Il tempo della memoria procede all'inverso di quello reale: tanto più vivi i ricordi che affiorano nella reminiscenza quanto più lontani nel tempo degli eventi. Ma sai anche che ciò che è rimasto, o sei riuscito a scavare in quel pozzo senza fondo, non è che un'infinitesima parte della storia della tua vita»

Norberto Bobbio

Nei loro interessanti studi, volti a conferire maggiore dignità e riconoscibilità alle persone che hanno raggiunto la terza età, i due psicologi e psicoterapisti torinesi Luciano Peirone ed Elena Gerardi sottolineano come l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS, o *WHO, World Health Organization*)⁸ già da tempo ha insistito sul significato positivo di *presenza di salute e benessere*, non limitandolo a quello negativo di

assenza di malattia e malessere come unica accezione nella quale si articola la *salute*. Affermano i due studiosi che «l'essere umano, inteso come persona e individuo, persegue oggi una salute incentrata su una condizione di benessere (al tempo stesso fisico, mentale, sociale, ecologico), condizione tendenzialmente completa, armonicamente e dinamicamente equilibrata. Il concetto di salute si amplia: biologia, psicologia, sociologia, ecologia e antropologia culturale si interfacciano, nell'ottica di uno stile di vita sano e sereno [...] attivamente teso verso lo *stare bene/stare meglio/stare meglio sempre più*»⁹.

Per quanto concerne le problematiche connesse alla salute e al benessere dell'anziano, Peirone e Gerardi sostengono, inoltre, che l'anziano (il *senior*, come da loro definito) «va inteso quale *soggetto attivamente sensibilizzato*: soprattutto, *ancora padrone della propria condizione esistenziale, culturalmente padrone della propria vita psicofisica*. [...] Sotto il profilo emozionale e cognitivo-culturale, egli si pone quale protagonista del proprio benessere in un'ottica di equilibrio olistico (corpo e mente; individuo e società; natura e cultura)»¹⁰.

Alla luce dei concetti espressi, i due studiosi torinesi articolano l'intero ciclo di vita attorno ad alcuni concetti-chiave:

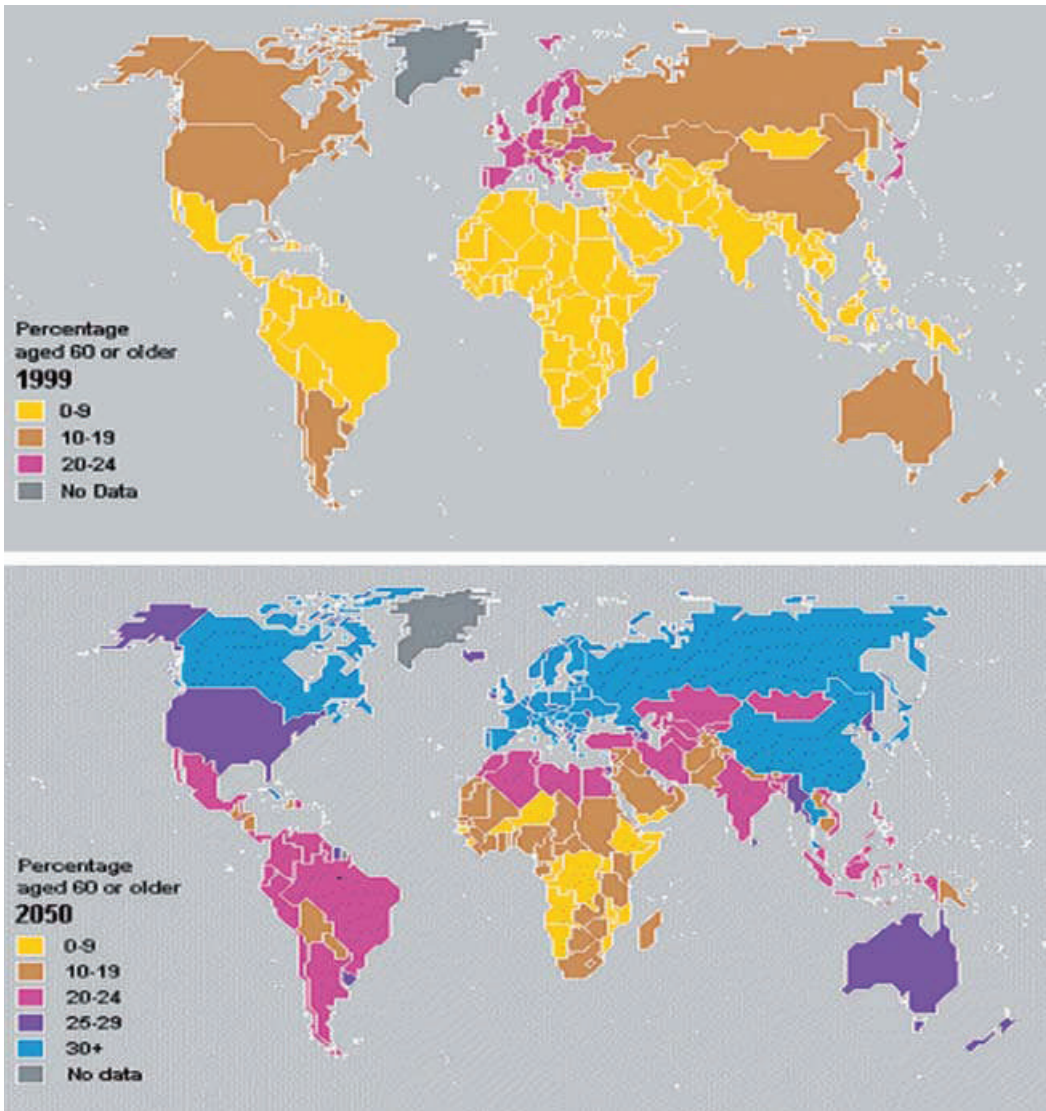
- il *tempo*;
- l'*aging* (termine neutro, migliore rispetto a *invecchiamento*);
- il *senior* (revisione semantica del concetto di *anziano*, che non implica più limitazione bensì ammette opportunità);
- la *terza età* (concetto più funzionale che cronologico, per cui realtà non isolata/ghettizzata, ma al contrario, tesa al dialogo con tutte le altre fasce di età);
- la/le *nuova/nuove identità* (esistenza vissuta dinamicamente, non più in modo chiuso, bensì in modo aperto);
- l'*atteggiamento psico-culturale* (modo soggettivo di porsi nei confronti del processo vitale e conseguente valorizzazione degli input-output informativi);
- la *health psychology* (disciplina scientifica ottimale in funzione della ricerca dello *star bene*);
- la *sanità*, la *serenità* e la *saggezza* (principali vettori dello stile di vita, auspicabili e realizzabili in particolare nella condizione di *seniorship*,

vissuta più come risorsa che come problema¹¹.

Con riferimento ai concetti appena espressi è necessario, quindi, attivare procedure, protocolli e progetti, specialmente di natura architettonica, che oltre ad accogliere e assistere il *senior* mirino ad allenare la sua mente e il suo fisico, per non innescare atteggiamenti negativi conseguenti alla presa di coscienza di essere socialmente inutili (come, ad esempio, può facilmente emergere dalla condizione del pensionato, che vede ridotto o annullato il ruolo prima svolto all'interno della società e nella famiglia).

Il mondo invecchia¹² - L'invecchiamento della popolazione a livello mondiale, ma in particolare nelle popolazioni occidentali, sta determinando una profonda trasformazione della struttura demografica della società. All'inizio del 1900, i soggetti di età pari o superiore ai 65 anni (*anziani*) costituivano circa l'1 % della popolazione totale, mentre nel 1990 essi erano già il 10% della popolazione totale. Proiezioni demografiche della *OMS* prevedono che nel 2030 i soggetti d'età ≥ 65 anni supereranno la quota di 1,3 miliardi. Nei Paesi industrializzati, i 203 milioni di anziani del 1990 aumenteranno di circa l'80% raggiungendo, nel 2030, il numero di circa 400 milioni. Saranno, però, i Paesi in via di sviluppo a dover affrontare uno sviluppo ancora più drammatico, dal momento che entro il 2030 è previsto un aumento del 250% della popolazione anziana. In tali Paesi nel 1990 viveva il 58% della popolazione mondiale di anziani e nel 2030 essi ospiteranno oltre i due terzi degli anziani di tutto il mondo.

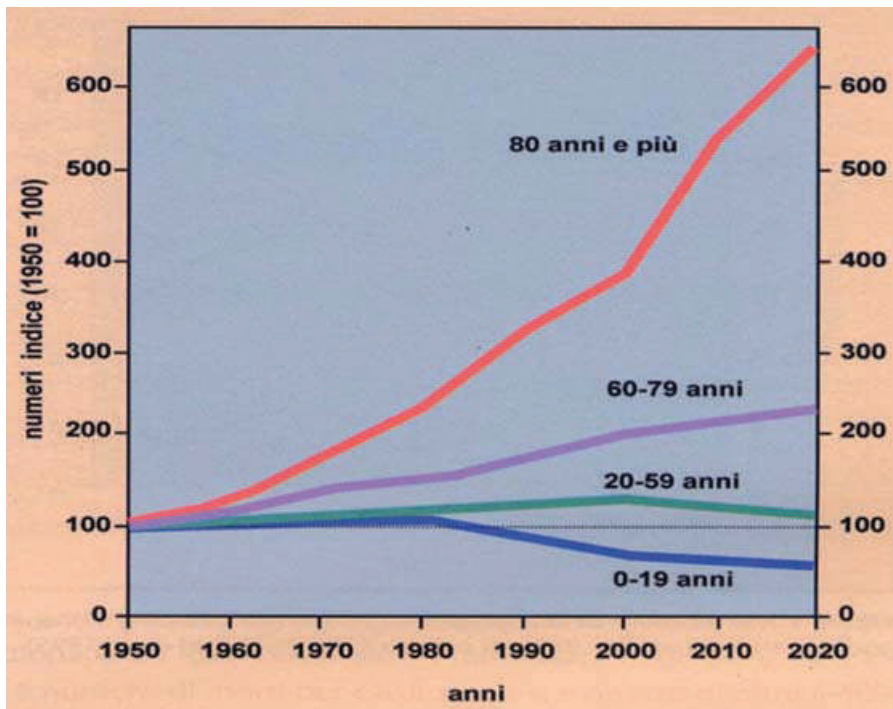
Dal Gennaio 2003 l'Italia risulta il Paese con il più alto indice di vecchiaia al mondo. Ciò dipende dall'enorme crescita della popolazione anziana, a fronte di una sostanziale stabilità della popolazione di età inferiore ai 60 anni. Le statistiche, infatti, rilevano che un quinto della popolazione italiana è composto da ultrasessantacinquenni. Il rapporto anziani/giovani (in Italia al 2003 era di 133/100) rappresenta il *debito demografico* contratto da un Paese nei confronti delle generazioni future (soprattutto in termini di previdenza, di assistenza e di spesa sanitaria); anche Germania, Spagna e Grecia hanno indici superiori a 100, ma inferiori a quello italiano. In tutto il mondo, il dato demogra-



