

ARCHITETTURA E SALUTE
Abitare i luoghi della cura



Raffaele Tarallo

LIBERATORIA PER L'ARCHIVIAZIONE
DELLA TESI DI DOTTORATO

Al Magnifico Rettore
del Politecnico di Bari

Il sottoscritto RAFFAELE TARALLO nato a FOGGIA (FG) il 17/03/1995
residente a DELICETO (FG) in via GIOACCHINO ROSSINI, 19
e-mail raffaele.tarallo@poliba.it iscritto al 3° anno di Corso di Dottorato di
Ricerca in CONOSCENZA E INNOVAZIONE NEL PROGETTO PER IL
PATRIMONIO ciclo XXXVI ed essendo stato ammesso a sostenere l'esame
finale con la prevista discussione della tesi dal titolo:
ARCHITETTURA E SALUTE. ABITARE I LUOGHI DELLA CURA

DICHIARA

- 1) di essere consapevole che, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, e che nel caso ricorressero dette ipotesi, decade fin dall'inizio e senza necessità di nessuna formalità dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tali dichiarazioni;
- 2) di essere iscritto al Corso di Dottorato di ricerca CONOSCENZA E INNOVAZIONE NEL PROGETTO PER IL PATRIMONIO ciclo XXXVI, corso attivato ai sensi del "Regolamento dei Corsi di Dottorato di ricerca del Politecnico di Bari", emanato con D.R. n.286 del 01.07.2013;
- 3) di essere pienamente a conoscenza delle disposizioni contenute nel predetto Regolamento in merito alla procedura di deposito, pubblicazione e auto archiviazione della tesi di dottorato nell'Archivio Istituzionale ad accesso aperto alla letteratura scientifica;
- 4) di essere consapevole che attraverso l'auto archiviazione delle tesi nell'Archivio Istituzionale ad accesso aperto alla letteratura scientifica del Politecnico di Bari (IRIS-POLIBA), l'Ateneo archiverà e renderà consultabile in rete (nel rispetto della Policy di Ateneo di cui al D.R. 642 del 13.11.2015) il testo completo della tesi di dottorato, fatta salva la possibilità di sottoscrizione di apposite licenze per le relative condizioni di utilizzo (di cui al sito <http://www.creativecommons.it/Licenze>), e fatte salve, altresì, le eventuali esigenze di "embargo", legate a strette considerazioni sulla tutelabilità e sfruttamento industriale/commerciale dei contenuti della tesi, da rappresentarsi mediante compilazione e sottoscrizione del modulo in calce (Richiesta di embargo);
- 5) che la tesi da depositare in IRIS-POLIBA, in formato digitale (PDF/A) sarà del tutto identica a quelle **consegnate**/inviata/da inviarsi ai componenti della commissione per l'esame finale e a qualsiasi altra copia depositata presso gli Uffici del Politecnico di Bari in forma cartacea o digitale, ovvero a quella da discutere in sede di esame finale, a quella da depositare, a cura dell'Ateneo, presso le Biblioteche

Nazionali Centrali di Roma e Firenze e presso tutti gli Uffici competenti per legge al momento del deposito stesso, e che di conseguenza va esclusa qualsiasi responsabilità del Politecnico di Bari per quanto riguarda eventuali errori, imprecisioni o omissioni nei contenuti della tesi;

- 6) che il contenuto e l'organizzazione della tesi è opera originale realizzata dal sottoscritto e non compromette in alcun modo i diritti di terzi, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza dei dati personali; che pertanto il Politecnico di Bari ed i suoi funzionari sono in ogni caso esenti da responsabilità di qualsivoglia natura: civile, amministrativa e penale e saranno dal sottoscritto tenuti indenni da qualsiasi richiesta o rivendicazione da parte di terzi;
- 7) che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo il diritto d'Autore né gli obblighi connessi alla salvaguardia di diritti morali ed economici di altri autori o di altri aventi diritto, sia per testi, immagini, foto, tabelle, o altre parti di cui la tesi è composta.

Luogo e data

Firma

BARI 18/03/2024



Il sottoscritto, con l'auto archiviazione della propria tesi di dottorato nell'Archivio Istituzionale ad accesso aperto del Politecnico di Bari (POLIBA-IRIS), pur mantenendo su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (Legge 633/1941 e ss.mm.ii.),

CONCEDE

- al Politecnico di Bari il permesso di trasferire l'opera su qualsiasi supporto e di convertirla in qualsiasi formato al fine di una corretta conservazione nel tempo. Il Politecnico di Bari garantisce che non verrà effettuata alcuna modifica al contenuto e alla struttura dell'opera.
- al Politecnico di Bari la possibilità di riprodurre l'opera in più di una copia per fini di sicurezza, back-up e conservazione.

Luogo e data

Firma

BARI 18/03/2024





Politecnico
di Bari

Department of Architecture, Construction and Design
DESIGN FOR HERITAGE: KNOWLEDGE AND LANDSCAPE
Ph.D. Program
ICAR/14 – ARCHITECTURAL AND URBAN DESIGN

Final Dissertation

ARCHITECTURE AND HEALTH
Inhabiting places of care

by
Raffaele Tarallo

Raffaele Tarallo

Referees:

Prof. Giuseppina Scavuzzo

Prof. Antonio Conte

Supervisor

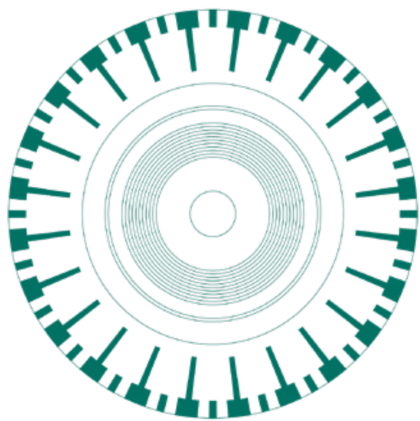
Prof. Loredana Ficarelli

Loredana Ficarelli

Coordinator of Ph.D Program:
Prof. Carlo Moccia

POLITECNICO DI BARI | Dottorato di Ricerca in
**CONOSCENZA E INNOVAZIONE NEL PROGETTO PER IL
PATRIMONIO**

Ciclo XXXVI | Coordinatore Prof. Carlo Moccia



ARCHITETTURA E SALUTE
Abitare i luoghi della cura

Dottorando Raffaele Tarallo
Tutor Prof.ssa Loredana Ficarelli

INDICE

Introduzione	9		
<i>La cura dell'individuo e la cura dei luoghi</i>	13		
<i>La salute e lo spazio: questioni antropometriche</i>	17		
<i>Abitare e benessere: la casa come luogo che cura</i>	23		
Parte prima			
Paradigmi compositivi dei luoghi di cura. Le emergenze sanitarie e risposte spaziali della collettività	29		
Premessa	31		
1.1 La peste nera e il lazzaretto: la contumacia e i luoghi della quarantena	35		
1.2 La TBC e il sanatorio: le cure polmonari e i luoghi delle esposizioni	45		
1.3 L'alienazione e il manicomio: l'emarginazione sociale e i luoghi delle eterotopie	55		
Parte seconda			
Questioni sociali, trasformazioni demografiche e nuove emergenze sanitarie	79		
2.1 Invecchiamento della popolazione e le demenze senili	81		
2.2 Politiche sociosanitarie, il quadro normativo europeo e nazionale	89		
		2.3 La malattia di Alzheimer e il rapporto cognitivo con lo spazio	97
		Parte terza	
		Il corpo e la mente come canale di transito tra lo spazio e il progetto	107
		3.1 Spazio ospedaliero e spazio abitato	109
		3.2 La casa di cura e la residenza assistita	117
		3.2.1 Strutture monoblocco, la residenza come edificio singolo	121
		3.2.2 Strutture a padiglioni, la residenza come "aggregato urbano"	123
		3.3 Organizzazione spaziale e sequenze	127
		3.3.1 La stanza	131
		3.3.2 Gli spazi di aggregazione e il laboratorio	135
		3.3.3 Il giardino terapeutico	137
		3.4 I luoghi della memoria tra architettura e natura	143
		3.4.1 Il rapporto con l'elemento acqua	146
		3.4.2 Il rapporto con il verde naturale: il bosco	147
		3.4.3 Il rapporto con il verde antropizzato: il giardino	148
		Conclusioni	151
		<i>Apparati:</i>	
		<i>Schede residenze Alzheimer</i>	155
		Bibliografia	272

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità”*. La definizione porta con sé l'idea che la salute non sia uno stato immutabile, bensì una condizione dinamica di equilibrio fondata sulla capacità del soggetto di interagire in modo positivo con l'ambiente che lo circonda. Questa definizione può sembrare, con gli occhi dell'uomo contemporaneo, la più ovvia. Tuttavia, bisogna dare atto che il riconoscimento del concetto di salute, espresso in queste poche righe, sia il frutto di un processo di assimilazione molto più ampio di quello che sembra.

Nel corso della storia le dottrine mediche hanno elaborato differenti soluzioni a questioni riguardanti la salute. Tra queste, alcune hanno interessato il mondo dello spazio costruito con risultati non sempre totalmente efficaci. Le contingenze dettate dalla assenza di caratteri scientifici nella disciplina medica hanno così portato le società alla risoluzione di problemi sanitari attraverso una dimensione costruttiva.

Obiettivo principale di questa ricerca è quello di dimostrare l'esistenza di un nesso tra la forma costruita dello spazio ed il benessere fisico dell'individuo e di definirne la natura. Questo studio si propone inoltre di indagare l'evoluzione del rapporto tra lo spazio costruito ed il concetto di salute, al fine di cercare di descrivere ciò che questo rapporto è diventato nella contemporaneità. In particolare, l'interesse di questa ricerca è rivolto alla interpretazione del fenomeno dell'edilizia per la salute ed alla definizione di una chiave di lettura per questi spazi che possa costituirsi come un utile strumento al progetto dei nuovi luoghi della cura.

Per far questo, nel testo si presenteranno alcune definizioni paradigmatiche all'interno dell'ambito della sanità: ossia il concetto di cura, di benessere e quello di salute.

Successivamente, si passerà ad esaminare il rapporto tra lo spazio costruito e la cura, analizzando tre casi emblematici che hanno comportato la nascita di altrettanti paradigmi architettonici: la peste ed il lazzeretto, la tubercolosi e il sanatorio, la follia e il manicomio.

Nella seconda parte dell'elaborato si esaminerà l'orizzonte odierno, individuando, attraverso la ricognizione di fattori demografici, normativi e clinici, quali sono le nuove emergenze sanitarie, ossia l'invecchiamento della popolazione, le demenze senili e la malattia di Alzheimer.

Infine, nell'ultima parte, si procederà con la descrizione del fenomeno edilizio relativo alle residenze ed ai centri di assistenza per l'Alzheimer.

La metodologia di studio, si basa sulla ricognizione della realtà costruita e sulla selezione di casi studio che possano descrivere in maniera esaustiva i fenomeni. Il principale strumento che si utilizzerà sarà quello del ridisegno, effettuato principalmente attraverso la consultazione di fonti bibliografiche e archivistiche, che si dimostra una tappa necessaria allo studio comparativo degli edifici riportati.

