

Università degli Studi di Palermo
Dipartimento di Architettura

Centro Documentazione e Ricerche Mediterranee
DEMETRA Ce.Ri.Med.

AGATHÓN

RCAPIA PhD Journal
*Recupero dei Contesti Antichi e
Processi Innovativi nell'Architettura*



2015

AGATHÓN

RFCA & RCIPIA PhD Journal
*Recupero dei Contesti Antichi e Processi
Innovativi nell'Architettura*

2015

Università degli Studi di Palermo
Dipartimento di Architettura

Centro Documentazione e Ricerche Mediterranee
DEMETRA Ce.Ri.Med.

Pubblicazione effettuata con fondi degli Autori

a cura di Alberto Sposito

Comitato Scientifico

Alfonso Acoceffa, Tarek Brik (Università de Tunisi), Tor Broström (Göteborg University, Svezia), Joseph Burch I Rias (Universidad de Girona), Giuseppe De Giovanni (Università di Palermo), Maurizio De Luca, Gilles Dorflès, Petra Eriksson (Göteborg University, Svezia), Maria Luisa Germanà (Università di Palermo), Giuseppe Guerzoni (Università di Palermo), Cesare Sposito (Università di Palermo), Maria Clara Itaggen Tricoli (Università di Palermo)

Redazione Alberto Sposito

Editing e Segreteria

Antonella Chizza (responsabile), Santina Di Salvo, Starlight Vatturo e Giorgio Faraci

Progetto grafico Giovanni Battista Prestileo

Traduzioni Andris Ozols

Collegio dei Docenti

Giuseppe De Giovanni (Coordinatore), Valentina Acierno, Antonio Alagna, Giuseppe Alaimo, Tiziana Campisi, Simona Colajanni, Rossella Corran, Giuseppe De Giovanni, Antonio De Vecchi, Ernesto Di Natale, Giovanni Fatta, Tiziana Firone, Raffaello Frasca, Maria Luisa Germanà, Laura Inzerillo, Marcello La Monica, Renzo Lecardane, Alessandra Maniaci, Antonino Margaglioma, Giuseppe Pellmeri, Silvia Pennisi, Alberto Sposito, Cesare Sposito, Giovanni Francesco Tuzzolino, Rosa Maria Vitano.

Copyright © MMXV
Alberto Sposito

ARACNE Editrice Internazionale srl
www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it
via Quarto Negroni, 15
00040 Ariccia (RM)
06) 93781065

ISBN 978-88-548-8841-8

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.

1 Edizione: novembre 2015

Finito di stampare
nel mese di novembre 2015
dalla «System Graphic S.r.l.»
per conto della «Aracne Editrice Int.le S.r.l.» di Ariccia (RM)

Per richiedere una copia di AGATHÓN, rivolgersi alla Casa Editrice; le spese di spedizione sono a carico del richiedente.

AGATHÓN è consultabile sul sito
www.conestianichi.unipa.it

In copertina:

Wassily Kandinsky; Improvisazione 1913 (particolare),
acquerello e gouache su cartone cm 61,5 x 90,5
(Galleria Statale di Primorsk Pludivostok).



SOCIAL HOUSING-TERZA ETÀ

Giuseppe De Giovanni*

Come diceva Lev Nikolàievic̃ Tolstoj, «la più grande sorpresa nella vita di un uomo è la vecchiaia». L'invecchiamento della popolazione nel mondo, ma in modo 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.¹

Dal 2003 l'Italia è il paese con il più alto indice di vecchiaia al mondo; le statistiche, infatti, rilevano che un quinto della popolazione italiana è composto da ultra-sessantacinquenni. Il rapporto anziani/giovani (in Italia al 2003=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 demografico 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* (in medicina indica la frequenza con cui una malattia si manifesta) e la *disabilità* e in cui è molto elevato il numero di soggetti fragili.

La malattia che forse più di ogni altra esprime in maniera paradigmatica le problematiche dovute all'invecchiamento della popolazione, alla rapida espansione delle malattie croniche, progressive, invalidanti e dagli elevati costi socio-assistenziali è la demenza e, in particolare, la *malattia di Alzheimer*. Questa patologia, insieme alle altre forme di demenza, affligge circa 18 milioni di cittadini a livello mondiale: nel 2006 i malati di demenza erano 26,6 milioni e si stima che entro il 2050 ne sarà affetta 1 persona su 85. In Europa vengono rilevati circa 3 milioni di casi annui, mentre in Italia, recenti statistiche calcolano che nel 2013 soffrono di tale malattia circa 1 milione di persone (pari al 6-7% della popolazione sopra i 65 anni con oltre 80.000 nuovi casi l'anno). Il *Morbo di Alzheimer*² è la forma più comune di demenza degenerativa invalidante con manifestazione prevalentemente senile; 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 impegni sociali ed economici 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. La crescente diffusione del *Morbo di Alzheimer*, la limitata e non risolutiva efficacia delle terapie disponibili e le enormi risorse necessarie per la sua gestione (sociali, emotive, organizzative ed economiche, che ricadono spesso sui soli familiari o che comportano la delocalizzazione dell'anziano malato verso residenze per *non-autosufficienti*), la rendo-

ABSTRACT - Il contesto sociale contemporaneo presenta un aumento delle persone non autosufficienti, cui si aggiunge una crescita di anziani affetti da malattie come il Morbo di Alzheimer. Le risposte progettuali a tale emergenza sono oggi sempre più urgenti e in Italia non vi sono leggi specifiche sugli spazi che regolano la costruzione di edifici destinati a questi malati. La ricerca, condotta dall'Università di Palermo, si è orientata verso la de-istituzionalizzazione delle strutture sanitarie e la promozione di servizi migliorativi per la comunità anziana. L'Autore qui rendiconta sugli obiettivi assunti, sulla metodologia impiegata e sui risultati raggiunti.



Fig. 1 - Alcuni volti di anziani ritratti dal fotografo olandese Alex ten Napel per il suo progetto fotografico intitolato "Alzheimer".

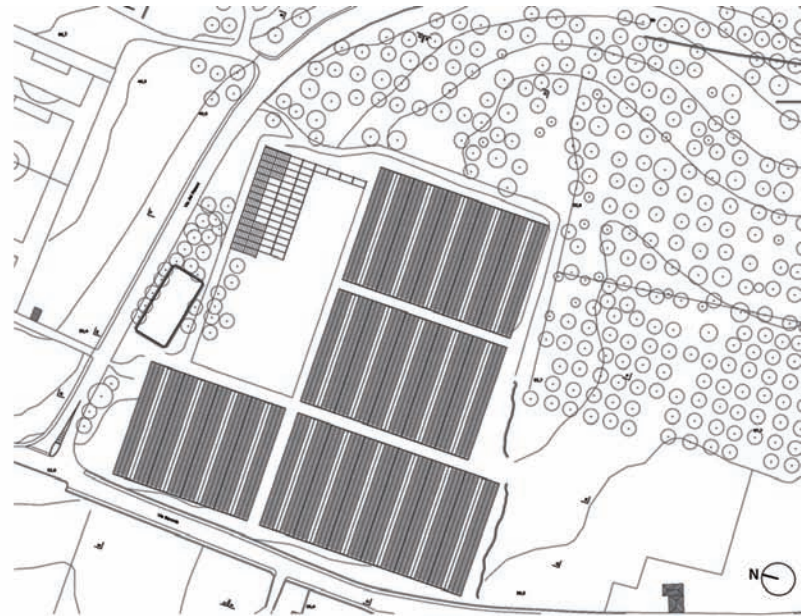


Fig. 2 - Tesi di Laurea di Francesca Merrina, *Un progetto di Social Housing per la terza età. Nuovi spazi urbani per i malati di Alzheimer*, rell. G. De Giovanni, G. F. Tuzzolino, corr. C. Cucchiara, Università degli Studi di Palermo A.A. 2011/2012: a sinistra, veduta aerea dell'area di progetto; a destra, stato di fatto dell'area di progetto con in evidenza l'impianto in disuso delle serre.

no una delle patologie a più grave impatto sociale.