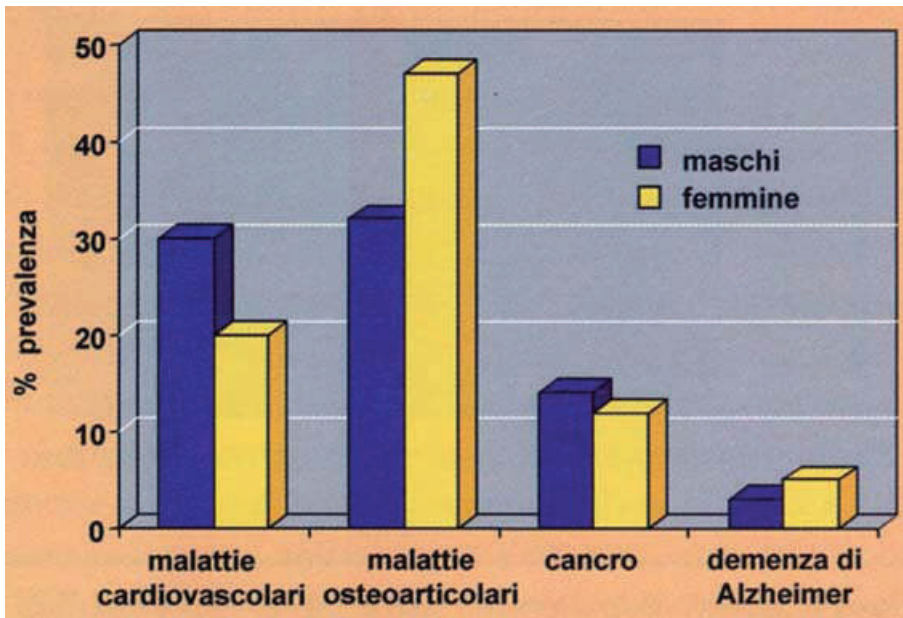
Previsioni d'incremento dell'età a livello mondiale. Si nota come in Occidente la popolazione 60+ rappresentava nel 2000 circa il 20-25% del totale, e che nel 2050 essa rappresenterà più del 30% (dal Seminario *L'invecchiamento cerebrale: fisiologia, patologia e comorbidità*, tenuto il 12 e 13 Marzo 2012 presso le sedi della Facoltà di Architettura di Agrigento e di Palermo dal Prof. R. Camarda, Ordinario di Neurologia presso l'Università degli Studi di Palermo, alla data Direttore della UO di Neurologia e Patologie Cognitive del Policlinico Universitario "P. Giaccone" di Palermo e della Unità di Valutazione per la Malattia di Alzheimer "Laboratorio di Epidemiologia e Psicologia dell'Invecchiamento e delle Demenze")

fico più rilevante, per le importanti implicazioni economiche e socio-sanitarie, è quello del prevalente incremento dei soggetti *oldest old* (soggetti di età superiore agli 85 anni) che oggi in Italia è pari a 2,3 milioni dei quali 800 mila di maschi e 1,5 milioni di femmine. Gli *oldest old* rappresentano il segmento di popolazione in cui maggiormente si concentra la *morbilità*¹³ e la *disabilità* e in cui è molto elevato il numero di *soggetti fragili*, così definiti in quanto affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile e frequentemente disabili e quindi con un maggior rischio di morte.

Quali sono le conseguenze di un invecchiamento così intenso e veloce della popolazione? Con riferimento all'ambito medico sanitario è da sottolineare un vertiginoso aumento dei costi sanitari ed assistenziali, sia per l'incremento dei ricoveri ospedalieri, sia per l'aumentata necessità dell'*assistenza a lungo termine* (riabilitazione, assistenza



Evoluzione della popolazione anziana per classi d'età in Italia nel periodo 1950-2020
(dal Seminario del Prof. Camarda)



Prevalenza di malattie croniche e disabilitanti negli anziani in rapporto al sesso (dati USA 1994. Dal Seminario del Prof. Camarda)

domiciliare, istituzionalizzazione in residenze assistite); e sono proprio i costi per l'assistenza a lungo termine quelli maggiormente destinati ad aumentare in Italia in conseguenza del numero crescente di anziani disabili. Sulla base di studi di proiezione, la spesa per il *long-term care*, costruita sui valori economici e sui parametri del Fondo Sanitario Nazionale del 1999, stimabile intorno all'8,5%, nel 2011 aveva già superato ampiamente il 12%.

Circa le *previsioni* per il futuro, i pareri sono discordi. Accanto a chi afferma che il progressivo miglioramento dello stile di vita e i progressi della scienza medica riusciranno a comprimere la *morbilità* e l'*invalidità* nelle fasi estreme della vita, c'è chi ritiene, invece, inevitabile la progressiva espansione delle malattie associate all'invecchiamento e alla disabilità con il risultato di una vita più lunga, ma vissuta in peggiori condizioni di salute e di autonomia funzionale. La malattia che forse più di ogni altra esprime in maniera paradigmatica le problematiche che conseguono all'invecchiamento della popolazione, alla

Tabella 2

EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA PER LA "LONG TERM CARE" (espressa in % del Fondo Sanitario Nazionale 1999) (Brizioli, 1999)

STRUTTURE	1999	2001	2011
Assistenza domiciliare + MMG	2.31%	2.56%	3.31%
Assistenza residenziale	2.13%	2.31%	2.87%
Lungodegenza e riabilitazione	4.07%	5.02%	6.35%
Totale "long term care" su % FSN 1999	8.51%	9.89%	12.53%

(dal Seminario del Prof. Camarda)

Tabella 7

INVECCHIAMENTO CEREBRALE: FUNZIONI COGNITIVE
MEMORIA

- ↔ ↓ memoria di lavoro (WM)
- ↔ ↓ memoria a breve termine (STM) o primaria
- ↓ ↓ memoria a lungo termine (LTM) o secondaria
- ↔ memoria storica o terziaria

CAPACITÀ VISUO-SPAZIALI

- ↓ riconoscimento tridimensionalità
- ↓ capacità di riproduzione figure
- ↓ disposizione oggetti nello spazio

LINGUAGGIO

- ↔ lessicale e sintattica
- ↓ semantica
- ↑ uso pronomi, circonlocuzioni, fenomeno "tip of the tongue"
- ↓ pianificazione discorso

INTELLIGENZA

- La valutazione risente del metodo di studio (trasversale o longitudinale)
- ↔ nel tempo con ↓ dopo gli 80 anni
- ↔ intelligenza cristallizzata
- ↓ intelligenza fluida

(dal Seminario del Prof. Camarda)

rapida espansione delle malattie croniche, progressive, invalidanti e dagli elevati costi socio-assistenziali è la demenza e, in particolare, la *Malattia di Alzheimer*.

Di fronte a questo scenario demografico, appare più che giustificato parlare di una vera e propria *emergenza anziani* a diffusione planetaria. Tuttavia, non sono ancora chiari i rapporti che legano *invecchiamento cerebrale* e *demenza*: se per alcuni, essi rappresentano gli estremi di un *continuum involutivo*, di cui la *demenza* è la fase terminale, per altri la *demenza* è una patologia distinta dall'*invecchiamento* di cui costituisce un fattore di rischio e non una causa.

L'invecchiamento cerebrale patologico: demenza e Alzheimer¹⁴ - La *demenza* è un lento e progressivo cammino a ritroso nel corso del quale il soggetto adulto va incontro a insidiosa, progressiva e inesorabile perdita del patrimonio cognitivo acquisito nel corso della vita, a causa di un'altrettanto insidiosa, progressiva e inesorabile devastazione strutturale del suo cervello. Come conseguenza, viene anche perduta l'autonomia nella gestione delle attività della vita quotidiana, per cui si diviene dipendenti da altri e si perde la dignità di *human being* che ci caratterizza. Più

Tabella 8
**CERVELLO SENILE:
 PROFILO MOTORIO, COGNITIVO E COMPORTAMENTALE CHE
 CARATTERIZZA L'ULTRAOTTUAGENARIO**

PROFILO MOTORIO

Reperti obiettivi:

- postura in lieve flessione, tendenza retropulsione
- andatura incerta, a piccoli passi, a base allargata
- ↓ forza e ↓ tono muscolare

Reperti soggettivi:

- insicurezza
- debolezza
- instabilità

PROFILO COGNITIVO

Memoria:

- = a breve termine
- ↓↓ a lungo termine
- ↓ capacità a mantenere e richiamare nuove informazioni
- ↓↓ sensoriale visiva
- = sensoriale uditiva
- = remota o storica (sia episodica che semantica)

(dal Seminario del Prof. Camarda)

freddamente, la *demenza* è espressione del vario associarsi di *deficit della memoria e di altre aree cognitive* che causa, in chi ne è affetto, una significativa riduzione delle capacità di svolgere in autonomia le attività del *daily living*. Negli anziani, la demenza ha una prevalenza di circa il 6-8%; la prevalenza aumenta all'aumentare dell'età passando dall'1% nella fascia 65-69 anni al 30% nella popolazione che supera gli 85 anni. Questi valori sono più alti tra le donne che tra gli uomini.