La costruzione di abachi sinottici consentirà infatti di effettuare una comparazione omogenea tra le realtà costruite, e permetterà una chiara leggibilità delle parti costitutive individuate degli organismi edilizi.

L'analisi effettuata verrà condotta considerando lo stretto rapporto tra le componenti percettive e protesiche dello spazio in relazione alle differenti scale di rappresentazione: quella dell'inserimento territoriale, quella dell'organismo edilizio, quella degli elementi costitutivi. Il metodo di analisi che sarà applicato si basa sul ridisegno critico dei casi selezionati e sulla comparazione degli stessi riportati alla medesima scala di rappresentazione. In questo modo si cercherà di tradurre dalle forme alcune delle leggi morfologico-compositive del fenomeno edilizio al fine di costituire uno strumento utile alla lettura degli spazi ed alle successive applicazioni progettuali.

La cura dell'individuo e la cura dei luoghi

La parola cura può essere considerata uno degli innumerevoli esempi della polisemia della lingua italiana. Nell'uso comune il termine assume differenti significati. In generale la cura è l'interessamento solerte e premuroso per qualcosa, che impegna sia il nostro animo sia la nostra attività¹. Con questo significato il termine è ben spiegato attraverso alcuni suoi sinonimi come riguardo, attenzione, impegno, zelo e diligenza. Per cura si può intendere inoltre l'attività in cui si è direttamente impegnati oppure l'oggetto costante dei propri pensieri, delle proprie attenzioni, del proprio attaccamento. La parola, utilizzata secondo questo significato, assume molto spesso una forma intransitiva, prevedendo usualmente l'associazione al verbo ausiliare avere e prendendo la forma di complemento di specificazione o di termine: come, ad esempio, nelle locuzioni "avere cura di qualcuno", "aver cura in qualcosa".

Vi è poi una seconda categoria di significati maggiormente legati all'ambito soggettivo e del benessere. In generale si definisce cura il complesso dei mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche che hanno il fine di guarire una malattia. Per cura si può indicare anche l'uso continuato di un rimedio che comprenda anche l'opera prestata dal medico per guarire un ammalato. In linea di massima la parola con questo significato può avere una forma transitiva, prevedere cioè l'uso del verbo ausiliare essere, e assumere la forma di complemento oggetto: come esemplificato dalle locuzioni "essere in cura", "ricevere una cura".

La parola presenta pertanto due distinti campi di significato che scaturiscono principalmente dalle due lingue madri dell'italiano, il latino ed il greco. In lingua latina il sostantivo femminile *cūra*,

pressoché uguale all'italiano cura, presenta il significato originario di sollecitudine, preoccupazione. Esprimeva l'atteggiamento di premura, vigilanza, preoccupazione e inquietudine nei confronti di una persona amata o di un oggetto di valore. I grammatici latini riconducevano la radice di questa forma arcaica a cor, cuore. Secondo le teorie più moderne è piuttosto riconducibile alla radice del proto-indoeuropeo *k^wey^s- (=ku-/kav), ovvero, fare attenzione, guardare oppure dalla radice *(s)kewh₁-, osservare, guardare, prestare attenzione. La cura è quindi responsabilità, che segue l'osservazione. Colui che è titolare della cura è in pensiero per la persona che gli è stata affidata, è sollecito verso di lui, è mosso da preoccupazione verso di lui. Curare in latino è anzitutto un verbo intransitivo con il significato di stare in pensiero, prendersi cura di qualcuno.

Differentemente, in greco antico troviamo il termine *θεραπεία* (therapèia) il quale ha come originario significato quello di servizio. E dunque è letteralmente servitore, colui che svolge la funzione del therápon. Nella letteratura greca antica questo concetto è ribadito nell'Iliade, dove Patroclo è presentato come therápon rispetto ad Achille: egli è al suo servizio, alle sue dipendenze, assiste il condottiero agendo come suo attendente. Non si può assolvere ai compiti previsti per il therápon, se non ponendosi totalmente al servizio del proprio assistito, e dunque prestandogli obbedienza. La therapèia è pertanto un servizio espletato attraverso la messa a disposizione delle esigenze, dei bisogni, dei desideri, delle necessità dell'altro.

La natura semantica differente tra le due lingue madri dell'italiano permette di esplicitare maggiormente la differenza di significati, che la parola cura può assumere nella lingua moderna e come questa si sia evoluta. Una traccia non irrilevante di questa accezione originaria si ritrova peraltro anche in altre lingue moderne. La lingua inglese, differentemente dall'italiano, prevede due verbi con significati diversi: il verbo *to care* che vuol dire prendersi cura, senza riguardo ai possibili modi concreti nei quali può tradursi questo atteggiamento, come è confermato dall'uso prevalentemente intransitivo e assoluto dell'espressione *I care* (mi interessa, mi riguarda, mi sta a cuore); il verbo *to cure* che esprime un'altra accezione, quella clinica ed oggettiva della cura, il significato transitivo del verbo che è *to cure*, che significa curare².

In sintesi, è possibile evidenziare quanto le parole che designano

la cura alludevano un tempo a una condizione primariamente soggettiva di chi esprime una preoccupazione e si applica mettendosi al servizio dell'assistito. Con il passare dei secoli, si assiste a una trasformazione radicale nel significato dei termini, quale riflesso di un mutamento verso la specializzazione tecnica. Il medico, unica figura legittimata a svolgere il ruolo di terapeuta, diviene il tecnico a cui è affidata la cura, privando l'azione della cura di quella connotazione affettiva della preoccupazione solerte verso qualcuno. Cercando di esemplificare, nell'uso corrente della lingua italiana affermare di aver cura di qualcuno non significa fornirgli un trattamento medico, analogamente somministrare una cura non allude in nessun modo ad un coinvolgimento affettivo tra ammalato e terapeuta. Curare non è più un verbo che allude allo stato d'animo del terapeuta verso il suo assistito, ma segnala la molteplicità di azioni che il primo svolge nei confronti del secondo. Da verbo intransitivo, curare diventa un verbo transitivo che riguarda gli atti concreti effettuati su colui che sia oggetto della cura. Si assiste pertanto, attraverso il cambiamento semantico della parola, ad una variazione sostanziale del concetto stesso di cura che da attività soggettiva ammantata di premura diviene principalmente una oggettiva somministrazione.

Note

1. Cfr. *Enciclopedia Treccani, edizione online*, <http://www.treccani.it>. (consultazione gennaio 2024).

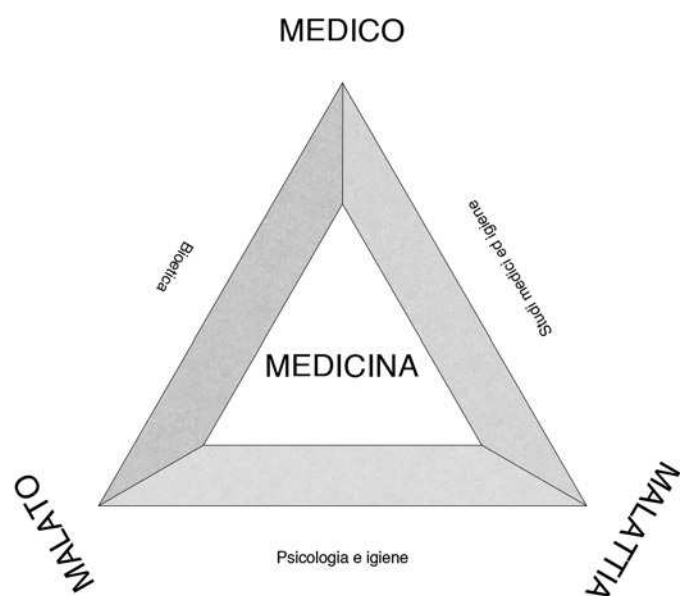
2. Cfr. Curi, U., (2017), *Le parole della cura medicina e filosofia*, Raffaello Cortina Editore.

La salute e lo spazio: questioni antropometriche

Col termine salute in lingua italiana si individua una condizione di benessere, di tranquillità, d'integrità, individuale o collettiva. Più nello specifico, la salute può essere assimilata ad uno stato di benessere fisico e di armonico equilibrio psichico dell'organismo umano in quanto esente da malattie, da imperfezioni e disturbi organici o funzionali. Il vocabolo, come avviene per gran parte dei termini italiani, affonda le sue radici nella lingua greca e latina.

Il mondo greco antico elaborò il concetto di salute intesa come un dono della divinità, afferente principalmente alla sfera religiosa. Nel pantheon greco la divinità principale legata alla salute era la dea Igea, dal greco *γίεια*, parola traducibile con salute, rimedio o medicina. Essa rappresentava la personificazione del benessere fisico. Il culto di Igea, dea della prevenzione delle malattie del mantenimento della salute, era associato a quello del padre Asclepio, dal greco *Ἀσκληπιός*, dio della cura delle malattie, e a quello della sorellastra Panacea, dal greco *Πανάκεια*, dea della guarigione onnipotente ed universale ottenuta per mezzo delle piante¹. Alla dea era associata la rappresentazione del serpente, essere ctonio che mutando la propria pelle si rigenera risultando immortale.

Nella Grecia antica avvenne una importante rivoluzione grazie ad Ippocrate, il quale portò la concezione di medicina greca da un piano di credenza religiosa ad una visione più tecnico-scientifica. Egli confuta la tesi secondo cui la divinità decide sulla salute e sulla malattia dell'uomo². Nella dottrina elaborata, il malato acquisiva una posizione centrale all'interno del "triangolo ippocratico": l'arte (intesa come disciplina medica) si compone di tre elementi che sono la malattia, il paziente e il medico. Il medico



i.1 - Elaborazione grafica del "Triangolo ippocratico".

era il servo dell'arte ed era chiamato come alleato ad affiancare il paziente, reale protagonista della lotta contro la malattia. Con Ippocrate, padre della medicina occidentale, l'accezione del termine salute comincia ad assumere un significato scientifico e si libera da quella componente magico propiziatoria.