In Italia le risposte progettuali alle diverse esigenze degli anziani affetti da demenza sono oggi sempre più urgenti e complesse e vedono la proposizione, tra le tipologie architettoniche più ricorrenti, di *Centri Diurni*, di *Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)*, o solo *Residenze Assistenziali, RA*, o anche *Centri Residenziali CR*³. In Italia non vi sono leggi specifiche che regolano l'organizzazione e la progettazione 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 indicazioni esaustive per la progettazione indirizzata a questo tipo di malattia. Un esempio avanzato di ricerca progettuale lo si ritrova nelle azioni che la Regione Toscana ("Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà - Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà") ha intrapreso nel 2002 con il *Progetto Alzheimer*, che costituisce un primo passo verso proposte architettoniche in risposta alle esigenze legate a tale patologia attraverso interventi specifici, sociali e sanitari insieme, con il principale scopo di riconoscere all'ambiente di vita un alto valore strategico per la gestione della malattia.⁴

Quanto premesso ha costituito il supporto motivazionale per una ricerca, intrapresa a partire dall'A.A. 2011-2012 presso le sedi di Architettura ad Agrigento e a Palermo, che si è connotata fin dall'inizio per il suo carattere multidisciplinare e ha visto la partecipazione di studiosi afferenti a vari settori scientifici, dalla Tecnologia al Design, dalla Medicina alla Fisica Tecnica e Ambientale, che hanno fornito preziosi contributi nell'indagare sulle relazioni che intercorrono fra demenza e spazio domestico. La ricerca, condotta dal Gruppo di Palermo⁵ ha sviluppato, attraverso una metodologia di tipo sistemico, analisi ed elaborazioni per sottosistemi, relativi non solo agli spazi adeguati per i malati di Alzheimer, ma anche alla fattibilità costruttiva e alla verifica tecnologica degli stessi. In questo articolo sono illustrate, a supporto dei risultati di analisi e di studio raggiunti, alcune proposte progettuali elaborate in occasione di Tesi di Laurea, che vanno dal riuso del patrimonio edilizio esistente a interventi di trasformazione ma anche la presenza di manufatti ex novo, sempre con l'obiettivo di dare risposte alle esigenze di una

utenza debole, come quella degli anziani.

La ricerca progettuale, a tale proposito, si colloca all'interno di una più vasta tematica definita come *Social Housing*, ma che presenta specificità che vanno dal progetto alla normativa, dalla pianificazione all'urbanistica, dallo spazio domestico ai protocolli di cura e di assistenza. Non esiste una definizione esaustiva del significato di *Social Housing (SH)*, in quanto esso viene utilizzato in modo molto diverso nei vari Paesi europei. Tuttavia quella più accettata è stata tracciata dal *CECODHAS Housing Europe*⁶, che definisce l'*housing sociale* 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 la difficoltà di sostenere le spese abitative è, per molte famiglie, aumentata e al tempo stesso in molti Paesi è stato progressivamente ridotto l'intervento pubblico; a ciò si aggiungono alcuni fattori demografici che hanno creato una diversificazione della domanda abitativa, come l'aumento dell'immigrazione e l'invecchiamento della popolazione. Di conseguenza, i bisogni abitativi dei nuclei familiari poveri e delle categorie più vulnerabili (come gli *anziani*, i *disabili*, gli *immigrati*, i *genitori soli*, i *giovani*, ecc.) sono affrontati in maniera spesso inadeguata. In questo senso il ruolo dell'*Housing Sociale* si rivela di fondamentale importanza, garantendo una maggiore accessibilità e una qualità abitativa più alta, oltre al soddisfacimento dei bisogni abitativi di persone che per ragioni di carattere sociale, economico, familiare o professionale vivono in difficoltà. I principi fondamentali di questa nuova politica non rispondono solo ad esigenze puramente economiche, o alla progettazione di edifici di qualità con garanzia di sostenibilità ambientale ed efficienza energetica e con un livello contenuto dei prezzi, ma hanno anche una forte connotazione sociale che cerca di attivare meccanismi tali da evitare fenomeni di esclusione o di emarginazione.

In Italia, a differenza di molti Paesi europei che hanno affrontato da tempo il problema sociale e progettuale relativo ai cittadini più deboli, il termine *SH* viene utilizzato per indicare interventi di politica abitativa d'interesse pubblico che vanno

oltre i confini tradizionali 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 Decreto, infatti, recita: «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" sembra, quindi, avere come obiettivo quello di estendere la dimensione immobiliare anche alla dimensione sociale e di servizio, al fine di favorire la formazione di un contesto abitativo e sociale dignitoso all'interno del quale sia possibile non solo accedere ad un alloggio adeguato, ma anche a relazioni umane ricche e significative. Per quanto riguarda le normative emanate dalla Regione Sicilia in relazione al *SH*, è da sottolineare che non vi è una specifica proposta di legge che tuteli le fasce deboli, quali quelle degli anziani, estendendo il concetto dell'*Housing* solo al controllo di particolari tipologie edilizie o di progetti di recupero e riuso dell'edilizia storica.⁷

La strada da percorrere da parte degli organi di governo in Italia e in Sicilia è ancora lunga e necessita di apporti culturali e sperimentali che solo la ricerca universitaria può fornire, grazie alle sue competenze e sperimentazioni. 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.

Alzheimer e Architettura - Attualmente i trattamenti terapeutici per il malato di Alzheimer offrono piccoli benefici sintomatici e possono parzialmente rallentare il decorso della patologia: stimoli mentali, esercizio fisico e dieta equilibrata sono

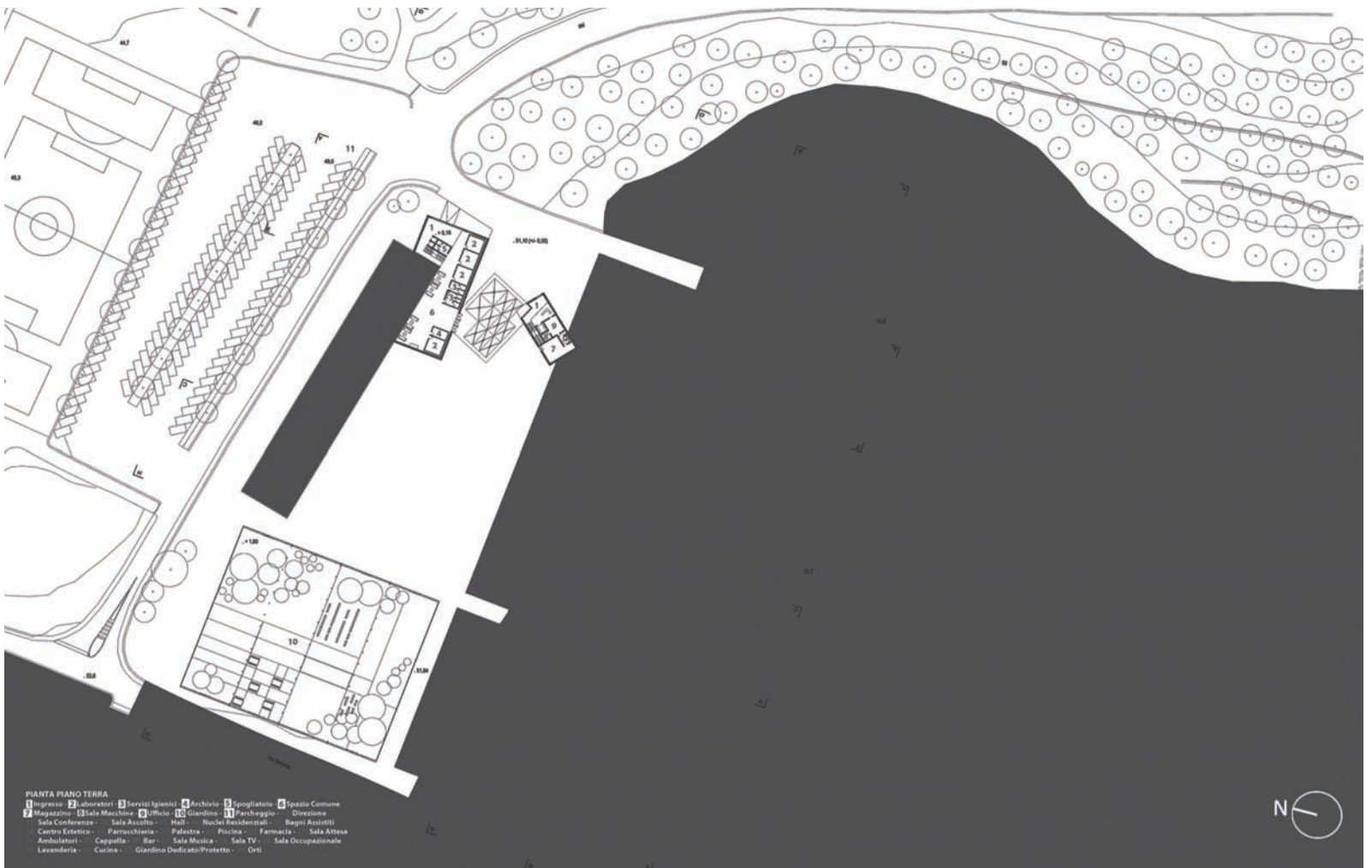


Fig. 3- F. Merrina, elaborato di progetto con individuazione degli ambienti al piano terra.