Il *Morbo di Alzheimer* (da Alois Alzheimer, direttore della clinica neuropsichiatrica di Breslavia, che nel 1906 descrisse per la prima volta in modo esauriente le caratteristiche anatomico-cliniche riscontrate in una donna di cinquantacinque anni affetta da demenza progressiva), detto anche *demenza senile di tipo Alzheimer* o *demenza degenerativa primaria di tipo Alzheimer* o semplicemente *Alzheimer*, è la forma più comune di demenza degenerativa invalidante a esordio prevalentemente senile (oltre i 65 anni, ma può manifestarsi anche in epoca presenile, prima dei 65 anni); dalle statistiche si evince, però, che l'incidenza di casi di Alzheimer aumenta con l'aumentare dell'età: del 7% dopo i 65 anni, del 30% dopo gli 80.

A causa dell'invecchiamento della popolazione, il deterioramento cognitivo e la demenza rappresentano oggi degli enormi carichi per la società mondiali. L'OMS ha previsto che nel 2020 vi saranno circa 29 milioni di soggetti con demenza nei Paesi industrializzati e in via di sviluppo. Interventi di prevenzione primaria o secondaria eseguiti a livello di popolazione potranno servire a ridurre tale rischio. Fattori di rischio vascolare come diabete mellito, ipertensione, ipercolesterolemia e obesità stanno emergendo come importanti fattori di rischio sia per la demenza vascolare, sia per il *Morbo di Alzheimer*. La conoscenza delle interazioni fra fattori genetici e ambientali in popolazioni differenti è la strada intrapresa dai ricercatori per identificare i fattori di rischio modificabili e per programmare efficaci interventi di prevenzione.

L'Alzheimer: sintomi, esigenze del malato e terapie di aiuto - I primi sintomi osservabili in un anziano, affetto da demenza o da Alzheimer, sono spesso erroneamente considerati problematiche legate all'età o

manifestazioni di *stress*. Nelle prime fasi, il sintomo più comune è l'incapacità di acquisire nuovi ricordi e la difficoltà nel ricordare eventi osservati recentemente. Con l'avanzare della malattia, il quadro clinico può prevedere confusione, irritabilità e aggressività, sbalzi di umore, difficoltà nel linguaggio, perdita della memoria a lungo termine e progressive disfunzioni sensoriali. Il malato di Alzheimer subisce un processo di deterioramento progressivo di funzioni cognitive specifiche, quali il linguaggio (*afasia*), la gestualità (*aprassia*) e la memoria.

Al fine d'individuare meglio l'evoluzione della malattia è possibile distinguere tre fasi evolutive, che gli ingegneri Francesco Leo, Nicola Longo e il Prof. Ing. Giovanni Tortorici hanno analizzato in relazione alla *memoria*, al *linguaggio* e alla *gestualità*, e che possono essere sintetizzate in: *fase iniziale*, *fase intermedia* e *fase avanzata*¹⁵.

Nella sintomatologia della *fase iniziale* per quanto riguarda la *memoria*, i malati di Alzheimer iniziano ad avere problemi di perdita della memoria: fanno fatica a ricordare le nuove informazioni; dimenticano, pertanto, gli appuntamenti, l'invertono o si recano ad essi nel momento sbagliato e anche più volte; dimenticano quello che si è

Quanto è frequente la malattia di Alzheimer?

Tipo di Demenza	%
Demenza di Alzheimer	50-60%
Demenza vascolare	10-20%
Demenza a corpi di Lewy	7-25%
Malattia di Pick o demenza fronto-temporale	2-9%
Altre forme di demenza	5-15%
Demenze reversibili	5-20%

Tabella sulla frequenza della malattia di Alzheimer (dal Seminario del Prof. Camarda)

appena detto; il richiamo della loro attenzione produce in loro tristezza, rabbia e diffidenza. Per quanto riguarda il *linguaggio*, in questa fase i malati manifestano le prime difficoltà ad esprimersi, non riuscendo a trovare le parole o utilizzando forme complicate per descrivere un oggetto, di cui hanno dimenticato il nome, oppure non riuscendo a completare le frasi, diventando così taciturni e passivi sul piano intellettuale. Parallelamente, il malato Alzheimer manifesta un'attività fisica crescente, si agita ed è incapace di rimanere seduto a lungo; ha costantemente bisogno di muoversi e di essere attivo e reagisce con aggressività se si prova ad impedirglielo.

Nella sintomatologia della *fase media* (più difficile da sopportare da parte del malato e del familiare e/o operatore, sia per la durata sia per le difficoltà crescenti sul piano fisico) si assiste ad un'ulteriore degenerazione comportamentale della malattia. Per quanto riguarda la *memoria*, i malati di demenza manifestano maggiori vuoti di memoria, dimenticando i nomi dei familiari e gli avvenimenti recenti, non ricordando se hanno mangiato, se si sono lavati e se qualcuno ha fatto loro visita; si disorientano negli ambienti a loro noti e persino nei propri appartamenti, non ricordano neanche il mese, la stagione o l'anno in corso. Le difficoltà nel *linguaggio* peggiorano sensibilmente: rivelano incapacità a parlare, ad esprimersi e anche a capire ciò che si dice loro. Nella fase media iniziano a manifestarsi anche i problemi di *gestualità*: non riescono ad eseguire più gli atti quotidiani, come lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc. se non con la presenza e le istruzioni di un familiare/operatore e solo fino a quando capiscono queste istruzioni. Vengono a manifestarsi i primi segni d'incontinenza, anche se è possibile ritardare la stessa facendoli esercitare ad andare regolarmente alla toilette. In questa fase parecchi malati colpiti da demenza sono soggetti ad allucinazioni o a deliri e l'agitazione spesso si trasforma in un vagabondare senza scopo.

Nella sintomatologia della *fase avanzata* il malato soffre anche di dolori fisici che lo indeboliscono e lo espongono all'insorgenza di infezioni (influenza, polmonite, infezione dei reni e della vescica, ecc.), causandone spesso il decesso. Per quanto riguarda la *memoria*, il malato reagisce sempre meno alle sollecitazioni di persone, storie, canzoni

del suo passato; non riconosce nemmeno più le persone che gli sono più vicine, fatica a capire e a interpretare gli avvenimenti, anche i più semplici. Il *linguaggio* si riduce a qualche parola, che il malato sembra dire per caso, o confuse sillabazioni o sfocia addirittura in un mutismo totale. La *gestualità* si aggrava sensibilmente: il malato fa fatica ad alimentarsi, ad identificare il cibo, ad aprire la bocca, a masticare e a deglutire, con il rischio di avere dei colpi di tosse e d'inghiottire di traverso, cosicché corpi estranei, arrivando nei polmoni, possono provocare una polmonite; avanza a piccoli passi e il suo cammino manca di sicurezza, cosa che moltiplica le cadute, le ferite e le fratture. Con il passare del tempo, i malati passano le loro giornate in sedia a rotelle, fino a diventare infermi, e l'incontinenza si accentua.

Alla luce di quanto così schematicamente evidenziato dallo studio dei tre Ingegneri, emerge l'esigenza improrogabile di individuare i bisogni del malato di Alzheimer, attraverso la conoscenza delle dinamiche di evoluzione della malattia, per potere definire non solo i comportamenti e i bisogni dei malati di demenza, ma anche quelle di tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza (familiari e operatori), sia in termini di terapia medica, sia in termini di terapia non farmacologica e assistenziale e sia ancora in termini di progettazione di spazi e ambienti adeguati. Quest'ultimo aspetto è quello che ha maggiormente richiamato il

FASE INIZIALE	FASE MEDIA	FASE AVANZATA
<ul style="list-style-type: none"> Dimenticano eventi recenti Dimenticano e invertono appuntamenti Si perdono in ambienti sconosciuti 	<ul style="list-style-type: none"> Dimenticano il nome di parenti e amici Dimenticano di aver mangiato Dimenticano di essersi lavati Dimenticano mesi, anni e stagioni in corso Si perdono in ambienti sconosciuti 	<ul style="list-style-type: none"> Non riconoscono persone e amici Dimenticano avvenimenti del passato
<ul style="list-style-type: none"> Non ricordano parole 	<ul style="list-style-type: none"> Fanno fatica a esprimersi Non capiscono ciò che si dice 	<ul style="list-style-type: none"> Pronunciano solo qualche parola Diventano muti
<ul style="list-style-type: none"> Non riescono a restare seduti a lungo Si muovono continuamente 	<ul style="list-style-type: none"> Si lavano, vestono e mangiano se assistiti Ritardano l'incontinenza se assistiti 	<ul style="list-style-type: none"> Non riescono ad aprire la bocca e a deglutire Sono incontinenti Hanno paura nel camminare Cadono e urtano spesso Non riescono ad aprire le porte Soffrono di dolori fisici

(tratto da LEO F., LONGO N., TORTORICI G., *Centro Alzheimer percorsi di apprendimento e terapie*, in "Assistenza anziani" Maggio-Giugno 2008, p. 17)

nostro interesse, vedendoci impegnati a definire dei parametri -base della ricerca-, i cui risultati sono stati raccolti in questo volume.

Attualmente i trattamenti terapeutici utilizzati offrono piccoli benefici sintomatici e possono parzialmente rallentare il decorso della patologia. A livello preventivo, sono stati proposti diversi correttivi degli stili di vita personali come potenziali fattori protettivi nei confronti della patologia: stimoli mentali, esercizio fisico e dieta equilibrata sono stati proposti sia come modalità di possibile prevenzione, sia come modalità complementari di gestione della malattia.