Nel mondo latino il termine *salus* indica appunto salvezza, incolumità e integrità. La parola ha una radice fortemente affine al termine *salvus* che significa salvo, incolume, ma anche esistente, vivente. L'etimo in lingua latina evoca la crucialità del tema della salute all'epoca dell'antica Roma, creando un binomio indissolubile tra integrità del corpo e della mente e salute. *Salus*, è però principalmente un termine che fa strettamente riferimento alla sfera pubblica e comunitaria della salute. Nella cultura romana, la salute rappresenta una questione di stato, un dovere di tutela da parte dei governanti nei confronti della comunità dei cittadini, un necessario adempimento di natura morale che si esplicita nel valore di *Humanitas*. In questo senso, sin dall'età repubblicana, lo sviluppo di una coscienza collettiva conduce all'attuazione di importanti norme di igiene

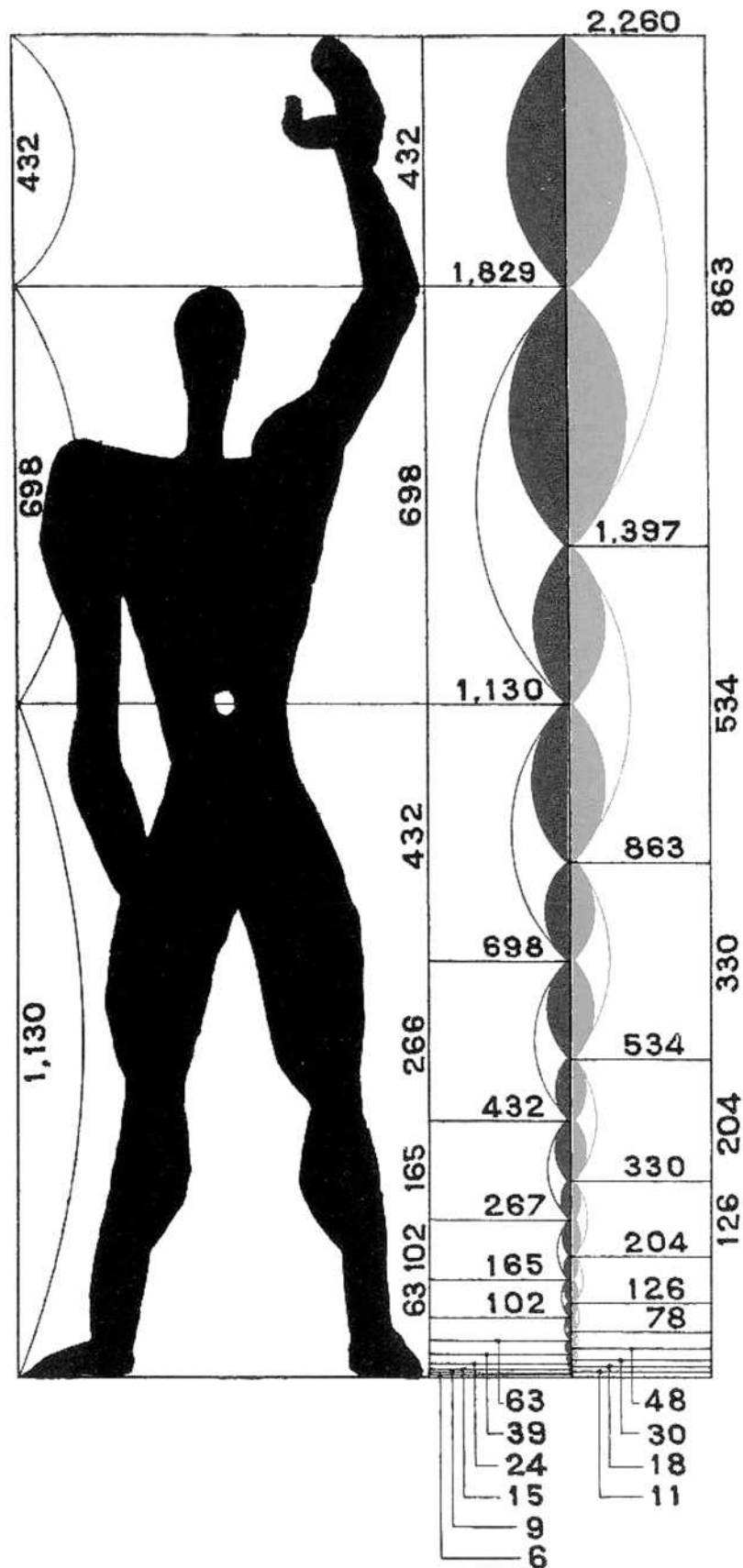
e sanità pubblica grazie anche alla poderosa costruzione di reti infrastrutturali quali acquedotti, terme, bagni pubblici e reti fognarie. Nel I sec. a.C. già Vitruvio nel libro Primo del *De Architectura* si premura di dare indicazioni generali di igiene per la realizzazione degli edifici, come ad esempio la scelta di luoghi salubri. Da ciò si evince quanto il mondo romano, a causa della sua organizzazione gerarchica preponderante, sia stato il primo a tradurre in termini spaziali importanti questioni legate alla salute generando un indissolubile binomio tra benessere fisico e qualità spaziali.

Un'altra tematica importante è quella legata all'estetica. Per gli antichi la chiave di interpretazione della realtà è la proporzione. L'idea del bello era strettamente connessa a quella di bene, ciò rinviava alla concezione della bellezza come ordine, armonia e proporzione tra le parti³. Il bello consiste nell'ordine matematico, numericamente espresso attraverso il concetto di armonia.

Questa ostinata ricerca dell'armonia si traduce in antico nell'associazione tra misura umana e proporzioni corrette dell'architettura. Vitruvio nel libro terzo del *De Architectura* parlando della proporzione e simmetria nel tempio pone la questione indicando tutti i rapporti che intercorrono tra le parti del corpo umano e conclude asserendo che: «Se la natura ha creato il corpo umano in modo che le membra abbiano una rispondenza proporzionata con tutta la figura nel suo complesso, a buona ragione gli antichi hanno stabilito che anche nelle loro opere si debba rispettare l'esatta proporzione delle singole parti con l'insieme della figura. Quindi ci hanno tramandato i canoni per la realizzazione di ogni tipo di costruzione [...] anche le unità di misura indispensabili per ogni tipo di intervento sono state prese dalle parti del corpo, quali il pollice, il palmo, il piede, il cubito e furono fissate in un numero perfetto».

Alle origini della cultura costruttiva occidentale vi è la consapevolezza che nella proporzione umana siano contenuti tutti gli elementi necessari a realizzare correttamente tutte le forme dell'architettura, in modo che queste possano risultare armoniose, e quindi soddisfare il canone estetico. La proporzione umana è la chiave di interpretazione dello spazio indipendentemente dalla sua natura e funzione, sia che esso sia aulico come quello di un tempio greco, sia che esso appaia più umile e intimo come quello di una abitazione.

Queste norme formalmente accettate dalla collettività sono



i.2 . Le Modulor, une nouvelle mesure humaine, da Boesiger, W., Stonorov, O., (1995), Le Corbusier - OEuvre complete Volume 4: 1938-1946: Volume 4: 1938-1946, Birkhauser

canonizzate interiormente all'interno del costruito che quotidianamente accompagna la nostra esistenza. Si pensi al rapporto che c'è tra l'alzata e la pedata di una scala, rapporto che è generato dalle proporzioni del piede umano, oppure si pensi alla larghezza di una porta, riquadrata sull'accesso all'ingombro massimo del corpo umano in movimento. La lezione vitruviana nei secoli ha visto numerose interpretazioni che ne hanno in parte alterato il significato fondamentale. Tra queste vi è certamente l'associazione del principio fondativo della forma delle architetture alla loro dimensione numerica, e di riflesso l'utilizzo delle unità di misura assolute.

Molti secoli dopo Vitruvio Le Corbusier ripropone questo tema nell'era della macchina. Il bisogno di una nuova misura visuale si rivela urgente in un'era in cui il costruito assume forme molto differenti da quelle classiche. Per le Corbusier risulta necessario l'impiego di una nuova misura destinata a completare il canonico uso di unità di misura come il metro o il piede-pollice. Per questo motivo egli concepisce il Modulor, una misura organizzata sulla matematica e sulla scala umana. Mentre il metro è una serie di cifre senza corpo, le cifre del Modulor, invece, sono delle misure, dei fatti che hanno in sé, una corporalità.

Da questa riflessione è evidente che tanto Vitruvio quanto le Corbusier a quasi duemila anni di distanza l'uno dall'altro, rilevano il principio della qualità spaziale e del benessere nelle dimensioni umane, e di come ancora oggi la corretta interpretazione dimensionale dell'architettura passi attraverso una progettazione antropometrica degli spazi e la realizzazione ergonomica degli oggetti.

Note

1. Cfr. *Periegesi della Grecia* di Pausania il Periegeta.
2. "L'uomo non può essere contaminato da un Dio: essendo infatti il primo corrotto e il secondo sacro, ne sarebbe al massimo purificato e santificato, ma certamente non offeso" dal *Corpus Hippocraticum*.
3. Come evidenziato dal celebre motto di attribuzione platonica "καλὸς καὶ ἀγαθός", (*kalòs kai agathòs*) bello e buono.

Abitare e benessere: la casa come luogo che cura

Il vocabolario della lingua italiana¹ nel definire la parola benessere ne esplicita tre significati. Il primo riguarda lo stato felice di salute, di forze fisiche e morali. Secondo questo significato il termine indica in primo luogo una condizione oggettiva connessa al mantenimento della naturale forma fisica e della integrità dell'organismo umano. La seconda definizione è una similitudine che ha a che fare invece con la sfera economica e sociale: con benessere si può indicare una condizione prospera di fortuna e agiatezza. Infine, nella terza ed ultima accezione può essere definito benessere quella sensazione soggettiva di vita materiale piacevole. Quest'ultimo significato afferisce ad una sfera più intima e privata dell'essere umano, quella del piacere soggettivo, che si identifica in maniera differente da un individuo all'altro. I significati della parola alludono ad una doppia natura, una principalmente oggettiva legata alla condizione fisiologica del corpo umano, l'altra significativamente esterna e soggettiva, legata a caratteristiche, estetiche ed edonistiche esplicitate solo all'interno di un contesto sociale e culturale ben canonizzato. Per l'individuo il raggiungimento della condizione di benessere è strettamente correlato alla soddisfazione di alcune necessità. Nella codifica degli aspetti che sono necessari per il benessere un utile apporto è stato dato dalla teoria dello psicologo statunitense Abraham Maslow². Nella sua opera egli avanza l'ipotesi di un modello motivazionale dello sviluppo umano basato su delle categorie di bisogni specifici distribuite in maniera gerarchica, in base alla quale la soddisfazione dei bisogni più elementari è condizione necessaria per fare emergere quelli di ordine superiore. I bisogni fondamentali, una volta soddisfatti, tendono a non ripresentarsi, mentre i bisogni sociali e relazionali



i.3 - Elaborazione grafica della "Piramide di Maslow".

rinascano con nuovi e più ambiziosi obiettivi da raggiungere. Alla base della piramide ci sono i bisogni essenziali alla sopravvivenza, mentre salendo verso il vertice si incontrano i bisogni più immateriali. In particolare, egli pone alla base della cosiddetta "piramide" i bisogni di carattere fisiologico legati all'umano istinto di autoconservazione: questi sono la fame, la sete, il sonno, la termoregolazione, ecc. Nella teoria di Maslow questi sono i primi a dover essere necessariamente soddisfatti. Successivamente nel secondo gradino si collocano i bisogni legati alla sfera della sicurezza: protezione, tranquillità, prevedibilità, soppressione di preoccupazioni ed ansie, ecc. Questa categoria analogamente alla precedente, riguarda un ancestrale istinto di sopravvivenza dell'uomo che necessita di sicurezza e protezione individuale. Seguono i bisogni legati all'appartenenza dell'individuo alla collettività: essere amato ed amare, far parte di un gruppo, cooperare, partecipare ecc. Questi rappresentano l'aspirazione di ognuno di noi ad essere un elemento operante nella collettività. In consequenzialità con la precedente categoria ci sono poi

i bisogni di stima che riguardano gli apprezzamenti ricevuti dalla collettività stessa e sono l'essere rispettato, approvato, riconosciuto, ecc.