stati proposti sia come modalità di possibile prevenzione, sia come modalità complementari di gestione della malattia. A queste terapie sono da aggiungere le forme di trattamento non-farmacologico, che consistono prevalentemente in inter-

venti comportamentali di supporto psicosociale e di *training cognitivo*. Tra le terapie sicuramente più interessanti è da sottolineare il metodo *Gentle Care*, che consiste 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" a Winnipeg, Manitoba, in Canada, cerca di raggiungere, anche con il contributo di supporti esterni di tipo architettonico o con soluzioni di arredamento, l'obietti-

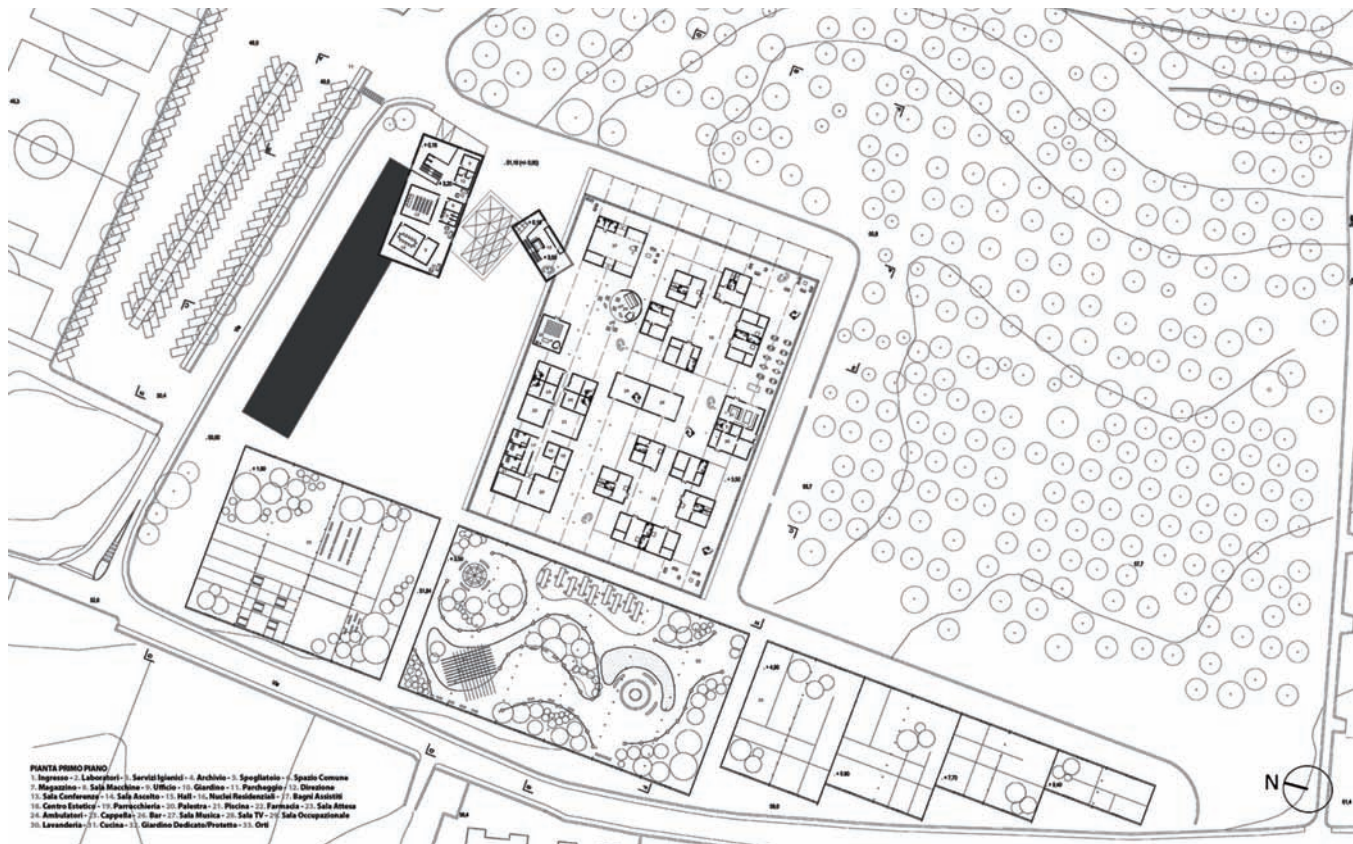


Fig. 4 - F. Merrina, elaborato di progetto con individuazione degli ambienti al primo piano.

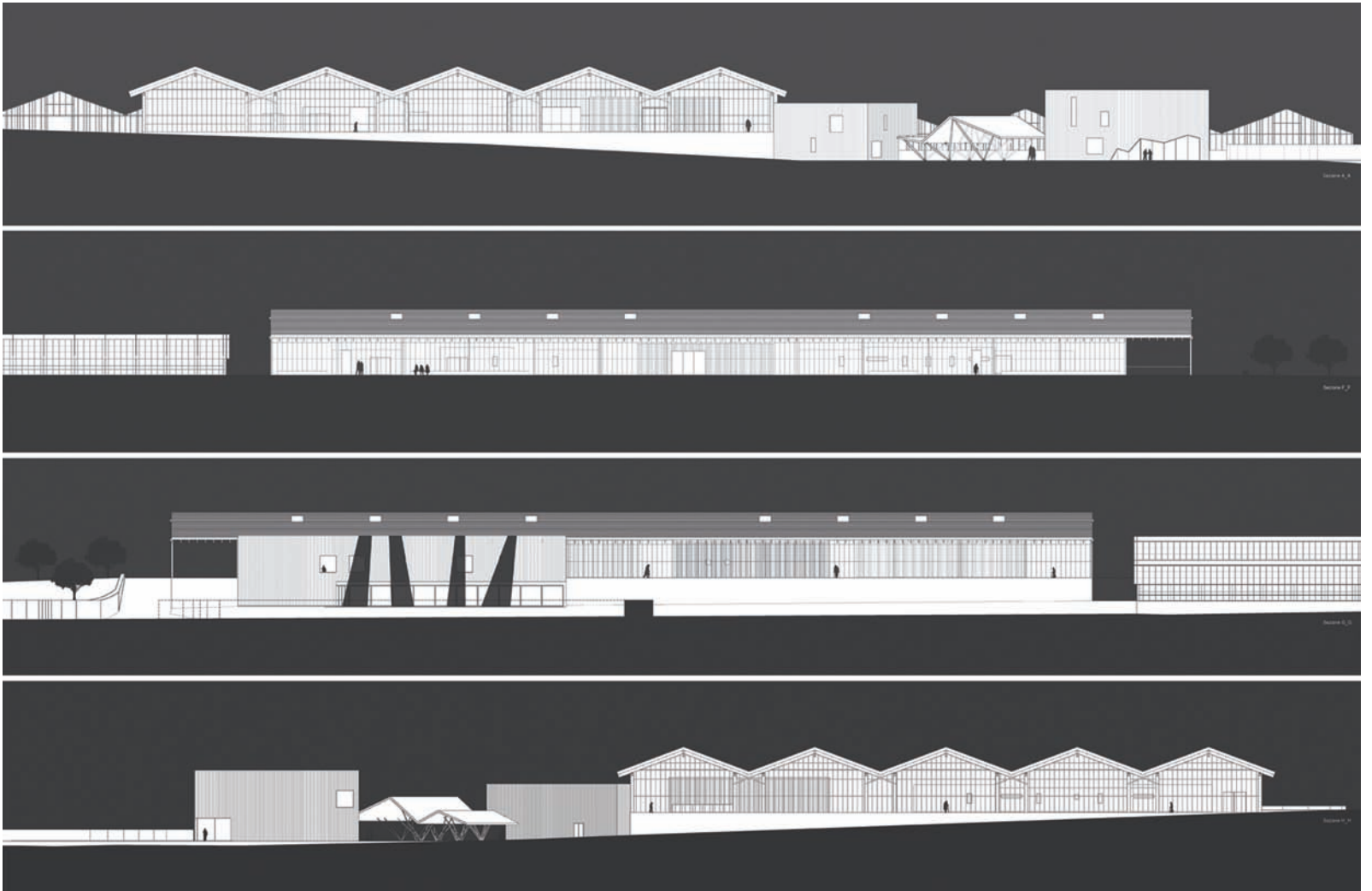


Fig. 5 - F. Merrina, elaborato di progetto con individuazione dei prospetti.