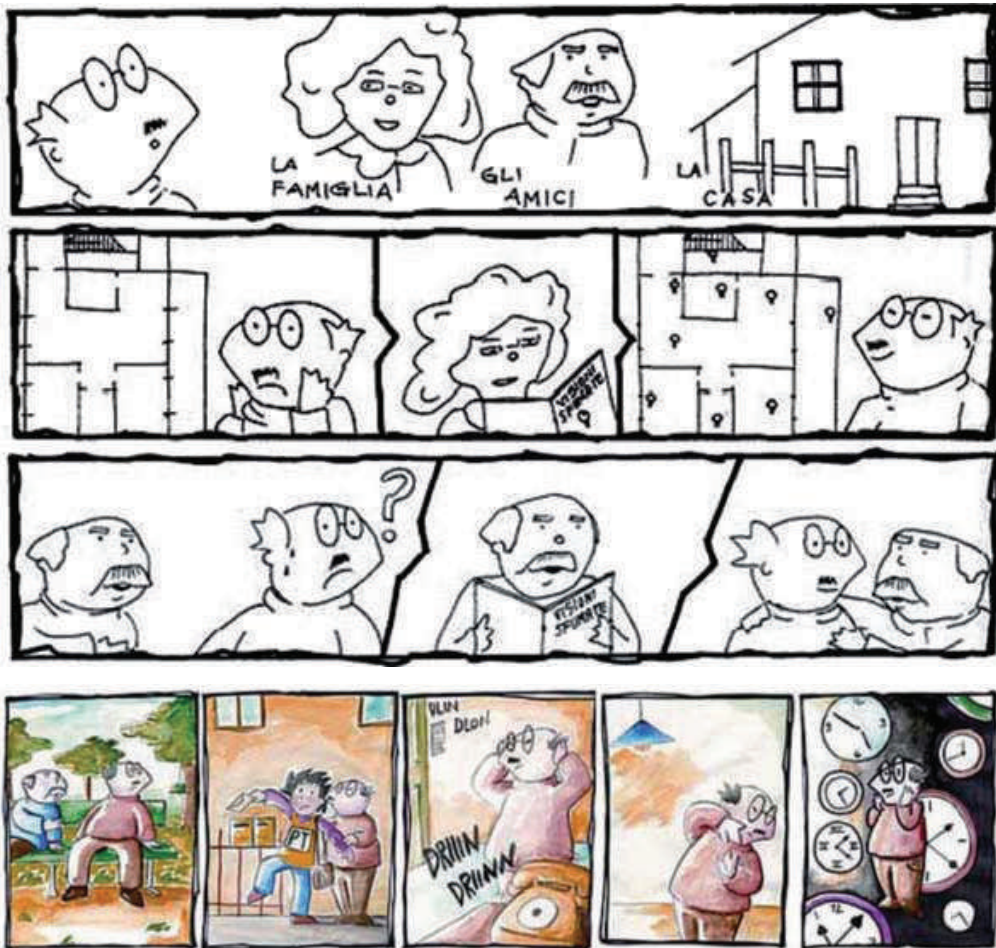
«Le forme di trattamento non-farmacologico consistono prevalentemente in interventi comportamentali, di supporto psicosociale e di *training cognitivo*. Tali misure hanno dimostrato una loro efficacia positiva nella gestione clinica complessiva del paziente. I *training cognitivi* (di diverse tipologie, e con diversi obiettivi funzionali: *Reality-Orientation Therapy*, *Validation Therapy*, *Reminiscence Therapy*, i vari programmi di stimolazione cognitiva - *Cognitive Stimulation Therapy*, ecc.), hanno prodotto risultati positivi sia nella stimolo e nel rinforzo delle capacità neurocognitive, sia nel miglioramento dell'esecuzione dei compiti di vita quotidiana. I diversi tipi d'intervento si possono rivolgere prevalentemente alla sfera cognitiva (ad es., *Cognitive Stimulation Therapy*), comportamentale (*Gentlecare*, programmi di attività motoria), sociale ed emotivo-motivazionale (ad es., *Reminiscence Therapy*, *Validation Therapy*).

La *Reality-Orientation Therapy*, focalizzata su attività formali e informali di orientamento spaziale, temporale e sull'identità personale, ha dimostrato in diversi studi clinici, di poter facilitare la riduzione del disorientamento soggettivo, e di contribuire a rallentare il declino cognitivo, soprattutto se effettuata con regolarità nelle fasi iniziali e intermedie della patologia.

I vari programmi di stimolazione cognitiva (*Cognitive Stimulation*), eseguiti sia a livello individuale (anche presso il domicilio dai *caregivers* opportunamente formati), sia in sessioni di gruppo, possono rivelarsi significativamente utili nel rallentamento dei sintomi cognitivi della malattia e, a livello di economia sanitaria, garantiscono un ottimo rapporto fra costi e benefici [...].

La *Reminiscence Therapy* (fondata sul recupero e sulla socializzazione dei ricordi di vita personale positivi, con l'assistenza di personale qualificato e materiali audiovisivi) ha prodotto risultati interessanti sul miglioramento dell'umore, dell'autostima e delle competenze cognitive, anche se ulteriori ricerche sono ritenute necessarie per una sua completa validazione.

Forme specifiche di musicoterapia e arteterapia, attuate da perso-



Varie situazioni di disagio del malato di Alzheimer (tratto da DEL NORD R., *Visioni sfumate*, Regione Toscana, Firenze 2002)

nale qualificato, possono essere utilizzate per sostenere il tono dell'umore e forme di socializzazione nelle fasi *intermedio-avanzate* della patologia, sfruttando canali comunicativi non verbali.

Nelle fasi intermedie della malattia sembra essere positivo anche l'effetto di una moderata attività fisica e motoria sul tono dell'umore, sul benessere fisico e sulla regolarizzazione dei disturbi comportamentali, del sonno e alimentari.

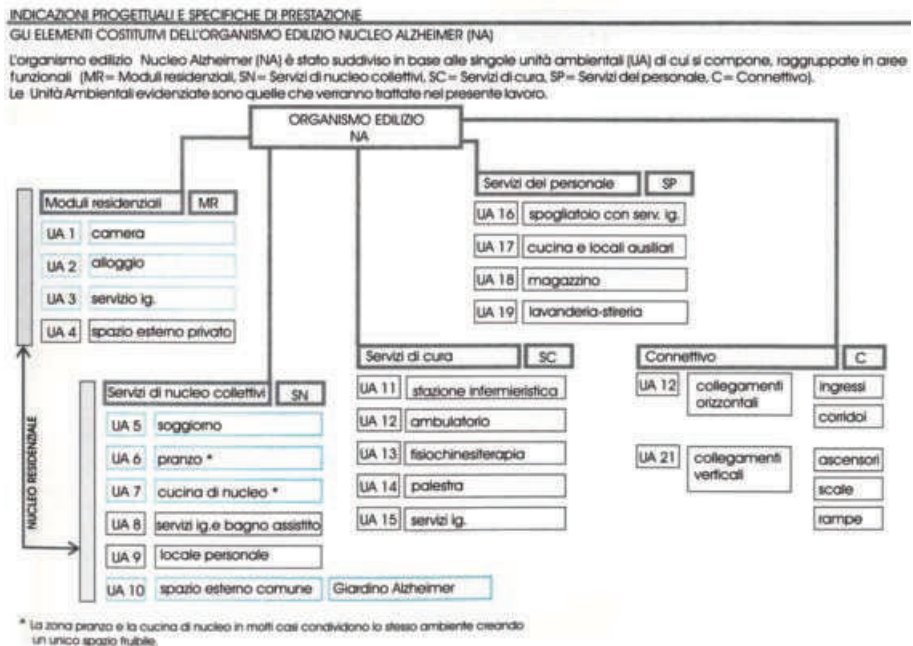
Fondamentali sono, infine, la preparazione e il supporto, informativo e psicologico, rivolto ai *caregivers* del paziente, che sono sottoposti a *stress* fisici ed emotivi significativi, in concomitanza col progredire della malattia»¹⁶.

Tra le terapie sicuramente più interessanti c'è il metodo *Gentle Care*, seguito da chi attenziona le problematiche spaziali e fisiche connesse alla malattia, consistente nella realizzazione di ambienti idonei ai malati di Alzheimer. Il metodo, nato e sviluppatosi negli anni '80 ad opera di Moira Jones, direttrice del "MJ Resources" (Winnipeg, Manitoba, in Canada) cerca di raggiungere, anche con il contributo di supporti esterni di tipo architettonico o con soluzioni di arredamento, l'obiettivo di base di organizzare un ambiente idoneo al *programma riabilitativo* valutato caso per caso.

L'Architettura per Alzheimer

È ormai riconosciuto come l'ambiente di vita dei malati di demenza senile e di Alzheimer debba essere rimodellato sulle loro esigenze; l'azione di cura e di tutela chiama, infatti, in causa non soltanto le persone, ma anche gli spazi edilizi. Il fine dell'Architettura è quello d'interpretare le esigenze dell'ospite e di aiutarlo a *recuperare/mantenere* un rapporto non traumatico con il proprio ambiente di vita. In ogni fase della malattia l'ambiente può compensare, o accentuare, i deficit cognitivi e i problemi comportamentali. Le modificazioni ambientali non mutano la storia naturale della malattia, però ne possono ridurre i problemi comportamentali, i sintomi psicotici e il declino funzionale: *lo spazio diviene strumento di cura trasformandosi in ambiente protettivo*, come sostenuto dal metodo *Gentle Care*.