Al vertice della piramide ci sono i bisogni di autorealizzazione legati principalmente all'aspirazione individuale, variabili tra una persona e l'altra e quindi i più soggettivi: realizzare la propria identità in base ad aspettative e potenzialità, occupare un ruolo sociale, ecc.

Pur essendo rigidamente schematica la riflessione di Maslow ci invita ancora una volta a considerare l'importanza dello spazio circostante per il benessere dell'individuo. Nelle posizioni più basse della piramide, e quindi in una condizione di estrema necessità per l'essere umano, egli colloca i bisogni di sicurezza, tra i quali figura la sicurezza del riparo e dell'abitare.

L'architettura nelle sue origini è nata come risposta ad una delle più antiche esigenze umane: quella di trovare un riparo. Non a caso l'abate Marc-Antoine Laugier³ riconosce all'origine dell'architettura un processo di mimesi con la natura e indica nell'archetipo per eccellenza la "capanna primitiva", il primo rifugio dell'uomo costruito mediante l'utilizzo dei pochi elementi a sua disposizione: frasche e rami. Ma proprio quando la necessità primaria di rifugio è soddisfatta scaturiscono ulteriori bisogni che trascendono la sfera dello strettamente necessario e raggiungono la dimensione del confort e della gradevolezza estetica. Questa necessità si manifesta per rispondere ad un più ampio desiderio di benessere. Il rifugio prima e la casa successivamente hanno un po' per volta acquisito un carattere di stanzialità andando a consolidare questo concetto nel termine abitazione.

Di derivazione latina, il termine abitazione trova la sua radice nel sostantivo *habitus* ed è inteso come il luogo nel quale l'uomo trova conforto e riparo in maniera abituale. La casa divenendo la sede abituale per eccellenza, diviene essa stessa luogo in cui l'individuo tende ad associare una situazione di confort e benessere e dove è possibile ritagliare il proprio spazio privato. Appare esplicito quanto la casa, in quanto primo luogo in cui ritrovare la propria dimensione, diventi il dispositivo primigenio della cura e rigenerazione individuale. Un luogo entro cui l'individuo riconosce sé stesso ed è consapevole di tutte le azioni che possono accadere, il posto nel quale egli ha il perfetto controllo sulla dimensione spaziale poiché è egli stesso

demiurgo e costruttore, dove accumula le proprie ricchezze e ritrova gli affetti: il luogo entro cui l'umano soddisfa tutti i suoi bisogni.

Una definizione di abitare è fornita Norberg-Schulz: «Abitare significa qualcosa di più che avere un tetto sulla testa e un certo numero di metri quadri a disposizione. Per prima cosa significa incontrare gli altri esseri umani per scambiare prodotti, idee e sentimenti, ossia per sperimentare la vita come moltitudine di possibilità. In secondo luogo, significa mettersi d'accordo con alcuni di loro ossia accettare un certo numero di valori comuni. E infine significa essere sé stessi ossia scegliere un piccolo mondo personale.»⁴.

In questa definizione appare chiaro quanto l'abitare determini innanzitutto una condizione di benessere e di equilibrio, tanto in relazione alla collettività quanto nei confronti della propria sfera privata. Abitare significa anzitutto riconoscere i luoghi abitati come propri, accoglierli, impadronirsene, modificarli se necessario e nel contempo riconoscersi nei luoghi e presentarsi in armonia con essi.

Note

1. *Enciclopedia Treccani*, edizione online, <http://www.treccani.it>. (gennaio 2024).

2. Cfr. Maslow A. H., (2020), *A Theory Of Human Motivation*, Sanage Publishing.

3. L'argomento è trattato all'interno del manoscritto "Essai sur l'architecture" del 1753

4. Norberg-Schulz, C., (1984), *L'abitare. L'insediamento, lo spazio urbano, la casa*. Electa. Milano.

PARTE PRIMA

**Paradigmi compositivi dei luoghi di cura. Le
emergenze sanitarie e risposte spaziali della
collettività**

Premessa

L'adattamento ad uno stile di vita societario dell'uomo ha consentito nel corso dei secoli uno sviluppo incredibilmente rapido degli scambi commerciali, delle infrastrutture e delle reti di comunicazione. Il progresso tecnico può in tal senso avvenire soltanto all'interno di un gruppo con una solida struttura gerarchica, la quale favorisce una buona capacità di gestione delle risorse della collettività. Le società, man mano che accrescono le proprie conoscenze, tendono ad ingrandirsi e ad accrescere il numero degli individui, favorendo lo sviluppo di relazioni interpersonali, di scambi commerciali e della vita in collettività. La crescita demografica è alla base del benessere collettivo poiché testimonia una buona gestione delle risorse e migliori condizioni di salute dell'individuo. Tuttavia, se lo sviluppo del quadro demografico rappresenta sicuramente un fattore stimolante e necessario all'incessante progresso comunitario, d'altro canto questo genera una serie di questioni problematiche, che finiscono per mettere in pericolo l'intera collettività. La salute del singolo e salute della collettività in questo senso si collocano agli antipodi. È questo, ad esempio, il caso di alcune emergenze sanitarie che trovano terreno di diffusione proprio all'interno dei gruppi demografici particolarmente numerosi, lì dove la popolazione è in grado di svilupparsi demograficamente grazie al surplus delle risorse.

Si definisce epidemia la manifestazione collettiva di una malattia, che rapidamente si diffonde fino a colpire un gran numero di persone in un territorio più o meno vasto. Le epidemie si sviluppano in dipendenza da vari fattori con una intensità ed una durata variabile nel tempo. La violenza del fenomeno e la tendenza ad una ripetizione sono caratteristiche tipiche di

molte epidemie e per questo motivo le società umane hanno dovuto confrontarsi con questo problema. Tuttavia, sin dai tempi remoti, la mancanza di approfondite nozioni di carattere medico scientifico, l'impossibilità di raggiungere una soluzione definitiva al problema sanitario e la necessità di procedere alla vita della collettività, hanno condotto l'uomo a cercare una soluzione che per lo meno potesse contenere i fenomeni. L'osservazione dei fenomeni sintomatici, il riconoscimento delle modalità di contagio e la scoperta empirica di metodi rudimentali di prevenzione hanno rappresentato i primi strumenti di cui l'uomo si è servito per fronteggiare alcune malattie.

L'igiene e la salute sono da sempre considerate questioni di carattere sociale che devono essere affrontate per assicurare la sopravvivenza dell'intera collettività. La società sana in prima battuta è una società che esclude e allontana i non sani e pertanto in questo scenario l'ammalato è visto come un potenziale elemento di disturbo alla salubrità collettiva. Solo con il progresso della scienza medica si attuerà una rivoluzione del concetto di prevenzione e protezione collettiva. Lo sviluppo di efficaci metodologie di cura consentirà agli ammalati di non essere più additati come reietti dalla collettività e l'individuo ritornerà ad avere il ruolo da protagonista nella definizione spaziale dei luoghi di cura.

Alcuni fenomeni di crisi sanitaria nel corso della storia conducono la collettività a fronteggiare in maniera rapida le emergenze. Le società si trovano pertanto ad intervenire in un contesto emergenziale attraverso l'unico strumento a loro disposizione che è appunto la costruzione formale dello spazio. L'architettura, nei casi analizzati di seguito, interviene in una fase in cui la malattia ha raggiunto una ampia fascia di popolazione. La società è pertanto cosciente di numerosi fattori legati al fenomeno sanitario quale le manifestazioni sintomatologiche, l'areale di propagazione e la modalità di diffusione della malattia. La condizione di emergenza dettata dalla crisi spinge le società ad agire in maniera razionale, cercando di ottimizzare le risorse a disposizione per fronteggiare il fenomeno, attraverso un comportamento dettato dalla coscienza critica.

«Si definisce coscienza critica la condizione di incertezza a fronte della realtà edilizia ereditata che obbliga ad operare atti costruttivi fortemente intenzionali rispetto ai nuovi interventi, imponendo in altri termini, il progetto cosciente come scelta e

momento ineluttabile del processo edilizio.» (Strappa, 1994).

Manifestazioni di un agire attraverso coscienza critica si rivedono nell'adattare determinati tipi edilizi alla nuova esigenza di spazio dedicato alla malattia e questo fenomeno avviene principalmente attraverso un processo di variazione tipologica. Tale processo si manifesta mediante l'assegnazione di specifiche funzioni ad alcuni ambienti dell'organismo edilizio i quali assumono sin da subito una definizione funzionale molto forte che li configura come caratteri distintivi della tipologia edilizia.

In questa sede si è scelto di analizzare tre scenari della storia umana che per via della loro forza e risonanza possono essere definiti fenomeni di emergenza sanitaria, cioè che hanno avuto un impatto tale da raggiungere una buona parte della popolazione. In particolare, ci si soffermerà sulle ricadute che i fenomeni hanno avuto sulla nascita di tipologie edilizie speciali associate alla malattia: è il caso del lazzaretto per la peste, del sanatorio per la tubercolosi, nonché dello sviluppo degli ospedali psichiatrici come risposta alla follia.

I tre casi analizzati di seguito si mostrano di natura differente: mentre per la peste e per la tubercolosi è possibile affermare che si sia trattato di fenomeni epidemici caratterizzati da una forte contagiosità che prescrive pertanto un allontanamento dei malati dai sani, nel caso della follia ci si trova davanti ad una condizione che, seppur ampia e largamente presente all'interno del tessuto sociale, non prevede la possibilità di contagio tra persone e si caratterizza come intrinseca dell'individuo, il quale viene ad essere concepito come diverso rispetto ai membri della società e pertanto destinato all'allontanamento.

Per questo motivo, questi fenomeni verranno equiparati, non tanto per caratteristiche analoghe delle malattie ma perchè hanno portato le società alla definizione di luoghi in cui collocare i soggetti affetti da tali patologie al fine di assicurare alla collettività la più immediata soluzione del problema sanitario.

1.1 La peste nera e il Lazzaretto: la contumacia e i luoghi della quarantena

La peste è una malattia provocata da una infezione batterica. Benché questa sia praticamente sparita dal vecchio continente, risulta tuttora diffusa in altre parti del mondo. L'infezione è causata dal batterio *Yersinia pestis*, presente come parassita sulle pulci che popolano i manti di alcuni roditori quali ratti, scoiattoli e mammiferi di piccola taglia. Colonie di questi batteri circolano senza causare alto tasso di mortalità tra questi animali. Come avviene per altre malattie i roditori si dimostrano essere animali serbatoio per il bacillo e, quando la malattia occasionalmente trova focolai di infezione in gruppi di questi animali in una determinata area, si sviluppano frequentemente fenomeni di zoonosi tra animale e uomo.