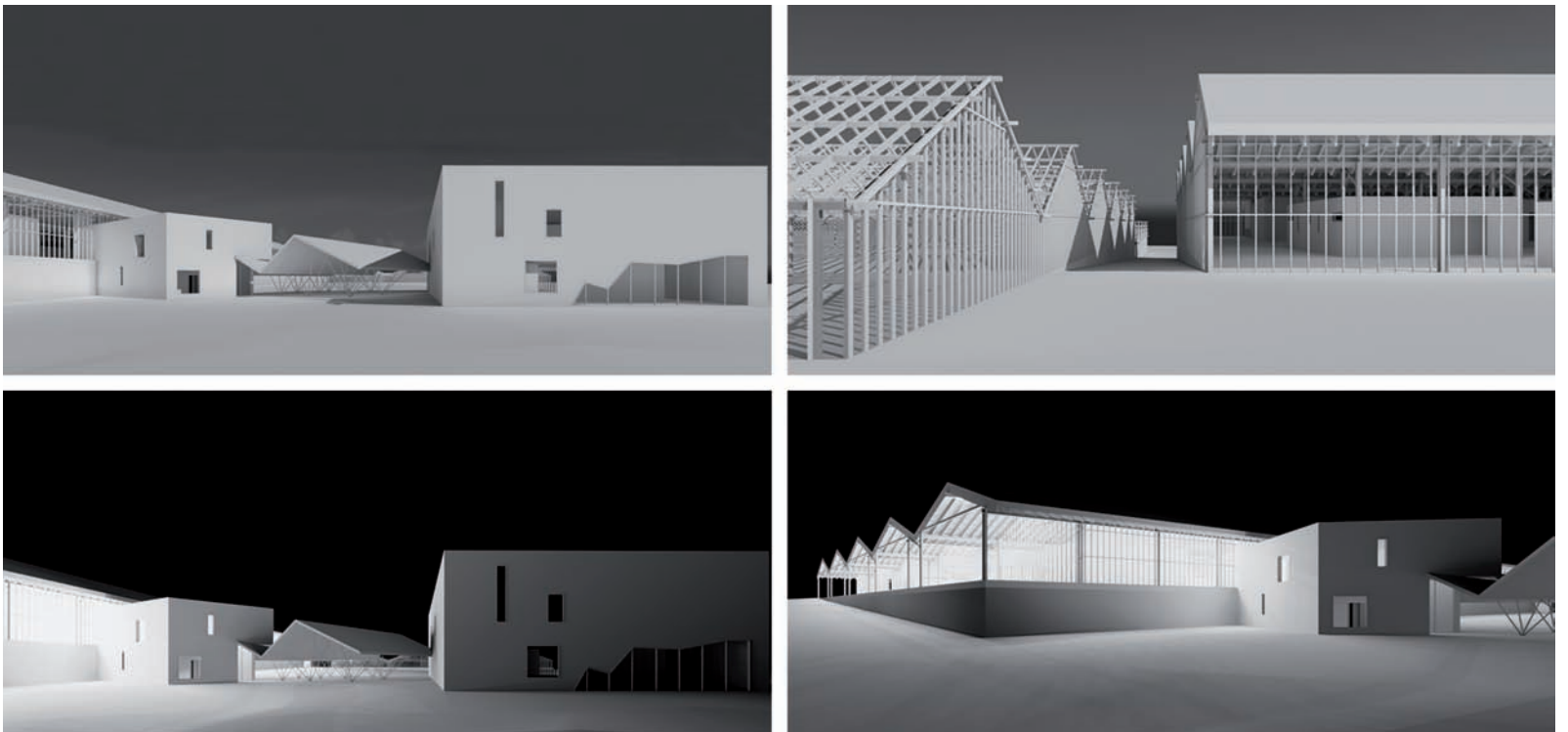


Fig. 6 - F. Merrina, render di studio del progetto.

vo di organizzare un ambiente idoneo al *programma riabilitativo* valutato caso per caso. È ormai riconosciuto come l'ambiente di vita dei malati di demenza e di Alzheimer debba essere rimodellato

sulle loro esigenze. 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 e l'azione di cura chiama in causa non soltanto le persone, ma anche gli spazi edilizi.

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 protesico*, come sostenuto dal metodo *Gentle Care*.

La progettazione dell'ambiente, quindi, è parte integrante dell'approccio globale alla cura e all'assistenza per le 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, ha un ruolo determinante non soltanto perché supporta lo sviluppo dei programmi terapeutici, ma perché richiama costantemente il valore di ogni persona, dall'anziano a chi se ne prende cura (*caregiver*). 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.⁸

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; per-

sino 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 e comportamenti impensati e imprevedibili⁹. È, quindi, importante che la progettazione o riprogettazione degli spazi contribuisca a ridurre e contenere tali fonti di *stress*, a compensare la difficoltà ad 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.

Una corretta illuminazione, ad esempio, contribuisce sicuramente al controllo delle maggiori cause di turbamento che la persona vive. 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. Molti sono i benefici che il malato di demenza ottiene dall'esposizione alla luce naturale, fra cui il recupero dei ritmi biologici circadiani, il combattere l'insonnia e le depressioni stagionali. Specifiche ricerche sul-

l'argomento confermano che la luce provoca un alleggerimento del cosiddetto "crepuscolarismo o sindrome del tramonto", 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 una 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, non riflettenti, in quanto queste ultime potrebbero creare all'anziano riflessi inquietanti.

Anche il porre una particolare attenzione alla coibentazione acustica dell'organismo edilizio nei confronti dei rumori esterni, garantisce una migliore qualità di vita specialmente allo stadio medio e avanzato, a causa della loro scarsa sopportazione dei rumori. Soluzioni tecniche, atte a garantire il benessere dei degenti e, al contempo, il risparmio energetico, sono altri importanti aspetti da tenere in considerazione durante la progettazio-



Fig. 7 - F. Merrina, render di studio del progetto.



Fig. 8 - Tesi di Laurea di Giovanna Ferrante, Una residenza sanitaria assistenziale per la Vignicella. Ex Real Casa dei Matti, rell. G. De Giovanni, G. F. Tuzzolino, Università degli Studi di Palermo A.A. 2012/2013: a sinistra, vedute del complesso della Vignicella; a destra, veduta area dell'area di progetto..

ne nella risoluzione delle problematiche termometriche. Anche il benessere psicologico del malato merita un attento esame, in quanto risulta molto più idonea e accogliente una struttura architettonica che abbia un aspetto generale tale da ricordare 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. A tale scopo è bene che nel nuovo ambiente che accoglie il malato siano presenti oggetti e ricordi dello spazio prima vissuto (foto, arredi non pericolosi, suppellettili, ecc.).

Al fine di assicurare l'igiene occorre studiare adeguate soluzioni tecniche che forniscano risposte corrette per il controllo di fenomeni, come l'incontinenza. La persona affetta da Alzheimer subisce un'alterazione del ritmo sonno-veglia e accentua la tendenza alla fuga (*wandering*). È, quindi, necessaria la presenza di sistemi di controllo delle uscite e di regolamentazione degli accessi ad aree potenzialmente pericolose.¹⁰

Linee guida per la progettazione - La ricerca condotta ha perseguito l'obiettivo d'indagare 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 e deve costituire un elemento terapeutico necessario 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 dei *caregivers*; diminuzione dello *stress* delle famiglie e degli operatori.

La ricerca, alla luce di tali aspetti, ha elaborato una serie di *linee guida* e di strategie progettuali per la realizzazione di un Centro Residenziale

Assistenziale (RSA) per gli anziani affetti dalla malattia, i familiari e 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 *layout* interni idonei all'ottimizzazione gestionale, in modo che ogni operatore possa esercitare il massimo delle funzioni con sforzi e margini 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, adottando una metodologia sistemica, dalle sopra citate *linee guida* è stato possibile estrapolare una serie di criteri base e indicazioni per i vari ambienti interni ed esterni in rapporto alle varie funzioni che in quegli ambienti si svolgono e che sono state utilizzate nella progettazione di RSA dalle dimensioni e funzioni ben precise, come negli esempi illustrati che rivolgono l'interesse della ricerca del gruppo palermitano verso piccoli edifici esistenti o complessi edilizi e industriali allo stato di rudere o dismessi, facilmente riscontrabili nelle realtà locali siciliane, allo scopo

di dare il proprio contributo al tema del *SH* per gli anziani, creando una nicchia progettuale ben circoscritta in rapporto al numero degli utenti e degli operatori. I criteri di base adottati si possono sintetizzare nella seguente elencazione¹¹: accoglienza per 6-15 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 e persone; massimo grado di libertà e di sicurezza; costruzione di una sorta di *alleanza terapeutica* di supporto al paziente fra gli operatori, i familiari e i volontari.