La progettazione dell'ambiente, quindi, è parte integrante dell'approccio globale alla cura e dell'assistenza alle persone con Alzheimer ed è elemento fondamentale per la qualità della vita di questi pazienti. La qualità funzionale ed estetica degli spazi, sia chiusi sia aperti, svolge un ruolo determinante, non soltanto perché supporta lo sviluppo dei programmi terapeutici, ma anche perché richiama costantemente il valore di ogni persona, riconoscendo la dignità sua e di chi se ne prende cura; un aspetto, quest'ultimo, da non trascurare, perché lavorare in ambienti funzionali, confortevoli e ricchi di valenze anche estetiche contribuisce a non disperdere energie psico-fisiche e, di conseguenza, aiuta e rassicura i pazienti e loro familiari. Su tale argomento sono state condotte nel 2009 interessanti ricerche da due studiosi dell'Università di Trento, Michela Chiogna e Michela Dalprà, volti allo sviluppo di soluzioni idonee all'adeguamento degli spazi domestici secondo criteri di comfort e di sicurezza¹⁷.



Gli elementi costitutivi dell'organismo edilizio Nucleo Alzheimer (Cfr. CANNARA A., BRIZIOLI C., BRIZIOLI E., *Progettare l'ambiente per l'Alzheimer*, Franco Angeli, Milano 2004, p. 36)

La progettazione degli spazi deve, quindi, tenere presente che la *percezione spaziale* del malato di Alzheimer si trasforma progressivamente nel tempo: alcuni studiosi, relativamente allo stadio iniziale della malattia, parlano di *sgretolamento* delle forme e dei colori dell'ambiente di vita; persino i riflessi di un pavimento lucido, i rumori consueti di casa, le troppe porte di un corridoio, le ombre del proprio *amato giardino* scatenano reazioni (le cosiddette *reazioni catastrofiche*¹⁸), comportamenti impensati e imprevedibili. È, quindi, importante che la progettazione o riprogettazione degli spazi contribuisca a ridurre e contenere tali fonti di *stress*, a compensare la difficoltà a orientarsi nel tempo e nello spazio, a rallentare l'inevitabile declino delle capacità cognitive e funzionali, a ridurre l'uso dei farmaci, a stimolare le abilità residue.

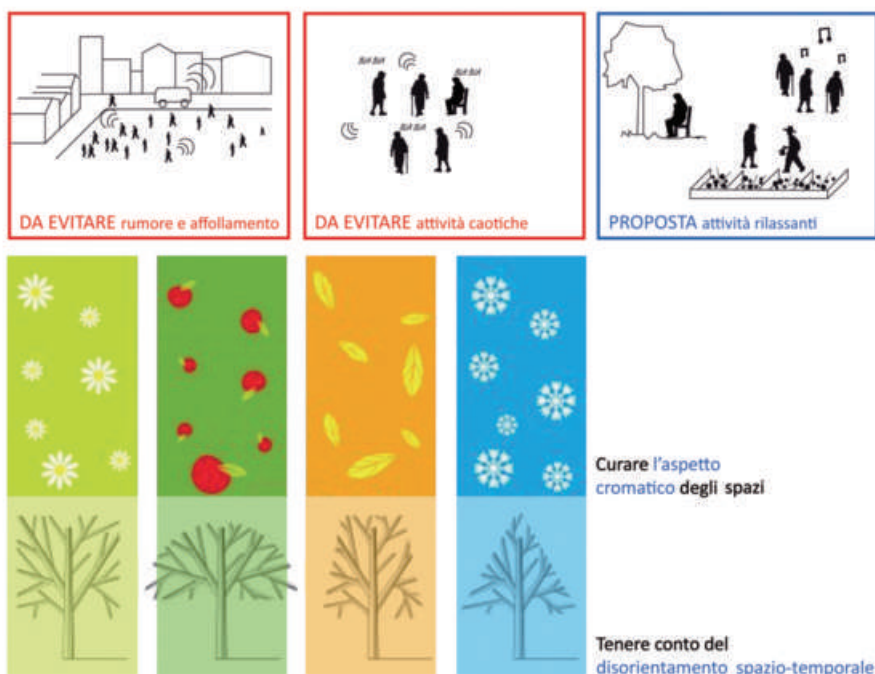
L'ambiente che un malato di Alzheimer frequenta e/o vive è una preziosa risorsa terapeutica per il mantenimento dell'autonomia residua nelle azioni di vita quotidiana, la gestione dei disturbi comportamentali e il miglioramento della qualità della vita. Per la rilevazione sistematica delle barriere, non solo fisiche ma anche percettive (sensoriali e cognitive), è stato predisposto un protocollo di controllo, destinato principalmente alle famiglie per metterle nelle condizioni di verificare l'*adeguatezza* e la *sicurezza* dell'ambiente in cui il malato vive e che costituiscono le problematiche essenziali da rispettare nella progettazione.

Le problematiche di *sicurezza* connesse con la malattia dell'Alzheimer sono particolarmente complesse in virtù delle difficoltà gestuali del malato che spesso, se associate all'*inadeguatezza* dell'ambiente, possono provocare gravi incidenti. Gli elementi costruttivi e gli arredi devono dare massima sicurezza (pavimentazioni antiscivolo, assenza di gradini e di spigoli, superfici non riflettenti, ecc.). Lo spazio, inoltre, deve dare una chiara comprensione delle destinazioni d'uso, al fine di agevolare l'orientamento ai malati che, come detto, viene meno con l'avanzare della malattia. Per tale motivo, i colori assumono un ruolo indispensabile perché destinati a supportare l'orientamento. L'ambiente domestico deve trasmettere al malato stimoli che vanno oltre il suo stato d'inconsapevolezza e, pertanto, nella progettazione degli spazi la componente percettivo-sensoriale diviene pre-

valente rispetto a quella funzionale.

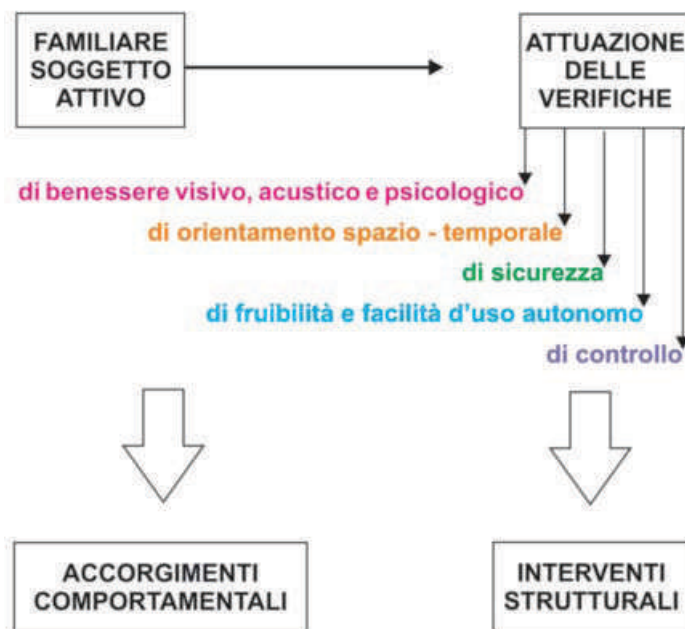
Una corretta *illuminazione* diffusa contribuisce sicuramente al controllo delle maggiori cause di turbamento che la persona vive (Cfr. su tale argomento lo studio pubblicato in questo volume dal Prof. Marco Beccali con Marina Bonomolo e Alessandra Galatioto). Da anni ormai sono noti i risultati positivi ottenuti con la cromoterapia ed è accertato che il colore ha una importante funzione terapeutica nel trattamento del *deficit* cognitivo del malato.

Sulle risposte utili, in termini di percezione, alla sua residua capacità di conservare memorie, offerte dai sensi al malato di demenza, è interessante quanto riportato in un saggio *on line* edito dalla Cooperativa Sociale “Anthropos”, con un approfondimento sugli effetti positivi che la luce naturale genera sul malato di Alzheimer. Nel saggio viene riportata una citazione del neurologo del M.I.T., R. J. Wurtman, il quale sostiene che *«la luce è, subito dopo il cibo, il più*



Schemi sensoriali

importante elemento di controllo del corpo umano immesso dall'ambiente». Molti sono i benefici che i malati di demenza ottengono dall'esposizione alla luce naturale, fra cui il recupero dei ritmi biologici, il combattere l'insonnia e le depressioni stagionali. Specifiche ricerche sull'argomento confermano che la luce provoca un alleggerimento del cosiddetto *crepuscolarismo*, cioè del fatto che i pazienti diventano confusi e agitati al tramonto. Vanno, quindi, previsti elementi d'illuminazione naturale diretta (finestre, vetrate, lucernari, verande), meglio se con vista su elementi naturalistici, con la presenza però di schermature frangisole mobili, in modo da evitare i casi di sovrastimolazione. L'illuminazione artificiale, di contro, dovrà avere un'intensità più alta: per compensare l'abbassamento delle capacità visive dei pazienti; per minimizzare i rischi di abbagliamento; per eliminare le zone d'ombra, che vengono vissute come elementi inquietanti. Inoltre, l'illuminazione artificiale dovrà essere associata a superfici opache e non riflettenti, in



Schematizzazione delle azioni che il familiare deve attuare per la valutazione dell'abitazione che accoglie il malato di Alzheimer
(tratto da <http://www.tempiespazi.it/spazi/aamag05/htm/04.htm>)

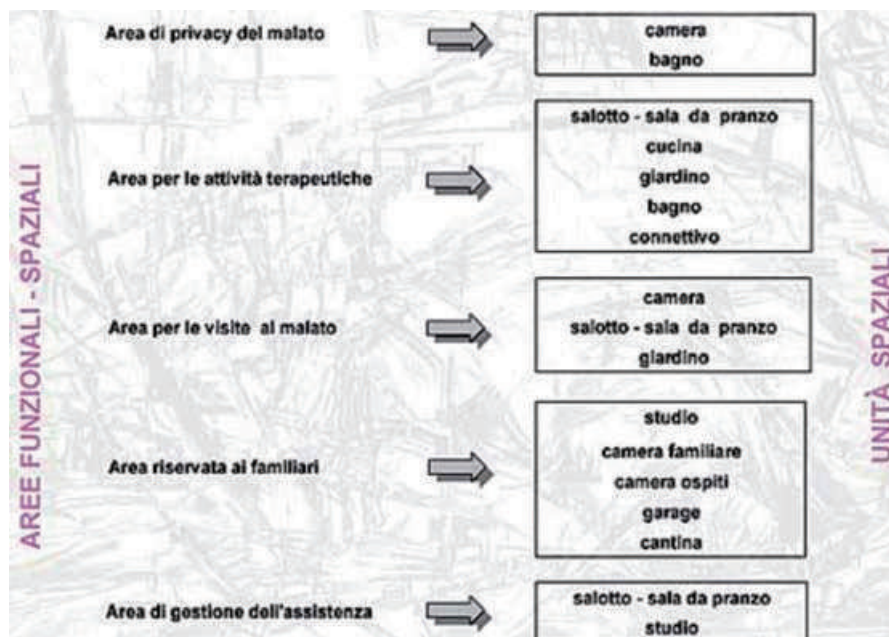
quanto queste ultime potrebbero creare all'anziano riflessi inquietanti¹⁹.