La peste si manifesta principalmente sotto tre forme diverse, che a volte possono anche essere compresenti. La modalità più comune è la peste bubbonica, che si presenta in seguito alla puntura di pulci infette o per contatto diretto tra materiale infetto e lesioni della pelle di una persona. Manifestazione tipica di questa forma è lo sviluppo di bubboni, ingrossamenti infiammati delle ghiandole linfatiche seguiti da febbre, mal di testa, brividi e debolezza. In questa forma la peste non si trasmette da persona a persona. La seconda forma è la peste polmonare che si manifesta mediante una infezione dei polmoni da parte del batterio. Questa forma della malattia può trasmettersi da persona a persona attraverso l'aria o gli aerosol di persone infette e quindi costituisce una delle forme più pericolose per il potenziale epidemico che la caratterizza. La forma polmonare può derivare anche dalla degenerazione delle altre forme se non sono curate prontamente. La forma più letale è la peste

setticemica, cioè l'infezione batterica del sangue, e può essere una conseguenza di complicazioni delle due forme precedenti. Viene contratta per le stesse cause di quella bubbonica, e non si trasmette da persona a persona. Causa febbre, brividi, dolori addominali, shock e prostrazione, sanguinamenti della pelle e di altri organi.

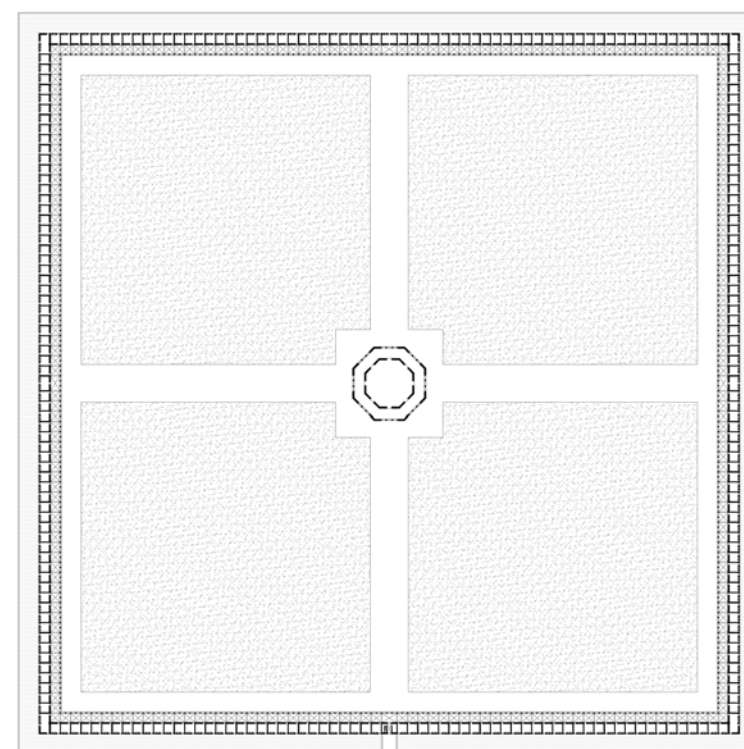
La peste è una malattia nota sin dalle fonti più antiche tanto che nell'immaginario collettivo questa è divenuta l'epidemia per antonomasia¹. A causa della sua violenza la malattia è divenuta tragicamente nota come la peste nera. Benché anche le fonti antiche citino erroneamente la malattia², la peste ha cominciato a diffondersi in Cina più di duemila anni. La prima pandemia ben documentata in occidente avvenne durante il regno di Giustiniano tra il 541 e il 543 d.C.. Ma l'episodio che segnò davvero la storia del mondo occidentale fu la grande epidemia di peste nel XII sec. la quale causò la morte di quasi un terzo della popolazione europea contagiando tutto il bacino europeo e Mediterraneo. Lo scoppio dell'epidemia ha una data ben precisa: nel 1347 i marinai genovesi di ritorno dalla città di Caffa in Crimea, portarono la peste nei porti del Mediterraneo. Questa si diffuse in tutta Europa dove rimase endemica per tre secoli almeno, presentandosi a più riprese circa ogni dieci anni. La letteratura è costellata di rimandi ad eventi pestilenziali: Violenta fu l'epidemia a Firenze, descritta da Boccaccio nella cornice del Decamerone, la quale sterminò almeno un terzo della popolazione del continente europeo; Il Manzoni nei Promessi sposi, richiama alla memoria la peste del 1630-1631 che decimò la popolazione di Milano. Epidemie significative si registrarono a più riprese in Europa fino al XVIII sec.

Data la violenza e velocità di diffusione della epidemia di peste, si rivelò molto efficace lo sviluppo di tecniche preventive al fine di limitare il contagio della malattia. Tra queste sin dall'antichità si distinse la quarantena, ossia un periodo di segregazione e di osservazione al quale vengono sottoposti persone, animali e cose ritenuti in grado di portare con sé o trattenere i germi di malattie infettive. La contumacia era un antico metodo di isolamento citato già dalle fonti bibliche per la prevenzione di altre malattie infettive, come ad esempio lebbra. Questo metodo nel XIII sec. fu applicato preventivamente a tutela delle città portuali, luoghi nelle quali provenivano più frequentemente persone per motivi commerciali, e che pertanto si dotarono di specifici luoghi

di accoglienza. Fu il caso della Repubblica di Venezia, il primo stato occidentale dove nel 1468 sorse un lazzaretto³. L'efficacia della quarantena nella prevenzione della peste fece la fortuna del tipo edilizio tanto che ben presto i lazzaretti si diffusero nei porti toccati dalle principali rotte commerciali del mediterraneo, nonché negli empori di terra.

Dal punto di vista insediativo, i lazzaretti venivano edificati all'esterno della città, molto spesso in corrispondenza delle porte di accesso. Questa era una condizione prevalentemente dettata dall'igiene e dalla prevenzione, al fine di evitare il contagio della malattia all'interno della cinta muraria urbana. Benché il primo edificio nasca nella repubblica di Venezia si è scelto in questa sede di analizzare edifici specificatamente costruiti con questa funzione. Pertanto, al fine di descrivere al meglio gli elementi costitutivi il tipo edilizio è utile analizzare uno dei primi edifici che si presentano già maturi.

Il primo esempio riportato è quello del lazzaretto di Milano. Questo edificio fu costruito nel 1489 dai duchi Sforza e rimase in piedi fino alla seconda metà dell'Ottocento. L'impianto edilizio



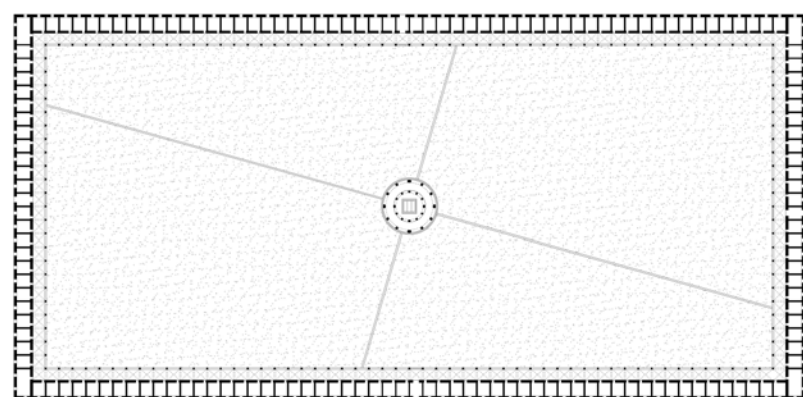
0 10 50 100 250
1.1 Planimetria del lazzaretto di Milano, ridisegno dell'autore su planimetria di L. Beltrami, 1882.

sorgeva all'esterno delle mura urbane, appena attraversata una importante porta urbana. In una fase primigenia questi edifici presentano alcuni caratteri ereditati dalla tipologia edilizia madre, che è quella del complesso claustrale dei monasteri. Gli impianti edilizi sono costituiti mediante una serie di stanze, un cortile solitamente chiuso su tutti i lati, e un elemento centrale polarizzatore rappresentato dal tempietto con l'altare per le celebrazioni religiose. Gli elementi costitutivi del tipo assumono una forte caratterizzazione funzionale: la stanza, l'elemento seriale dell'impianto, presenta dimensioni contenute strettamente funzionali alla vita di una sola persona; il cortile scoperto, su cui si affacciano le celle, utilizzato come area di deposito per le merci soggette a quarantena; infine, l'altare collocato in una posizione visibile da tutte le celle. L'impianto milanese dimostra come in una fase primordiale i complessi edilizi risultassero dalle dimensioni molto grandi e con impianti simmetricamente disposti senza alcuna relazione con l'orientamento solare.

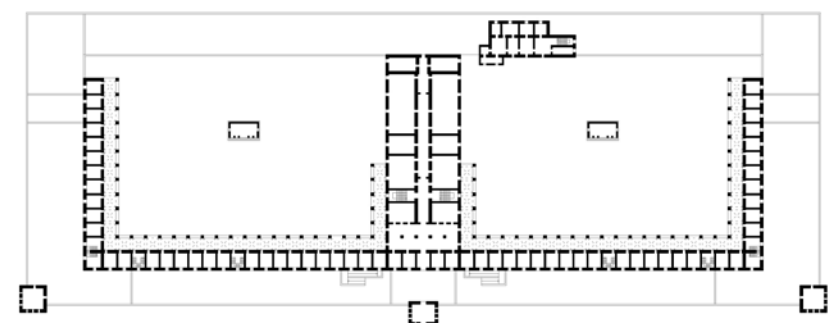
A Verona in anni successivi viene realizzato un lazzaretto che dichiara alcune novità. Il progetto dell'architetto veneto

Sammicheli si compone ancora con un impianto claustrale questa volta su base rettangolare. Il complesso viene realizzato esternamente alla città sull'ansa del fiume Adige ed attualmente risulta in stato di rudere poiché distrutto durante la Seconda guerra mondiale. Distante temporalmente circa un secolo dal precedente il lazzaretto di Verona dimostra un accrescimento nelle conoscenze empiriche di trattamento della malattia. Si introduce infatti una compartimentazione in quattro settori del cortile mediante muri di separazione. Questa netta divisione permise di differenziare la quarantena cautelativa, quella a cui erano soggette le persone e le merci considerate infette, da quella preventiva, destinata al confinamento degli ammalati.

Nel corso del XVI sec. risulta ormai evidente che la presenza di un lazzaretto negli empori commerciali permetteva di non interrompere i traffici commerciali. Pertanto, molte città commerciali si dotarono di questi edifici. Un esempio di questo fenomeno è la costruzione seicentesca del lazzaretto di Genova alla foce del fiume Bissagno. L'impianto edilizio, costruito oltre le mura urbane vicino alla foce di un torrente, risulta orientato



0 5 25 50 125
1.2 Planimetria del lazzaretto di Verona.



0 5 25 50 125
1.3 Planimetria del lazzaretto di Genova foce al Bissagno.