La RSA (sia che si tratti di una nuova costruzione o di 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 (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). La RSA 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 alla RSA, 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, nel caso di nuova progettazione;

mentre per interventi sul costruito sarà necessario scegliere le parti della costruzione che si prestano ad esposizioni controllate della luce solare.

Conclusioni - 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 con cui

gli architetti si devono confrontare. Gli architetti, in quanto studiosi dello spazio e del suo rapporto con l'uomo, sono chiamati in prima persona a ricercare soluzioni non solo di natura formale ma essenzialmente qualitativa per fornire risposte sostenibili e architettonicamente valide a chi vive con difficoltà la propria "terza età". 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 possi-

bilità di recuperarlo o di mantenerlo attraverso canali di comunicazione che sfruttano le minime capacità di comprensione. 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 deve percepire vivendolo.

Miglioramento della qualità della vita, sicurezza, stimolo della memoria, facilitazione dell'orientamento sono tutte "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. Quanto affermato si può sintetizzare nella riflessione dello psichiatra Franco Basaglia

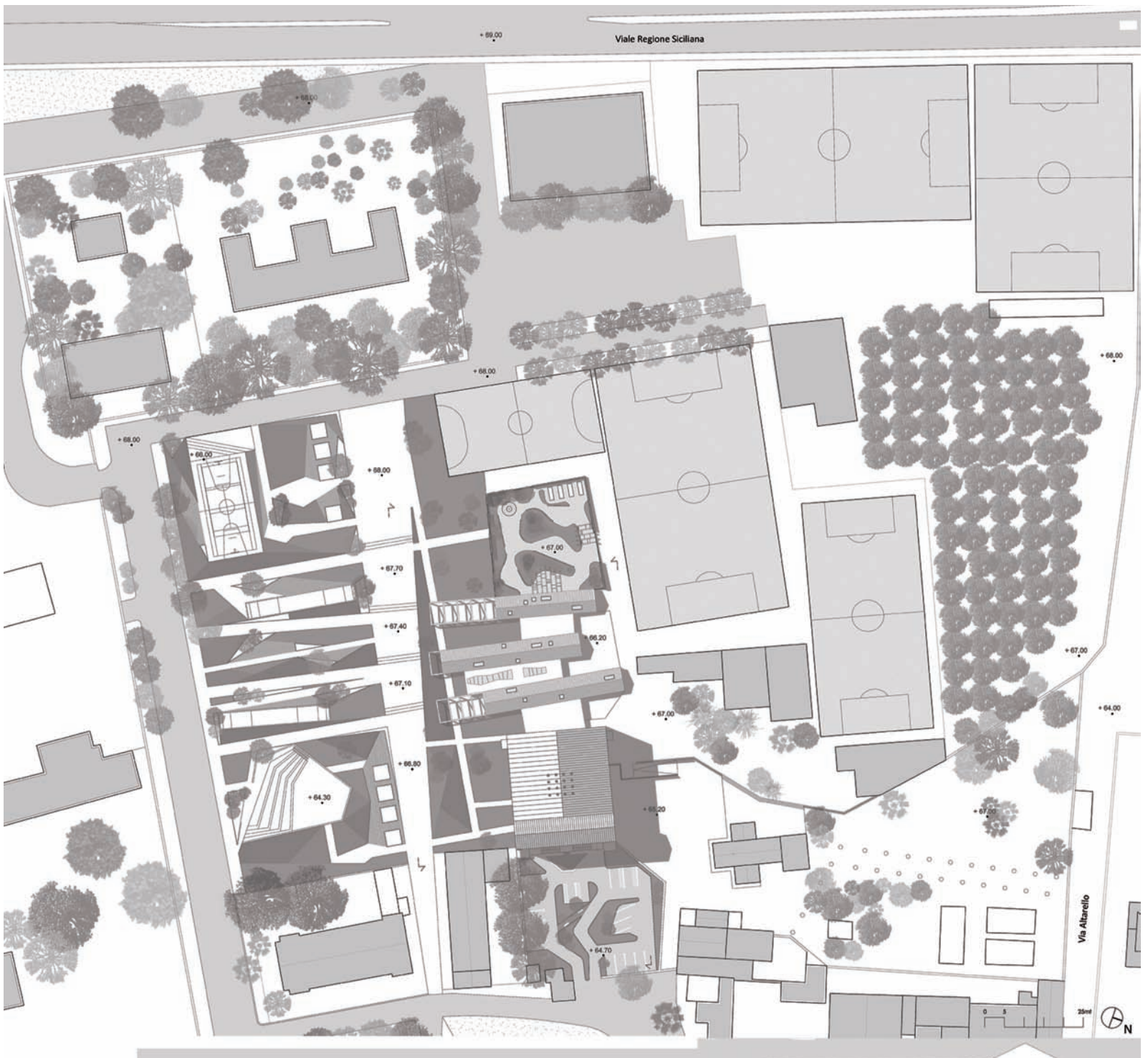


Fig. 9 - G. Ferrante, planimetria di progetto.

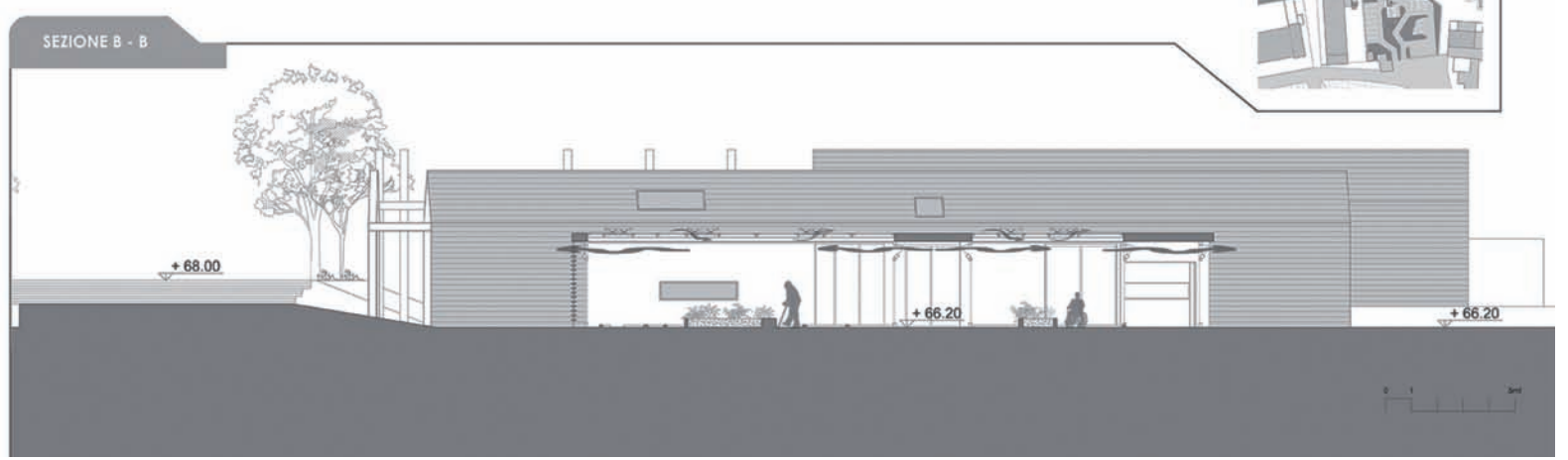
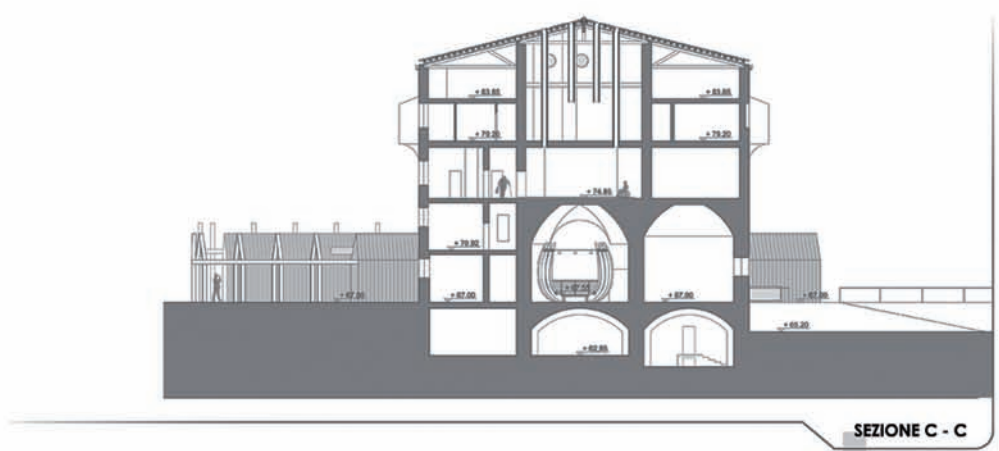


Fig. 10 - G. Ferrante, sezioni di progetto.