I malati di Alzheimer allo stadio medio e avanzato manifestano una scarsa *sopportazione dei rumori*; conseguentemente deve essere posta particolare attenzione alla coibentazione acustica dell'organismo edilizio nei confronti dei rumori esterni.

L'utilizzo di soluzioni tecniche, atte a garantire il benessere dei degenti e, al contempo, il risparmio energetico, è uno degli altri importanti aspetti da tenere in considerazione durante la progettazione nella risoluzione delle problematiche *termoigrometriche*.

Anche gli aspetti legati al *benessere psicologico* del malato meritano un attento esame, in quanto risulta molto più idonea e accogliente una struttura architettonica che abbia un aspetto generale tale da ricordare molto la casa dell'anziano, in modo che egli abbia la padronanza dell'ambiente circostante (sufficientemente flessibile, ma sicuro) in modo da sentirsi incoraggiato ad occuparlo.

Al fine di assicurare l'*igiene* occorre studiare adeguate soluzioni



Definizioni delle aree funzionali/spaziali all'interno dell'abitazione del malato (Cfr. <http://www.tempiespazi.it/spazi/aamag05/htm/05.htm>)

tecniche; essendo, infatti, l'incontinenza uno dei problemi connessi alla *Malattia di Alzheimer*, è necessario l'utilizzo di specifici materiali e di soluzioni tecniche che forniscano risposte corrette per il controllo di tale fenomeno (i malati terminali, ad esempio, tendono a pulirsi dove capita, anche sui muri).

La persona affetta da Alzheimer subisce un'alterazione del ritmo sonno-veglia e accentua la tendenza alla fuga dall'abitazione (*wandering*). Quindi, è necessario che vi siano sistemi di *controllo* delle uscite e di regolamentazione degli accessi ad aree potenzialmente pericolose²⁰.

Obiettivi della Ricerca Operativa

Il progetto architettonico, sviluppato dagli Studenti nelle Sperimentazioni Didattiche, ha perseguito l'obiettivo di chiarire quanto l'ambiente incida profondamente sulla qualità della vita e sul decorso della *Malattia di Alzheimer*. L'ambiente di residenza, al chiuso e all'aperto, può costituire un elemento terapeutico, essendo in grado d'incidere sui seguenti aspetti:

- riduzione dei problemi comportamentali della persona;
- rallentamento del declino delle funzionalità della persona;
- stimolo delle abilità residue;
- contenimento dei fattori di *stress* scatenanti reazioni catastrofiche e spesso irreversibili;
- compensazione dei *deficit* cognitivi e funzionali causati da malattie degenerative;
- migliore gestione del residente da parte degli operatori;
- diminuzione dello *stress* delle famiglie e degli operatori.

La Sperimentazione Didattica ha previsto la messa a punto di *linee guida* e di strategie progettuali per la realizzazione di un Centro Residenziale per gli anziani affetti dalla malattia, per i familiari e per gli operatori, affrontando e dando risposta a importanti criticità quali:

- sintonia fra il progetto e le linee desunte dalle teorie d'interazione fra residente e ambiente;
- predisposizione di idonei spazi per la giornata di vita all'interno della residenza, sia per il malato, sia per le famiglie, sia per gli operatori;

- messa a punto delle tipologie degli ambienti interni, delle singole funzioni e delle interrelazioni fra essi, alla ricerca della più efficace disposizione sia per l'ospite (orientamento e riconoscibilità dei luoghi), sia per l'operatore;
- elaborazione di schemi distributivi e *lay-out* interni idonei all'ottimizzazione gestionale, in modo che ogni operatore possa esercitare il massimo delle funzioni con sforzi e margine di errore minimi;
- benessere psicologico-percettivo del malato, attraverso il controllo dell'intensità luminosa, dei contrasti, dell'assetto igrotermico, del controllo acustico e olfattivo;
- benessere dei familiari e degli operatori, con la predisposizione di spazi per l'incontro con le famiglie;
- adattabilità degli spazi nel tempo in relazione all'eventuale degenerazione della malattia e predisposizione di adeguati oggetti di arredo (letti, armadi, tavoli, ecc.);
- scelta dei colori e degli elementi idonei alla salvaguardia e/o alla modificazione del *visus* dell'ospite (pavimenti, pareti, infissi, ecc.);
- definizione degli spazi aperti e del giardino quale spazio terapeutico e rigenerativo.

Infine, utilizzando una metodologia sistemica, dalle *linee guida* è stato possibile estrapolare una serie di *criteri base* e d'indicazioni per i vari ambienti interni ed esterni in rapporto alle varie funzioni che in quegli ambienti si svolgono, e che contribuiscono alla progettazione di una *RSA* o di una *RA* o di un *Centro Residenziale*. I criteri di base adottati per le unità residenziali hanno fatto riferimento allo studio "*Indicazioni e suggerimenti architettonici per nuclei Alzheimer*", avanzato dalla "Fondazione Tusculum. Case Anziani Medicalizzate" di Arogno nel 2008²¹, e che si possono sintetizzare nella seguente elencazione:

- accoglienza da 6 a 15 persone (max.) per unità;
- caratteristiche che richiamino l'ambiente domestico;
- valorizzazione degli ambienti comuni;
- personalizzazione delle camere di degenza;
- ausili tecnologici (sicurezza e funzione);
- relazione dinamica fra spazio fisico-programmi-persone;
- massimo grado di libertà e di sicurezza;

- costruzione di una sorta di *alleanza terapeutica* di supporto al paziente fra lo staff, i familiari e i volontari.

Il *Centro Residenziale* (sia che si tratti di una nuova costruzione o d'interventi sul costruito) dovrebbe rispettare le seguenti priorità:

- svilupparsi preferibilmente su un unico livello, a piano terra (per il giorno), con accesso diretto al giardino esterno protetto (i modelli spaziali possono variare dall'edificio *a corte*, *a chiostro*, *a padiglione*, *a croce* o *a L*), evitando possibilmente di progettare con riferimenti a contesti ospedalieri;
- adeguarsi al contesto architettonico e ambientale;
- favorire un ambiente di vita ordinario e non istituzionale (molte delle soluzioni realizzate sino ad oggi non raggiungono questo scopo nell'insieme ma solo in alcuni ambienti).

Il *Centro* e il *giardino*, caratterizzato dall'aggettivo *protetto*, dovrebbero essere complanari, così come lo sviluppo dei percorsi interni ed esterni, prevedendo possibilmente la separazione dei flussi di percorrenza destinati ai pazienti da quelli destinati al personale, ai familiari, ai fornitori di servizi. Inoltre, si dovrebbe prevedere un unico accesso al nucleo, dotato di un adeguato sistema di controllo, adottando adeguate barriere per ridurre l'incidenza dell'inquinamento acustico, ed evitando la formazione di ombre portate dagli edifici circostanti o dagli alberi ad alto fusto. È importante, infine, la collocazione e l'orientamento degli ambienti notturni, identificati come spazi personali dal malato, se si tratta di nuova progettazione; nel caso di interventi sul costruito sarà necessario scegliere le parti della costruzione che si prestano ad esposizioni controllate della luce solare).

Il *giardino-protetto* è il luogo indispensabile al malato di Alzheimer per potere attivare i sensi e la memoria residua, tuttavia sarà necessario rispettare alcuni indicatori progettuali quali:

- prevedere l'accesso al giardino dagli spazi comuni (complanari);
- occultare il cancello e la recinzione;
- prevedere la collocazione di alberi distanti dall'edificio o dai percorsi o comunque posti in modo che l'ombra (nei mesi da Ottobre ad Aprile) non si proietti sui percorsi;
- prevedere almeno un'area di sosta con alberature da ombra per l'estate;

- sviluppare in modo contenuto percorsi di vagabondaggio privi di ostacoli, meteo protetti e chiaramente identificabili (rischio di caduta, impiego di attrezzi pericolosi);
- realizzare in modo complanare i piani di calpestio dei percorsi, delle aree di sosta, dei tappeti erbosi che dovranno risultare sempre complanari (eventuali rampe a pendenza contenuta);
- prevedere lungo i percorsi di vagabondaggio zone d'interesse per i sensi (acqua, profumi, colori) per l'orientamento e l'attenzione (verificare in sede progettuale la luminosità e i contrasti).