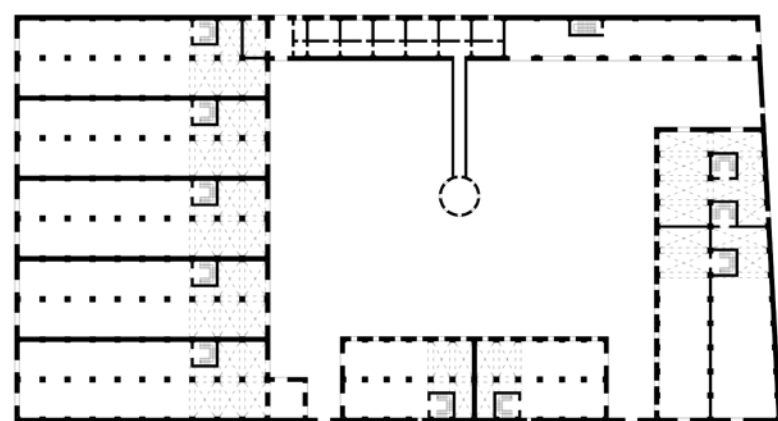
a sud in direzione del mare. Il concetto di compartimentazione qui viene declinato attraverso la duplicazione dei recinti dove affacciavano le stanze degli appestati e dei presunti tali. Inoltre, il raddoppio dell'impianto permise una maggiore specializzazione del braccio centrale, che viene a costituirsi da una serie di vani disposti serialmente dalle dimensioni maggiori, dedicato esclusivamente al trattamento delle merci.

Lo stesso fenomeno avviene nella città portuale di Messina, dove presso la Zona Falcata viene realizzato il lazzeretto su un isolotto artificiale. L'invaso portuale di Messina si organizzava secondo una serie di edifici strettamente specializzati. Il lazzeretto era il luogo dove si esercitava la sorveglianza sanitaria delle navi, le quali attraccavano al porto solo dopo il benestare delle autorità. In questa fase ormai matura è chiaro che il lazzeretto assolve maggiormente alla funzione di edificio per il trattamento delle merci più che di luogo per la contenzione degli infetti. L'edificio in questo caso ha uno spiccato carattere di magazzino. L'impianto perde la simmetria ma si configura comunque secondo uno schema polarizzato attorno ad un cortile. I bracci ortogonali alla

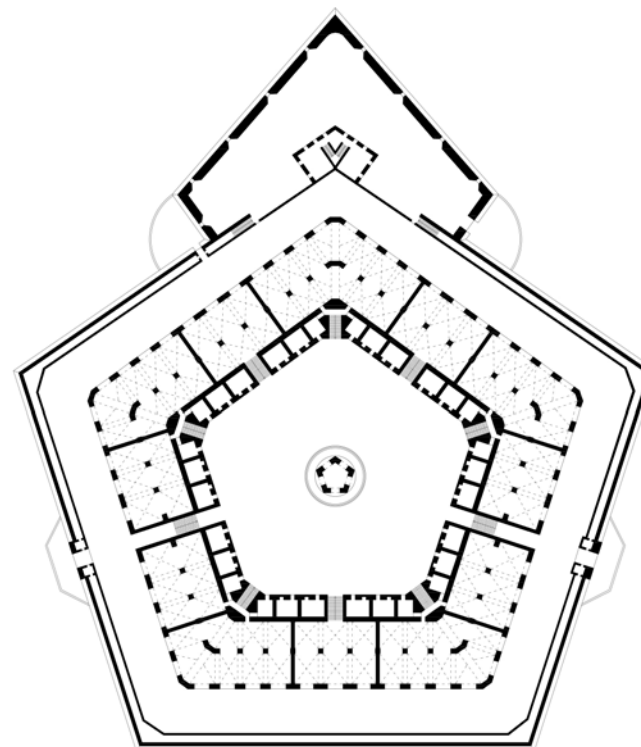
parte scoperta sono formati da spazi voltati per il trattamento delle merci mentre un edificio più alto contiene su più livelli le celle per la quarantena degli ammalati.

Infine, uno degli ultimi edifici cronologicamente realizzati è quello della mole vanvitelliana di Ancona. Realizzata per permettere a questo importante porto sul mar Adriatico dello stato Pontificio di essere competitivo rispetto ai porti commerciali veneziani. Costruito su un isolotto artificiale si presenta di forma pentagonale, ed è costituito da due anelli concentrici entro cui si posizionano verso l'esterno i magazzini delle merci e verso l'interno alcune camere per gli ammalati. Nella parte centrale, posizionato secondo lo schema canonico, troviamo il cortile di forma pentagonale e il tempietto dedicato a san Rocco, elemento generatore dell'impianto polare.

Il lazzeretto in questo caso si specializza maggiormente presentando bastioni e fortificazioni a protezione del porto. La tipologia edilizia del lazzeretto cade in disuso a causa delle scoperte scientifiche in ambito medico che consentiranno un più efficace trattamento della malattia.



1.4 Planimetria del lazzeretto di Messina.



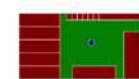
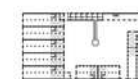
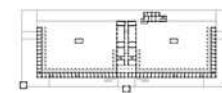
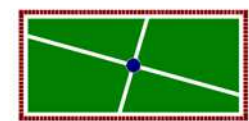
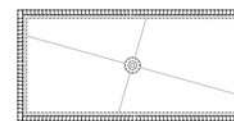
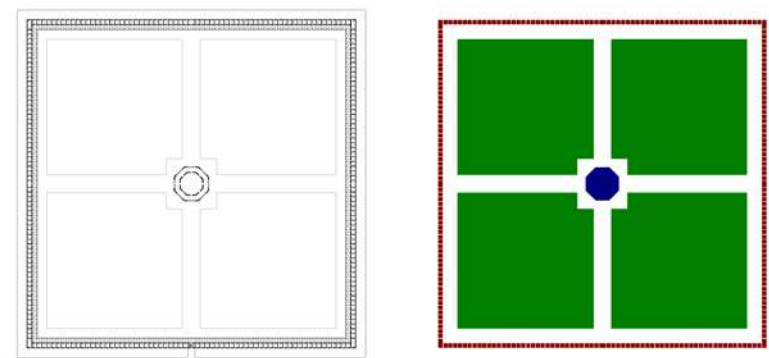
1.5 Planimetria del lazzeretto di Ancona.

alcune osservazioni di natura formale. In particolare, il tipo edilizio del lazzaretto nel corso dei secoli subisce una variazione notevole di scala. Al confronto si nota infatti una riduzione della superficie complessiva degli edifici, passando da edifici molto ampi ad altri più compatti. Tale fenomeno si accentua grazie alla scoperta di metodi di maggiore efficacia per il trattamento delle merci contaminate, e cioè attraverso lo sfruttamento di più livelli in altezza per i magazzini al posto dell'utilizzo di ampi cortili scoperti. Di conseguenza lo spazio esterno, si riduce drasticamente a favore degli spazi coperti. Analizzando invece lo spazio prettamente dedicato agli infermi, si registra una assenza di variazione nelle dimensioni delle stanze che restano pressoché omogenee e si attestano al massimo attorno ai 12 mq senza presentare alcun tipo di servizio. L'elemento accentratore dell'impianto resta immutato nei secoli. Gli elementi caratterizzanti questa tipologia modificano solo la dimensione in base al rapporto dimensionale tra le parti. Da questa analisi delle caratteristiche formali, ben si evince perché il lazzaretto si predisponga soprattutto come un dispositivo della quarantena, atto cioè ad allontanare le persone, permettendo solo ai sopravvissuti il rientro nella società. Il tipo edilizio sopravviverà fino alle soglie del XVIII sec. quando cadde in disuso anche a causa dell'applicazione di stringenti protocolli d'igiene pubblica, che consentirono di eliminare la causa della malattia.

42

Note

1. Questa ambiguità scaturisce dalla parola latina "pestis" che ha il generico significato di epidemia o morbo.
2. Ad esempio, lo storico greco Tucidide nella sua opera sulla Guerra del Peloponneso cita l'epidemia che devastò la città di Atene nel 430 a.C., una malattia non meglio identificata probabilmente afferente alla febbre tifoide; ed ancora, il medico romano Galeno di Pergamo nei suoi scritti parla della peste antoniniana, una violenta epidemia probabilmente di vaiolo che devastò l'impero romano durante il regno dell'imperatore Marco Aurelio tra gli anni 165 e 180 d.C..
3. Il termine lazzaretto deriva dal toponimo dell'isola veneziana di Santa Maria di Nazareth, su cui nel XV secolo sorse un edificio per la quarantena chiamato nazaretto. Per sovrapposizione col nome del personaggio evangelico Lazzaro, appestato per antonomasia, la parola mutò poi in lazzaretto.



0 25 125 250 650

1.6 Confronto planimetrico degli impianti edilizi, e diagrammi compositivo funzionali: in rosso spazi della contumacia di merci e persone, in verde spazio esterno scoperto, in blu tempio per le celebrazioni religiose.

43

1.2 La TBC e il sanatorio: le cure polmonari e i luoghi delle esposizioni

La tubercolosi, conosciuta anche con l'abbreviazione di TBC, è una malattia infettiva e contagiosa. La natura batterica della malattia venne scoperta solo nel 1882, quando il medico tedesco Heinrich Hermann Robert Koch riuscì a riconoscere il *Mycobacterium tuberculosis*, un batterio gram positivo, strettamente aerobio, non capsulato, al quale si diede nome di bacillo di Koch.

La malattia di tubercolosi colpisce principalmente l'apparato respiratorio ed in particolare i polmoni. Questa si trasmette attraverso goccioline, i cosiddetti droplets, di saliva emesse dal portatore dell'infezione durante la fonazione, i colpi di tosse, gli sputi e gli starnuti. Le infezioni del batterio in un organismo sano ed in salute vengono solitamente spente sul nascere dal sistema immunitario. Tuttavia, la malattia può presentarsi in forma violenta ed affliggere gli organismi più deboli di tutte le età.

La forma più frequente di tubercolosi è senza dubbio quella polmonare, nonostante la malattia possa interessare anche altri organi. La tubercolosi polmonare si manifesta con sintomi a carico dell'apparato respiratorio. Tra questi la tosse, solitamente secca, è uno dei disturbi più comuni associati alla malattia. Se la tubercolosi polmonare non viene trattata, nel tempo possono comparire anche: emottisi (emissione di sangue con l'espettorato) e difficoltà respiratorie. Altri sintomi della tubercolosi abbastanza comuni sono febbre, dolore al torace, aumento della sudorazione, inappetenza, perdita di peso. Gran parte delle persone contagiate dai micobatteri tubercolari non svilupperanno mai la tubercolosi, guariscono senza ricorrere ad

alcun tipo di terapia. Quando subentra la malattia si distinguono due casi: la tubercolosi latente (o infezione tubercolare) e la tubercolosi attiva (o malattia tubercolare). Nel primo caso, i batteri rimangono nell'organismo in uno stato latente non compromettendo evidentemente la salute dell'individuo che non appare contagioso né presenta alcun sintomo. La tubercolosi attiva si trasmette con facilità e determina sintomi spesso gravi. Se non viene trattata tempestivamente ed in modo adeguato, la tubercolosi può essere fatale. In uno stadio iniziale, tende a colpire i polmoni, mentre in seguito può diffondere in altre parti del corpo attraverso il flusso sanguigno, determinando complicanze. Oltre a danni polmonari irreversibili, possono quindi comparire forti dolori ossei, meningite, fino alla cosiddetta tubercolosi disseminata o miliare, una grave complicanza in cui la malattia è diffusa in tutto il corpo.