(*Conferenze Brasiliane*, 1979): «Io ho detto che non so che cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. È una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia».

NOTE

- 1) I dati statistici sono tratti 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.
- 2) 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. Il *Morbo di Alzheimer* è detto anche *demenza senile di tipo Alzheimer* o *demenza degenerativa primaria di tipo Alzheimer* o semplicemente *Alzheimer*.
- 3) Cfr. IACOMONI A., *Architetture per Anziani*, Alinea Editrice, Firenze 2009, pp. 12-18, pp. 279-281.
- 4) 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* e *Linee guida per la Progettazione*, a cura di DEL NORD R., Responsabile Scientifico, Edizioni Regione Toscana, Firenze 2002. Sull'ambiente domestico e sull'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. Suggestimenti per adeguare gli spazi residenziali alle esigenze del malato*, a cura di SANTI V., supervisione DEL NORD R., Edizioni Regione Toscana, Firenze 2004.
- 5) Il Gruppo di ricerca, afferente al Dipartimento di Architettura d'ARCH - Scuola Politecnica dell'Università degli Studi di Palermo, è composto, oltre che dallo scrivente, da Emanuele Walter Angelico, Cesare Sposito, Francesca Scalisi, e Phd Starlight Vattano.

- 6) *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.
- 7) 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 uni-bifamiliari e a disciplinare interventi straordinari di demolizione e di ricostruzione con ampliamento per edifici a destinazione residenziale entro il limite del 35% della volumetria esistente, con finalità di migliorare la qualità architettonica, l'efficienza energetica con l'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili, secondo criteri di sostenibilità ambientale. 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. A seguire la Legge 805/A del 14/12/2011, *Riqualificazione urbanistica con interventi di edilizia sociale convenzionata. Misure urgenti per lo sviluppo economico*, 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 ed a canone agevolato, destinati a fasce sociali che non riescono ad accedere al libero mercato*, superando così le forme tradizionali dell'edilizia residenziale pubblica.
- 8) Su tale argomento sono stati condotti 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 sicurezza. 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.
- 9) Cfr. STABILINI F., *Evento speciale. Progettazione: lo spazio terapeutico*, in 'Assistenza Anziani', Gennaio 2006, pp. 50-52.
 - 10) Su queste iniziali considerazioni sulla progettazione dello spazio domestico e sul benessere del malato di Alzheimer, si confronta con DEL NORD R. (Responsabile Scientifico), *L'Architettura per l'Alzheimer. Linee Guida per la progettazione Vol. 2°*, 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.
 - 11) Cfr. Le *Indicazioni e suggerimenti architettonici per nuclei Alzheimer*, uno studio avanzato dalla 'Fondazione Tusculum. Case Anziani Medicalizzate' di Arogno nel 2008: http://www.tusculum.ch/uploaded_files/file_1225310954.pdf.

BIBLIOGRAFIA

- 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, Milano 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.
- 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.
- LOMBARDO S., *Residenze per anziani: guida alla progettazione*, Flaccovio, Palermo 2009.
- LOMBARDO S., *Manuale per la progettazione di residen-*

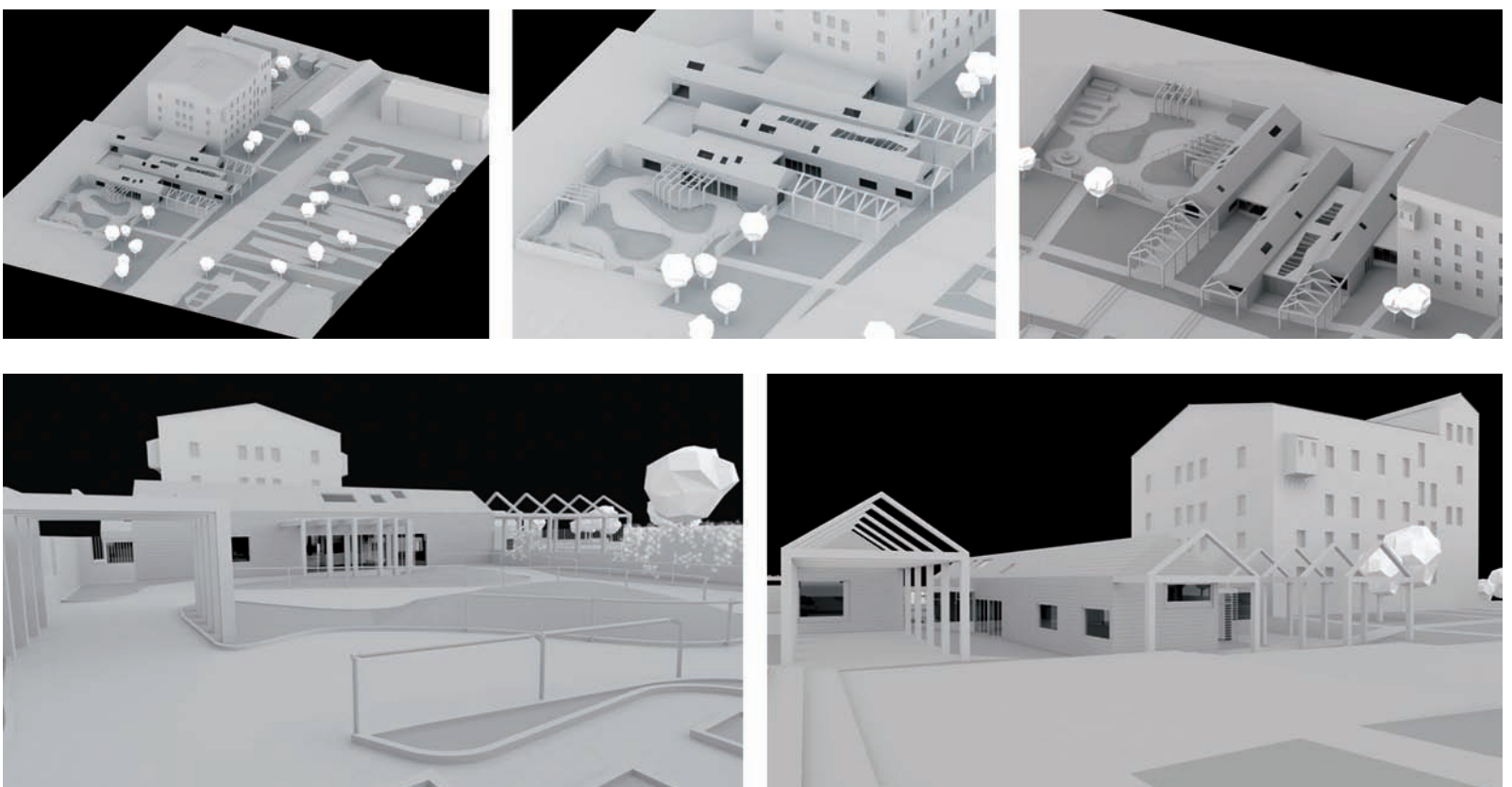


Fig. 11, 12 - G. Ferrante, render di studio del progetto.

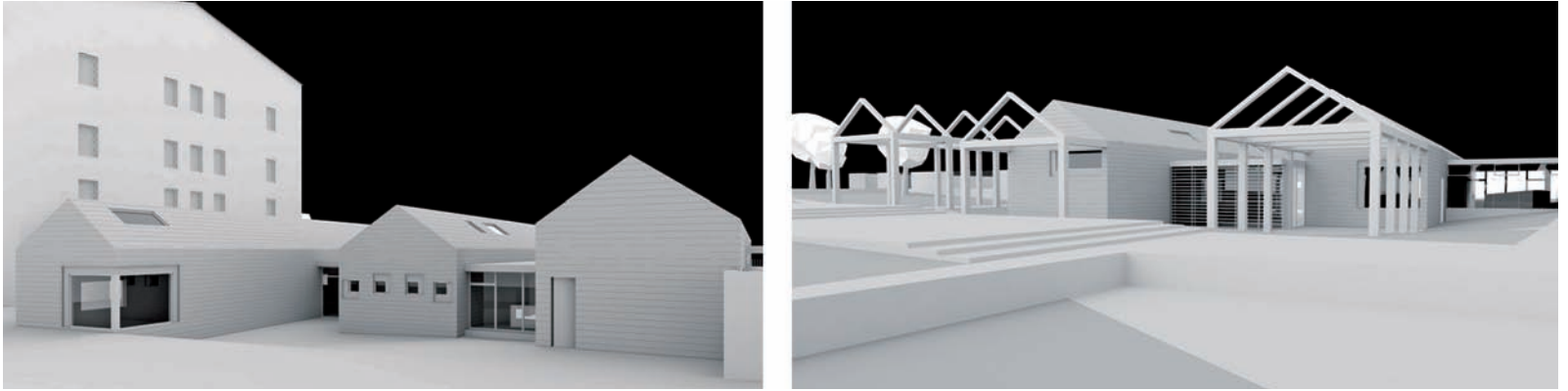


Fig. 13 - G. Ferrante, render di studio del progetto.