Riflessioni conclusive

«La più grande sorpresa nella vita di un uomo è la vecchiaia»

Lev Nikolàevič Tolstoj

L'incapacità di acquisire nuovi ricordi, la difficoltà di ricordare eventi appena accaduti, la mancata identificazione delle cose, dei luoghi e delle persone, il disorientamento visivo-spaziale, sono alcuni fra i disturbi con cui convivono i malati di demenza senile o di Alzheimer. In una società in continua evoluzione, dove la diminuzione della natalità e l'innalzamento della soglia di mortalità divengono costanti, si assiste sempre più a un progressivo aumento delle persone non autosufficienti e affette da malattie neuro-degenerative. Fornire adeguate risposte a queste necessità neurologiche e sociali è fra le sfide sicuramente più difficili ma, nello stesso tempo, affascinanti che gli architetti devono accettare. Il malato di Alzheimer vive nella continua angoscia determinata dall'incapacità di riuscire a comprendere il mondo esterno, in quanto il suo senso del presente viene vissuto con grande partecipazione emotiva. Risulta così indispensabile valorizzare il presente, tenendolo in grande considerazione anche se di difficile decodificazione, a causa della incapacità del malato di comunicare verbalmente le proprie necessità.

Il compito dell'Architettura è quello d'interpretare le esigenze e i bisogni di chi ha perduto il rapporto canonico con il mondo, offrendogli la possibilità di recuperarlo o di mantenerlo attraverso canali di

comunicazione che sfruttano le minime capacità di comprensione. Le modificazioni dello spazio vissuto non mutano la storia naturale della malattia, ma possono ridurne i disturbi comportamentali, mantenendo una residua autonomia nelle azioni di vita quotidiana e favorendo il miglioramento della qualità della vita. In tal senso, l'ambiente e lo spazio fisico divengono una preziosa fonte terapeutica.

Lo spazio assume una *funzione protesica*, che il malato deve percepire, contenendo ed esprimendo in sé le conoscenze necessarie per la sua corretta fruizione, riducendo il senso di frustrazione attraverso la sensazione di sicurezza e di benessere che il malato deve percepire vivendolo. Miglioramento della qualità della vita, sicurezza, stimolo della memoria, facilitazione dell'orientamento sono tutte parole chiave o meglio *linee guida* che devono orientare la progettazione e la ricerca, con la possibilità di realizzare spazi che possano esaltare la dignità umana, poiché la malattia non preclude la possibilità di una vita migliore.

In qualità di curatore, è per me doveroso precisare che il volume non fornisce tutte le risposte alle varie casistiche che la malattia presenta e non è, quindi, esaustivo nel proporre risposte progettuali alle problematiche che gravitano intorno all'invecchiamento, alla demenza e alla *Malattia di Alzheimer* (oltretutto in Architettura molti altri studiosi hanno prodotto letteratura sull'argomento con dovizia di esempi e utili informazioni, cui anche questo studio ha fatto spesso riferimento). Questo volume, però, ha voluto dare il suo contributo, presentando, nella ricerca progettuale condotta, esempi di minore complessità e grandezza, ma con una grande attenzione a quanto le procedure, i protocolli, le linee guida, i contributi di esperti hanno individuato per una progettazione mirata e adeguata.

L'interesse verso piccoli edifici o complessi edilizi abbandonati allo stato di rudere o utilizzati in maniera errata, ha fornito una nicchia di ricerca progettuale ben circoscritta in rapporto al numero degli utenti e degli operatori, andando incontro a due obiettivi: quello della realtà costruttiva delle città e dei territori siciliani; quello di dare vita ad azioni concrete che non rimangano solo sulla carta per la realizzazio-

ne di progetti di *Social Housing*, tanto osannati in questi anni nelle proposte delle amministrazioni locali e nazionali.

Note

1. Cfr. IACOMONI A., *Architetture per anziani*, Alinea Editrice, Firenze 2009, pp. 12-18, pp. 279-281.
2. La Regione Toscana ha sostenuto anche la ricerca “Architettura per l’Alzheimer” sulle strutture assistenziali pubblicata in due volumi: *Il malato di Alzheimer e l’ambiente 1° Volume e Linee guida per la progettazione 2° Volume*, a cura di DEL NORD R., Responsabile Scientifico, Edizioni Regione Toscana, Firenze 2002. All’ambiente domestico e all’importanza che esso assume per mantenere la persona affetta da Alzheimer nella propria casa il più a lungo possibile è interessante la lettura dell’opuscolo: *Visioni sfumate. Dedicato a coloro che si prendono cura di un malato di Alzheimer. Suggerimenti per adeguare gli spazi residenziali alle esigenze del malato*, a cura di SANTI V., supervisione Del Nord R., Edizioni Regione Toscana, Firenze 2004.
3. Cfr. studio dell’A.G.C.I., *op. cit.*
4. Per un approfondimento sul *Social Housing* Cfr. di BREGLIA M., *Il Social Housing come modello di un welfare europeo*, intervento a “Urbanpromo”, Torino 11 Ottobre 2012 (http://www.scenari-immobiliari.it/pdf_it/121011-12UP-SOCIAL_HOUSING-Rel_Breglia-SCENARI_IMMOBILIARI-SINTESI_STAMPA.pdf).
5. Cfr. COCCO F., PIBIRI R., *Housing sociale: verso un nuovo concetto di abitare?* (30/05/2012) in <http://www.socialesalute.it/temi-in-discussione/housign-sociale-verso-un-nuovo-concetto-di-abitare.html>.
6. Cfr. studio dell’A.G.C.I. (Associazione Generale Cooperative Italiane) Federazione Regionale Emilia Romagna, *L’Housing sociale nel territorio bolognese*, iniziativa di promozione economica in attuazione delle linee programmatiche della CCIAA di Bologna, Bando 2010 ai sensi della delibera della Giunta camerale n. 56 del 7 aprile 2010 (<http://www.agci-emr.org/studiericerche/L’housing sociale nel territorio bolognese.pdf>).
7. Cfr. BALDINI M., FEDERICI M., *Il Social Housing in Europa*, CAPPaper n. 49, Dipartimento di Economia Politica-Università di Modena e Reggio Emilia, CAPP (Centro Analisi delle Politiche Pubbliche), Novembre 2008 (http://capp.unimo.it/pubbl/cappapers/Capp_p49.pdf).
8. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (*OMS*, o *WHO*, *World Health Organization*), agenzia specializzata dell’ONU per la salute, è stata fondata il 7 aprile 1948, con sede a Ginevra. Obiettivo dell’*OMS*, così come precisato nella relativa costituzione, è il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute, definita nella medesima costituzione come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o d’infermità.

9. 10. 11. Cfr. PEIRONE L., GERARDI E., *Il "sole della sera": terza età e psicologia della salute*, in "Babele. Verso uno scambio comunicativo", I (X), 3 (42): 36-40, www.babelenews.net (pubblicato in: www.anthropos1987.org, 2009), pp. 4-5.
12. Il testo è tratto dagli appunti presi durante il Seminario "*L'invecchiamento 'cerebrale': fisiologia, patologia e comorbidità*", tenuto il 12 e 13 Marzo 2012 presso le sedi della Facoltà di Architettura di Agrigento e di Palermo dal Prof. Rosolino Camarda, Ordinario di Neurologia presso l'Università degli Studi di Palermo.
13. Il termine *morbilità* in medicina viene spesso utilizzato per esprimere la frequenza con cui una malattia si manifesta.
14. Cfr. CAMARDA R., Seminario "*L'invecchiamento 'cerebrale': fisiologia, patologia e comorbidità*", op. cit.
15. Cfr. LEO F., LONGO N., TORTORICI G., *Centro Alzheimer, percorsi di apprendimento e terapie*, in "Assistenza Anziani", Maggio/Giugno 2008, pp. 16-23.
16. Cfr. http://it.wikipedia.org/wiki/Malattia_di_Alzheimer.
17. Cfr. CHIOGNA M., DALPRÀ M., *Adeguare gli spazi domestici per ospitare in sicurezza i malati di Alzheimer: problematiche e soluzioni a supporto della famiglia*, Università degli Studi di Trento, Trento 2009.
18. Cfr. STABILINI F., *Evento speciale. Progettazione: lo spazio terapeutico*, in "Assistenza Anziani", Gennaio 2006, pp. 50-52.
19. Sulle percezioni sensoriali confronta lo studio "*Gocce di memoria - Centro Alzheimer*", Anthropos - Società Cooperativa Sociale, direzione Bari, sedi Bitonto e Giovinazzo, inserito il 28/06/2011, p. 12, in: <http://www.anthroposonline.it/progp.asp?categoria=Gocce%20di%20Memoria>.
20. Su queste iniziali considerazioni relative alla progettazione dello spazio domestico e al benessere del malato di Alzheimer si confronti di DEL NORD R. (Responsabile Scientifico), *L'Architettura per l'Alzheimer. Linee Guida per la progettazione*, Secondo Volume, Regione Toscana Giunta Regionale Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS dell'Università degli Studi di Firenze, Firenze 2002.
21. Cfr. http://www.tusculum.ch/uploaded_files/file_1225310954.pdf.