La malattia è nota a tutte le antiche civiltà, da quella indiana fino a quella egizia, ma i sintomi vengono descritti per la prima volta dai greci¹. Ciò che apparve subito evidente agli occhi degli antichi era che la malattia conduceva il corpo umano ad uno stato repentino di deperimento.

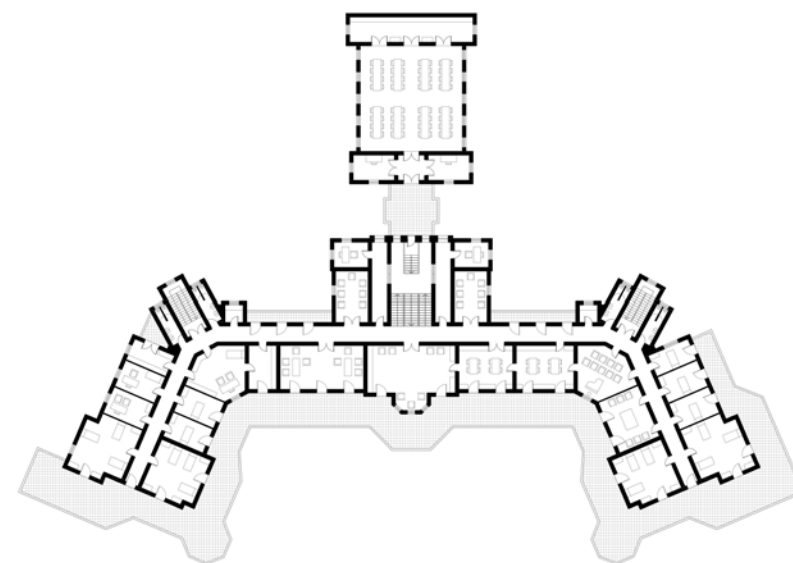
Venne pertanto denominata con il termine generico di consunzione, quella famiglia di malattie che producevano proprio questo tipo di deperimento. A differenza di quanto accadeva per altre malattie epidemiche, la tubercolosi si dimostrò di difficile diagnosi e soprattutto non fu sin da subito chiara l'effettiva contagiosità fino a tutto l'Ottocento. L'idea di isolare i malati di tubercolosi in appositi luoghi di cura nacque in Inghilterra dove il primo sanatorio venne fondato nel 1751. Durante tutto il XIX sec., vi fu in Italia un solo sanatorio, il S. Luigi di Torino, sorto nel 1818 per permettere di accogliere una gran quantità di malati, ma con scarse finalità terapeutiche². Solo nella seconda metà dell'Ottocento nel cuore dell'Europa, soprattutto nei paesi afferenti all'area culturale tedesca, si sviluppa un ampio fenomeno di diffusione di alcune cliniche private dove si sperimenta un nuovo genere di cure.

I primi studi in ambito medico dimostrarono l'efficacia dell'esposizione dei pazienti per molte ore al giorno all'aria ed al sole diretto. L'efficacia delle cure di esposizione polmonare dipendeva direttamente dalla durata del trattamento. Si dimostrò particolarmente efficace il trattamento in località montane o marittime e pertanto, si sviluppò nel corso del XIX secolo un

fenomeno ascrivibile al turismo sanitario verso alcune località montane soprattutto afferenti alla zona alpina. Questa prima categoria di edifici si configura principalmente come luogo sereno di villeggiatura. I trattamenti non prevedevano terapie cliniche ma consistevano essenzialmente in soggiorni prolungati in località montane particolarmente soleggiate.

Questo fenomeno investì solo in parte la popolazione poiché soltanto le classi sociali economicamente abbienti accedevano alle costose cure. Si può definire questo fenomeno come l'embrione di un turismo sanitario che interessò dapprima una fetta di popolazione molto esigua in grado cioè, di provvedere economicamente alle cure.

Il sanatorio nasce in ambito tedesco e svizzero derivando direttamente dagli edifici degli hotel montani. Questi sono tutti collocati in contesti extraurbani e immersi in condizioni naturali privilegiate, come parchi e boschi. La struttura dell'hotel alpino ben si prestava alla necessità di garantire spazi riservati per ogni ammalato poiché si tratta di edifici multipiano, con un piano dedicato alla hall e i servizi comuni, e le stanze dislocate



1.7 Planimetria del sanatorio Hohenhonnef in Renania.

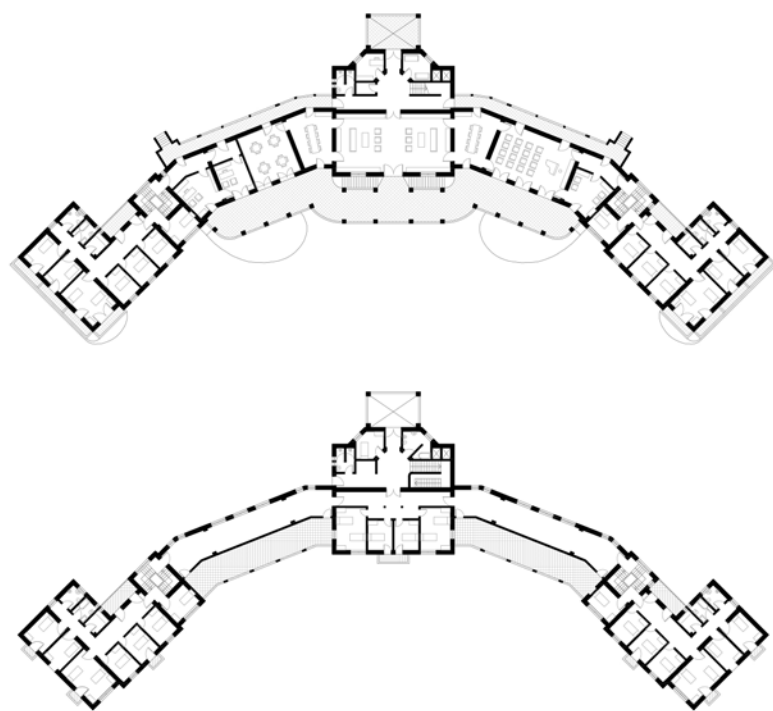
lungo ballatoi o corridoi di distribuzione. Il sanatorio, derivando dall'hotel alpino, introduce alcuni caratteri distintivi funzionali alle cure polmonari. Primo tra tutti è l'introduzione di uno spazio dedicato alle esposizioni dei malati all'aria e alla luce solare diretta: la veranda collocata in ogni livello dell'impianto edilizio e sempre posizionata con esposizione solare privilegiata a Sud. Data l'estrema compressione temporale tra la nascita e la definitiva crisi del tipo edilizio, risulta utile riportare alcuni casi che mostrano la graduale caratterizzazione del sanatorio come tipologia edilizia a sé rispetto a quella dell'edificio multipiano dell'hotel alpino.

Un primo edificio esemplare è il sanatorio Hohenhonnef nella Renania centrale. Questo edificio si presenta con un impianto planimetrico tipico degli hotel ad ali. Due bracci laterali presentano una serie di ambienti alle estremità adibiti a camere. In questa fase primigenia le stanze presentano una differente composizione e si configurano sia come singole, che come doppie che come appartamenti comuni. La veranda si colloca lungo la facciata sud e si mostra come lo spazio abbastanza

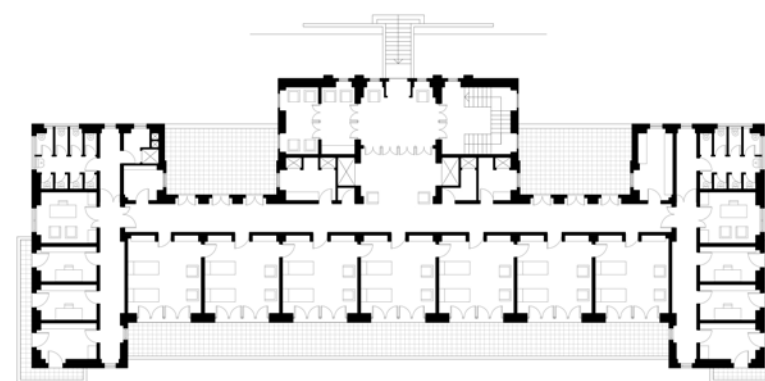
profondo, di quasi tre metri di larghezza, utile a contenere i lettini su cui venivano collocati gli ammalati. I servizi medici e gli spazi collettivi vengono a collocarsi nel blocco centrale e comunque rivolti verso la parte nord dell'edificio, quella meno frequentata dagli ospiti.

In Italia il primo sanatorio è realizzato nel 1903 nelle località alpine della Valtellina, luogo nel quale sorge il sanatorio di Pineta di Sortenna. L'importazione della tipologia dall'area tedesca è dimostrata dall'aderenza dell'impianto ai caratteri tipici della tipologia: la distribuzione delle camere degli ammalati lungo le due ali dell'edificio, la presenza della veranda e dei vani accessori in questo caso nel blocco centrale. Qui le camere risultano occupare le estremità delle ali dell'edificio ed essere non in diretta adiacenza rispetto alla veranda.

Una evoluzione sostanziale del tipo avviene attraverso un graduale processo di statalizzazione della lotta alla tubercolosi. Questo fenomeno avviene a cavallo fra il XIX e il XX sec. in tutta Europa sotto le forti spinte della ricerca medico scientifica, la quale aveva ormai chiara l'importanza della lotta alla tubercolosi.



1.8 Planimetrie del sanatorio di Pineta di Sortenna in Valtellina. In alto planimetria del piano terra, in basso planimetria del piano tipo.



1.9 Planimetria del padiglione modello del villaggio sanatoriale di Sondalo in Valtellina.

A dare un grande spinta, furono inoltre le conseguenze della Prima guerra mondiale durante la quale la tubercolosi aveva rappresentato un grande nemico per le truppe in trincea.

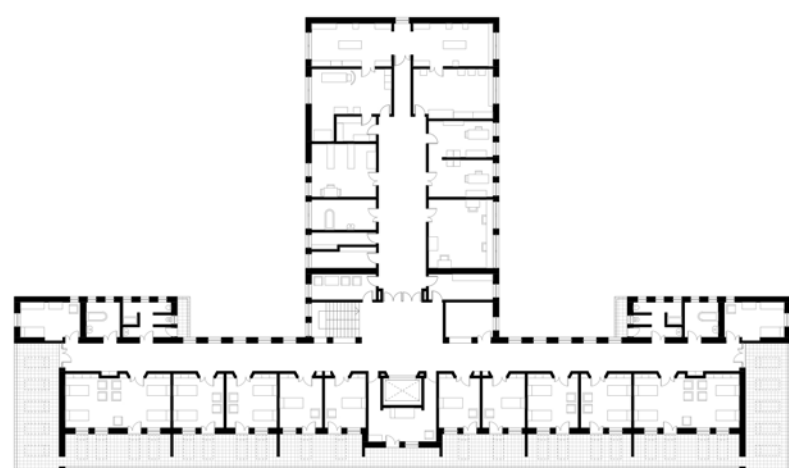
Con l'istituzione della rete sanatoriale, l'Italia si dotò di uno strumento per debellare la malattia e fornire cure anche alle classi sociali meno abbienti. Il governo, attraverso l'INPS, finanziò la costruzione di colonie sanatoriali statali e successivamente dispensari antitubercolari. Iniziò pertanto la stagione delle colonie sanitarie come il villaggio sanatoriale di Sondalo in Valtellina.