Fig. 14 - Tesi di Laurea di Cristina Paci, Complesso Villa Serradifalco. Nuova residenza sanitaria assistita per Bagheria, rel. G. De Giovanni, corr. F. Scalisi, B. Guarnieri, Università degli Studi di Palermo A.A. 2013/2014: a sinistra, veduta area dell'area di progetto; a destra, vedute del Complesso Villa Serradifalco.

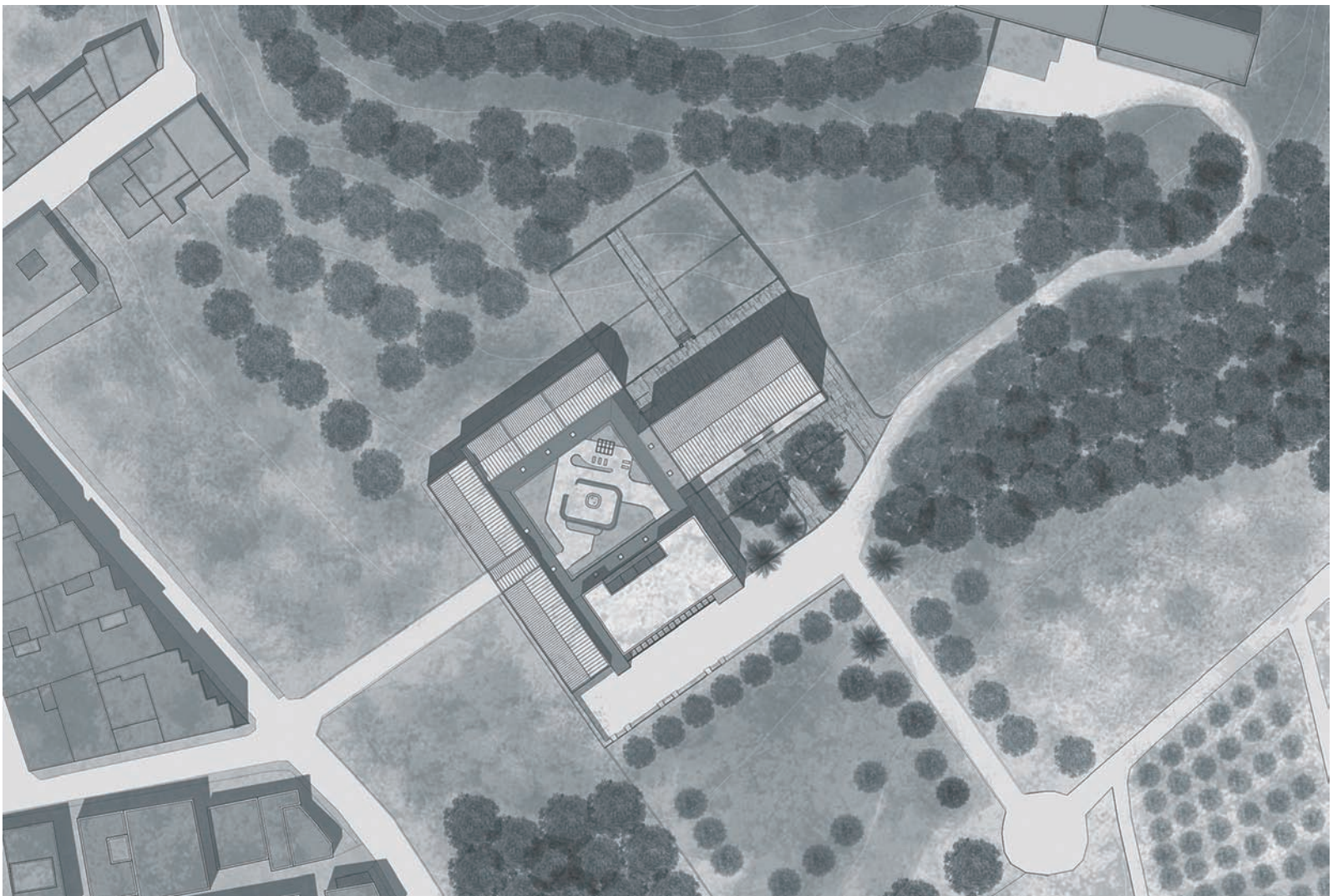
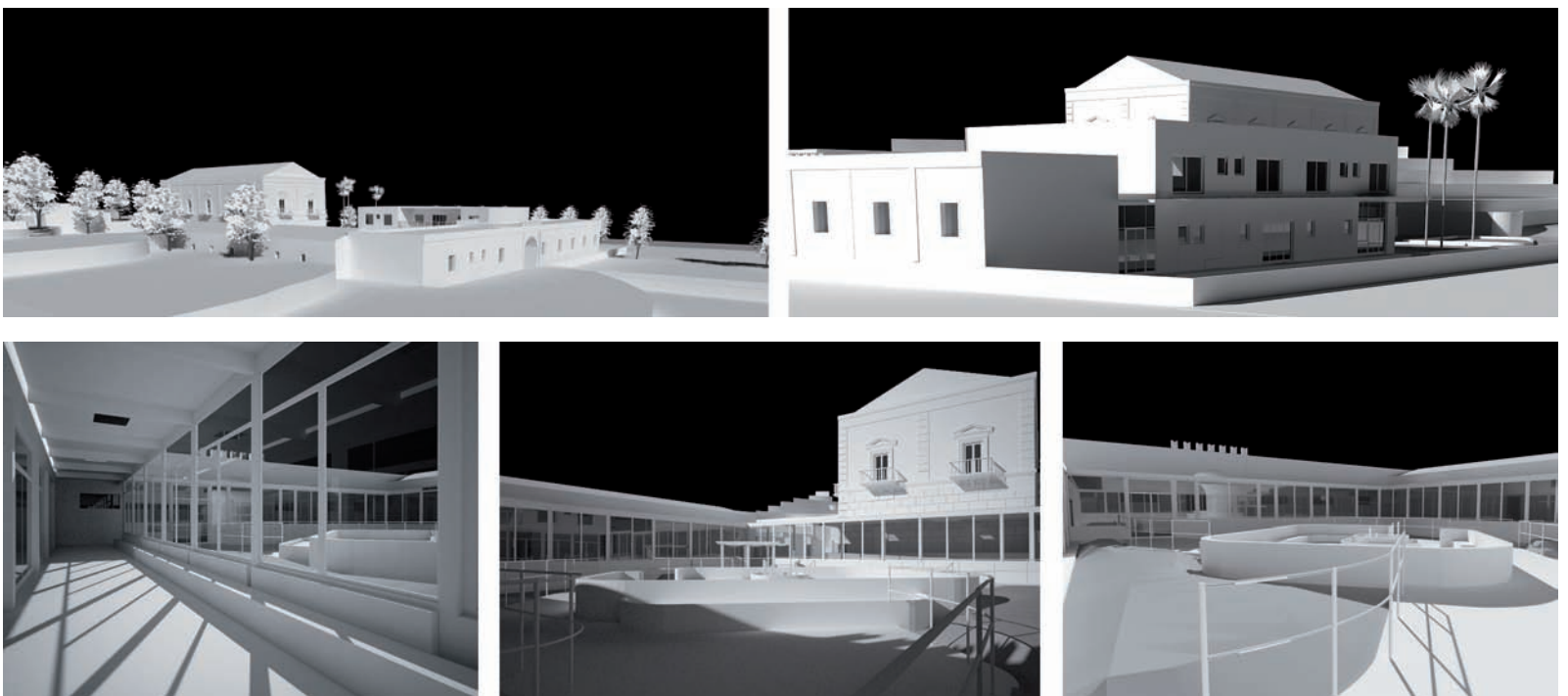


Fig. 15 - C. Paci, planimetria di progetto.