Bibliografia

- GORDON S., *Building for old people: an exhibition of photographs and drawings of recent buildings for old people in Britain*, Building Centre Trust, 1966.
- DEL NORD R., ANDREUCCI A., FELLI P., *L'innovazione tecnologica e il caso anziani*, in "Dossier di urbanistica e cultura del territorio", n. 11, 1990.
- GIANDELLI V., *Spazi domestici e urbani per la terza età*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991.
- TOSI F., *Una dimensione per il futuro. Habitat e tecnologie integrate per la terza età*, Alinea, Firenze 1992.
- ALEMAGNA P. M., *Residenza integrata, case per anziani*, Supplemento di "Modulo", n. 211, 1995, pp. 35-37.
- DEL ZANNA G., *Uomo Disabilità Ambiente*, Abitare Segesta, Milano 1996.
- JONES M., *Gentle Care: Changing the experience of Alzheimer's Disease in a positive way*, Moyra Jones Resources, Burnaby BC, Canada 1996.
- FLOCH J. M., *Identità Visive. Costruire l'identità a partire dai segni*, Franco Angeli, Milano 1997.
- COHEN U., DAY K., *Contemporary environments for people with dementia*, MD: Johns Hopkins, University Press, Baltimore 1997.
- BRAWLEY E. C., *Designing for Alzheimer's disease: strategies for creating better care environments*, New York, NY: Wiley & Sons, 1997.
- ROBSON D., NICHOLSON A. M., BARKER N., *Homes for the third age: a design guide for extra care sheltered housing*, Taylor & Francis, 1997.
- VALLA P., *Linee Guida per spazi a misura di Alzheimer*, Unisco, Bari 1999.
- BONNES M., BONAIUTO M., MARICCHIOLO F., *Ricerca bibliografica su banche dati: Psyclit, Meline e siti Internet attinenti alle linee guida progettuali per la sistemazione degli spazi assistenziali ad uso degli anziani colpiti da morbo di Alzheimer*, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Roma 2000.
- WARNER M. L., *The complete Guide to Alzheimer's. Proofing Your Home*, Purdue University Press, 1207 South Campus Courts Bld E, West Lafayette IN 47907-1207, USA 2000, pp. 368.
- LOMBARDO S., *Manuale per la progettazione di residenze per anziani*, Flaccovio, Palermo 2001.
- DE MASI G., PLASTINO V., VITALE R., *Progettare la qualità nelle residenze per anziani: strumenti di valutazione e verifica*, Franco Angeli, Milano 2001.
- TESIS Centro Interuniversitario, *Architettura per l'Alzheimer*, vol. 1 e 2, Regione Toscana, Firenze 2002.
- VALLA P., *"Alzheimer: architetture e giardini come strumento terapeutico"*, Guerini, Milano 2002.
- CANNARA A., BRIZIOLI C., BRIZIOLI E., *Progettare l'ambiente per l'Alzheimer. Specifiche progettuali per l'ambiente terapeutico*, Franco Angeli, 2004.

- GALIANO E., *Vecchi fuori. Vita quotidiana in casa di riposo*, Biblioteca dell'Immagine, Pordenone 2004.
- IACOMONI A., *Architetture per anziani*, Alinea, Firenze 2009.
- LOMBARDO S., *Residenze per anziani: guida alla progettazione*, Flaccovio, Palermo 2009.
- SALVIOLI G., *Gli anziani oggi*, editoriale, Centro di Valutazione e Ricerca Gerontologica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, 2004.
- BRAWLEY E. C., *Desing innovation for Aging and Alzheimer's. Creating Care Environments*, New York-Chichester: John Wiley & Sons, 2006.
- LEO F., LONGO N., TORTORICI G., *Centro Alzheimer, percorsi di apprendimento e terapie*, in "Assistenza Anziani", Maggio/Giugno 2008.
- CHIOGNA M., DALPRÀ M., *Adeguare gli spazi domestici per ospitare in sicurezza i malati di Alzheimer: problematiche e soluzioni a supporto della famiglia*, Università degli Studi di Trento, Trento 2009.
- Rivista "Costruire in Laterizio", n. 145, *Residenze per anziani*, Tecniche Nuove, Milano 2012.
- Riviste "AeA", dall'anno 2000 al 2013, Associazione Abitare e Anziani, Roma.

ESEMPI DI ARCHITETTURA
collana diretta da Olimpia Niglio

1. *Viaggio in Portogallo | Journey to Portugal*
Dentro e fuori i territori dell'architettura | Inside and Outside the Territories of Architecture
a cura di Bruno PELUCCA
2. *Architecture and Innovation for Heritage. Proceedings of the International Congress (Agrigento, 30 April 2010)*
a cura di Giuseppe DE GIOVANNI e Emanuele Walter ANGELICO
3. *Experiencias y métodos de restauración en Colombia*
editado por Rubén Hernández MOLINA y Olimpia NIGLIO
4. *Winka Dubbeldam & Archi-Tectonics. Newyorkesi in vetrina*
a cura di Cesare DEL VESCOVO
5. *Twelve houses restored in Japan and Italy*
edited by Olimpia NIGLIO and Taisuke KURODA
6. *Oltre il progetto. Ricordando, conversando, riflettendo su architettura e design*
a cura di Ivana RIGGI
7. *Il paesaggio della bonifica. Architetture e paesaggi d'acqua*
a cura di Chiara VISENTIN
8. *Experiencias y métodos de restauración en Colombia – Volumen 2*
editado por Rubén Hernández MOLINA y Olimpia NIGLIO
9. *Delle cupole e del loro tranello. La lunga vicenda delle fabbriche cupolate tra dibattito e sperimentazione*
Federica OTTONI
10. *Paisaje cultural urbano e identidad territorial. 2° Coloquio Red Internacional de pensamiento crítico sobre globalización y patrimonio construido, Florencia 2012*
editado por Olimpia NIGLIO

11. *Le Carte del Restauro. Documenti e Norme per la Conservazione dei Beni Architettonici ed Ambientali*
Olimpia NIGLIO
12. *Keyword: disegno per la moda*
Paola PUMA
13. *Cusco Perù. Studi e ricerche per il manuale del recupero del centro storico | Estudios y investigaciones por el manual de la recuperación del centro histórico*
Michele ZAMPILLI
14. *Methodological Approaches for the Enhancement of Cultural Heritage*
Santina DI SALVO
15. *La conservación del patrimonio cultural en Costa Rica*
editado por Mónica AGUILAR BONILLA y Olimpia NIGLIO
16. *Prontuario delle Istituzioni e delle Magistrature di Venezia. Con una cronologia storica in sintesi dalle origini alla caduta della Repubblica Serenissima*
Emiliano BALISTRERI
17. *Ceramica contemporanea all'aperto. Studi sulla conservazione e il restauro*
a cura di Luca BOCHICCHIO, Franco SBORGI
18. *Curvare la pietra*
Simona OTTIERI
19. *Guida alla progettazione del restauro: dall'università alla professione. Laboratorio di progettazione integrata di restauro e conservazione*
Donato CARLEA, a cura di Eleonora PORTACCI
20. *Entanglement nell'architettura. Il progetto per il complesso monumentale del San Nicolò a Trapani come Case History*
Vito Marcellomaria CORTE
21. *Il Razionalismo Italiano. Storia, città, ragione*
a cura di Federica VISCONTI
22. *Terra cruda e Nanotecnologie. Tradizione, innovazione e sostenibilità*
Alberto SPOSITO, Francesca SCALISI, Cesare SPOSITO

23. ARTICOLO 9. *La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica. Tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della Nazione.*
Alessia BIANCO
24. *Giannantonio Selva. La vita e le opere*
Emiliano BALISTRERI
25. *Politiche di sviluppo urbano sostenibile e rischi naturali. Punti di forza e criticità in Italia e in Francia / Politiques de développement urbain durable et risques naturels. Forces et faiblesses en Italie et en France*
Aurélié ARNAUD, Francesca PIRLONE
26. *México. Restauración y Protección del Patrimonio Cultural*
editado por Olimpia NIGLIO
27. *Lomello. La conservazione del costruito*
a cura di Susanna BORTOLOTTO
28. *UP³ _Social Housing per la terza età*
a cura di Giuseppe DE GIOVANNI

Finito di stampare nel mese di maggio del 2014
dalla «ERMES. Servizi Editoriali Integrati S.r.l.»
00040 Ariccia (RM) – via Quarto Negroni, 15
per conto della «Aracne editrice S.r.l.» di Roma

UP³ Social Housing per la terza età

Incapacità di acquisire nuovi ricordi, difficoltà nel ricordare eventi osservati recentemente, mancata identificazione delle cose, dei luoghi e delle persone, disorientamento visivo-spaziale, sono questi e molti altri i disturbi con cui devono imparare a convivere i malati di demenza senile o di Alzheimer. In una società in continua evoluzione, dove la diminuzione della natalità e l'innalzamento della soglia di mortalità divengono costanti, il compito dell'Architettura è proprio quello d'interpretare le esigenze e i bisogni di persone che hanno perso il rapporto canonico con il mondo e offrire loro le possibilità di recuperarlo o di mantenerlo attraverso canali di comunicazione che sfruttino le loro residue capacità di comprensione. Lo spazio assume una "funzione protesica", contenendo ed esprimendo in sé le conoscenze necessarie per la sua corretta fruizione, riducendo il senso di frustrazione attraverso la sensazione di sicurezza e di benessere che il malato deve percepire vivendolo. In qualità di curatore, è necessario precisare che il volume non vuole essere esaustivo fornendo risposte progettuali sulle problematiche che gravitano intorno all'invecchiamento, alla demenza e alla Malattia di Alzheimer (oltretutto in Architettura molti altri studiosi hanno prodotto letteratura sull'argomento). L'interesse si è concentrato su esempi di minore complessità e grandezza, ma con una grande attenzione a quanto le procedure, i protocolli, le linee guida, i contributi di esperti hanno individuato per una progettazione mirata e adeguata. Gli interventi di *Social Housing* degli ultimi anni, presenti nei piani urbanistici, mostrano una previsione di alloggi adeguati per la cosiddetta "lascia grigia", che è considerata quella classe sociale cui appartengono, oltre le famiglie disagiate, i giovani, gli studenti e anche gli anziani. In Europa si è già provveduto all'integrazione nei piani urbanistici di tali pratiche, mentre in Italia, purtroppo, non è stata ancora varata una legge ben precisa ma solo provvedimenti che prevedono agevolazioni per l'acquisto di alloggi sociali, senza entrare nel merito delle tematiche legate ad uno spazio adeguato alle esigenze di una utenza diversa e particolare.

a cura di

Giuseppe De Giovanni

Contributi di:

Emanuele Walter Angelico, Marco Beccali, Maria Bonomolo, Alessandra Galatioto, Giuliana Frau, Santo Giunta, Biancamaria Guarnieri, Rosalia Guglielmini, Cesare Sposito, Annalisa Lanza Volpe, Starlight Vautano.

Cover:

progetto grafico arch. Pietro Arcale (siartstudio.it)

Francesco De Giovanni, UPTRE (2013), acquerello su carta Fabriano cm 17x24

euro 34,00

ISBN 978-88-548-6720-8



9 788854 867208