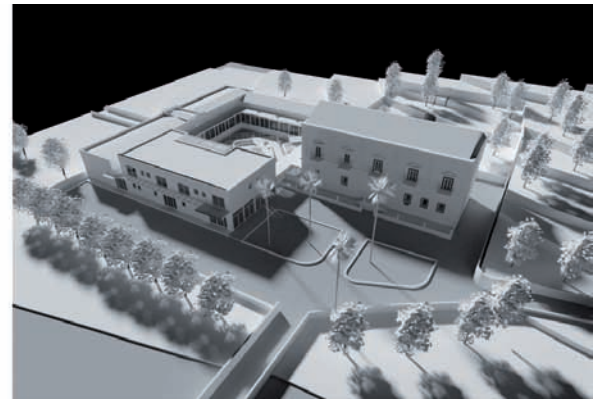
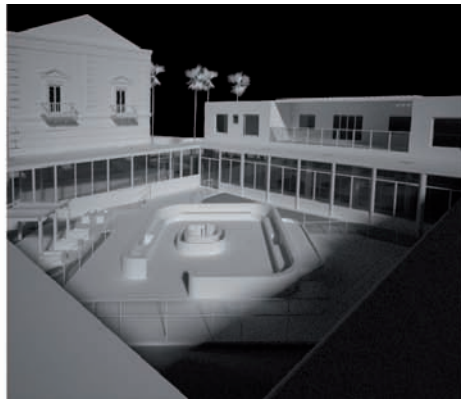
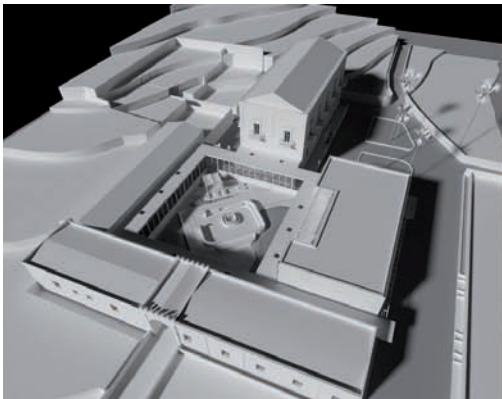
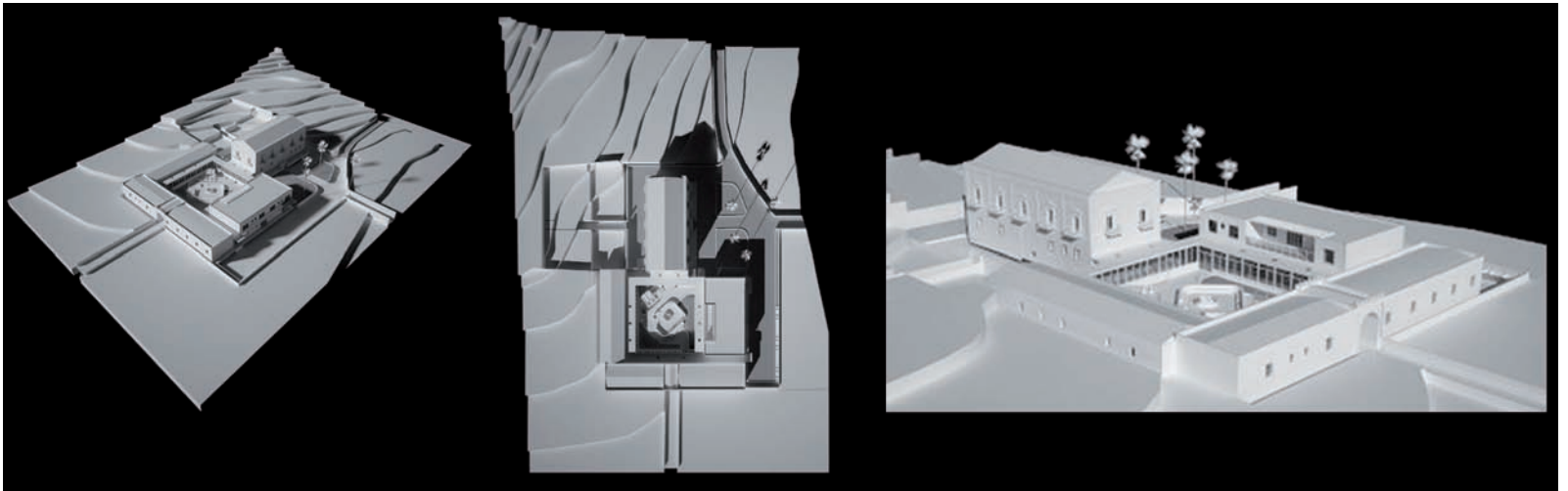


Fig. 16 - Illu

Fig. 16 - C. Paci, sezioni di progetto.



Figg. 17, 18 - C. Paci, render di studio del progetto.



Figg. 19, 20 - C. Paci, render di studio del progetto.

ze 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.

CENTRO INTERUNIVERSITARIO TESIS, *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, Milano 2004.

SANTI V. (cur.), *Visioni sfumate. Dedicato a coloro che si prendono cura di un malato di Alzheimer. Suggestioni per adeguare gli spazi residenziali alle esigenze del malato*, supervisione DEL NORD R., Edizioni Regione Toscana, Firenze 2004.

GALIANO E., *Vecchi fuori. Vita quotidiana in casa di riposo*, Biblioteca dell'Immagine, Pordenone 2004.

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 Anging 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.

IACOMONI A., *Architetture per anziani*, Alinea, Firenze 2009.

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, 2009.

Rivista 'Costruire in Laterizio', n. 145, *Residenze per anziani*, Tecniche Nuove, Milano 2012.

Riviste 'AeA', , Associazione Abitare e Anziani, Roma dall'anno 2000 al 2013.

DE GIOVANNI G. (cur.), *UP³ Social Housing per la terza età*, Collana Esempi di Architettura/28, Aracne Editrice srl, Roma 2014.

DE GIOVANNI G. (cur.), ...*UP MORE e Sperimentazioni didattiche* in 'UP³ Social Housing per la terza età', Collana Esempi di Architettura/28, Aracne Editrice srl, Roma 2014. Cfr. PhD FRAU G., *Vita in città di A. L'abitare dell'anziano oltre una progettazione a isola: sicurezza, inclusività, orien-*



Fig. 21 - La signora Clelia, ospite in una Casa Famiglia, presenta a degli ospiti maccheroni fatti in casa.

tamento, Tesi di Dottorato XXVI Ciclo, Tutor Fabio Bacchini, Università degli Studi di Alghero 2015.

- DE GIOVANNI G., ANGELICO E. M., VATTANO S., *La sostenibilità smart del Social Housing per la terza età*, in PERRICCIOLI M. (cur.), "Re-cycling social housing. Ricerche per la rigenerazione sostenibile dell'edilizia residenziale sociale", CLEAN Edizioni, Napoli 2015, pp. 120-131.

* GIUSEPPE DE GIOVANNI, Professore Ordinario di "Tecnologia dell'Architettura", Scuola Politecnica, Dipartimento d'ARCH dell'Università degli Studi di Palermo.

SOMMARIO

SERGIO POGGIANELLA	<i>Kandinsky e l'Arte sciamanica in Mostra in Brasile</i>	3
ALBERTO SPOSITO	<i>Intervista breve a Gillo Dorfles</i>	11
ANTONELLA CHIAZZA	<i>Architettura, Pittura, Scultura in contaminazione</i>	15
ALBERTO SPOSITO	<i>Architettura come Segnalizzazione: la Louis Vuitton a Parigi</i>	25
STARLIGHT VATTANO	<i>Nel Cyberspazio Visioni urbane delle Giga-Città</i>	37
ALBERTO SPOSITO	<i>Oasi e Sabbia all'Expo 2015: i Padiglioni del Bahrain e degli Emirati Arabi</i>	45
PAOLA LA SCALA	<i>Museum of Liverpool: un Progetto per la Città</i>	55
KINUE HORIKAWA	<i>La Reception House la Capra in Giappone</i>	61
ROSARIO SCADUTO	<i>Sicilia e Grecia: la Conservazione dei Monumenti classici alla fine del Settecento</i>	65
GIORGIO FARACI	<i>Le Mura romane di Lugo: il Piano di Manutenzione</i>	75
ANTONIA NIRO	<i>L'antica Abbazia di San Vincenzo al Volturno</i>	81
MARIO DISCENZA	<i>Il Chronicon Vulturense</i>	87
GIUSEPPE DE GIOVANNI	<i>Social Housing per la Terza Età</i>	91
SANTINA DI SALVO	<i>Evoluzione dei materiali intelligenti</i>	103
LOREDANA MANATA	<i>Temporanea Sostenibilità</i>	111
ELSA SANFILIPPO	<i>Sostenibilità economica e ambientale: il Green Lease</i>	115

Finito di stampare nel mese di gennaio del 2016
dalla tipografia «System Graphic S.r.l.»
00134 Roma - via di Torre Sant'Anastasia, 61
per conto della «Aracne editrice Int.le S.r.l.» di Ardea (RM)

ISBN 978-88-548-8841-8



16,00 euro