Questo grande complesso formato da più padiglioni è composto essenzialmente da un modello ripetuto nell'impianto e nell'orientamento, rigorosamente privilegiando l'esposizione a Sud. All'analisi del singolo padiglione si può notare come negli impianti edilizi di nuova concezione verrà dato maggiore spazio alla modularità delle stanze, riconoscendo un unico tipo di camera singola, e all'avvicinamento del blocco stanze alla veranda delle esposizioni. Conseguenza di questo è il progressivo allontanamento verso le estremità dell'edificio dei

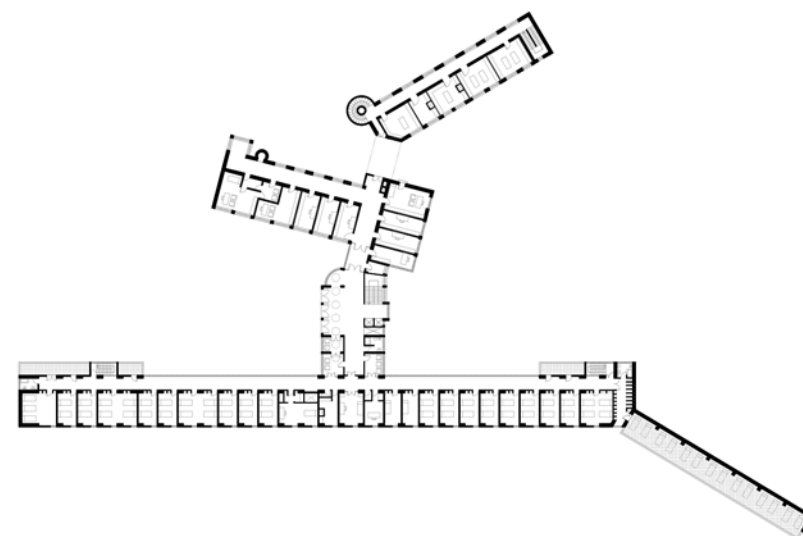
servizi collettivi e dei servizi generali.

Questo genere di innovazioni non passò inosservato nell'ambito tedesco al punto che anche le località svizzere si dotarono anch'esse di colonie sanatoriali, come quella di Davos. Proprio in questa località sorge il sanatorio Clavadel che può essere definito un esemplare canonico di edificio sanatoriale. L'edificio prevedeva la completa specializzazione del fronte meridionale, ospitante la veranda in relazione diretta con le stanze, mentre la parte esposta a nord si configura come una estroflessione ruotata ortogonalmente in cui vengono inseriti gli spazi comuni e i servizi medici. Questo tipo viene classificato come sanatorio a "T" a causa della presenza di due ali rettilinee intersecate dal blocco servizi rivolto a nord.

Il tipo a "T" rappresenta lo stadio finale nella rapida evoluzione del sanatorio alpino al punto da diventare un archetipo riconosciuto anche in ambiti culturali differenti. Ne è un chiaro esempio il sanatorio di Paimio progettato dall'architetto finlandese Alvar Aalto, il quale ripropone, secondo il linguaggio architettonico dell'autore, quanto codificato dal punto di vista tipologico in



1.10 Planimetria del sanatorio Clavadel a Davos, Svizzera.



1.11 Planimetria del sanatorio di Paimio, Finlandia, progettato dall'architetto Alvar Aalto.

ambito culturale centro europeo. In particolare, l'impianto edilizio si scompone nelle sue parti legate tra loro in maniera paratattica. Sono così chiaramente riconoscibili come blocchi posti in connessione: il blocco delle stanze esposto a sud, la veranda per le esposizioni in adiacenza alle stanze, il sistema dei servizi per i degenti divisi tra servizi sanitari e generali disposti secondo lo schema dell'impianto a "T" con esposizione a nord.

L'analisi comparativa degli impianti edilizi descritti permette di definire alcune osservazioni di natura morfologica. Il tipo del sanatorio si configura come un edificio multipiano a carattere prevalentemente residenziale con pochi servizi medici. La tipologia edilizia, nel corso del tempo mantiene una scala pressoché invariata, proprio in forza della natura prevalentemente abitativa.

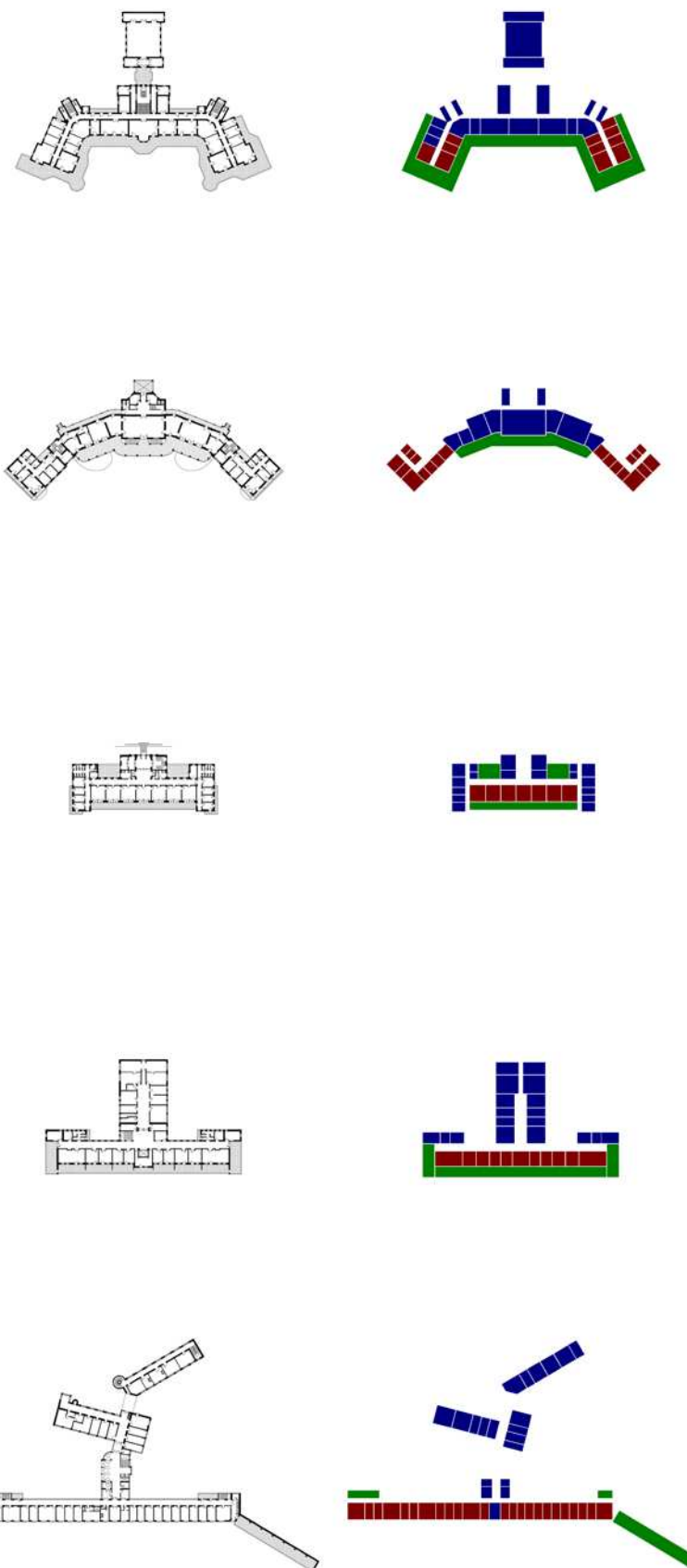
Si registra una notevole variazione del tipo di stanza, la quale tende, nelle fasi più avanzate, ad un carattere maggiormente seriale, se non modulare, all'interno degli edifici. Il processo di maturazione del tipo corrisponde alla codifica degli elementi secondo una concatenazione spaziale ben delineata: lo spazio delle stanze finisce per aderire alla veranda per le esposizioni dei malati, collocata sempre in corrispondenza del sud, mentre i servizi si posizionano tutti in una posizione antipodale rispetto a questa.

Il tipo sanatoriale, pur scomparendo a metà degli anni Quaranta a causa dello sviluppo di terapie farmacologiche antitubercolari, rimane comunque utilizzato come padiglione all'interno della facies compositivo-formale degli spazi ospedalieri di tutto il Novecento.

Note

1. Ippocrate di Coa chiama la malattia tisi, in greco antico $\phi\theta\acute{\iota}\sigma\iota\varsigma$ col significato di deperimento, descrivendone i sintomi e considerandola come la più grande di tutte le malattie, quella che più uccide.

2. Cfr. Del Cutro D., (2011), *Il sanatorio alpino, architetture per la cura della tubercolosi dall'Europa alla Valtellina*. Aracne.



0 5 25 50 125
 1.12 Confronto planimetrico degli impianti edilizi e diagrammi compositivo funzionali: in rosso spazi delle camere, in verde spazio esterno della veranda per le esposizioni, in blu i servizi generali ed assistenziali.

1.3 L'alienazione e il manicomio: l'emarginazione sociale e i luoghi delle eterotopie

Le società umane in ogni epoca si sono fondate sulla consapevolezza dell'individuo, in quanto elemento minimo costitutivo della società stessa. In questo senso la persona è riconoscibile come parte del suo gruppo. L'individuo si sente conforme e partecipa della collettività allorché aderisce ad una serie di canoni comportamentali, etici e morali che dipendono strettamente dal proprio retaggio culturale.

Per tale ragione, tutti gli individui che si discostano da questo modo di essere sono stati continuamente oggetto di emarginazione. Il diverso si manifesta come estraneo al gruppo per caratteristiche che possono essere le più disparate. In questo senso, la presenza di particolari condizioni della sfera psicologica e psichiatrica dell'uomo ha rappresentato all'interno delle civiltà uno dei principali motivi di emarginazione sociale.

Per secoli con il termine alienati, derivato dal sostantivo latino *āliēnus*, di significato estraneo, appartenente agli altri, ci si è riferiti agli individui con infermità mentale attraverso un termine che segna un profondo senso di emarginazione sociale.

Gli alienati erano gli emarginati poiché non aderenti ai canoni di comportamento comuni. A causa di questo tipo di stigma sociale la soluzione maggiormente escogitata dalla collettività è spesso coincisa con l'abbandono e la mancanza di cure specifiche. La follia al pari delle malattie epidemiche, genera una rottura tra individuo e collettività. Il senso di stigma sociale si traduce nelle diverse culture soprattutto attraverso due atteggiamenti: il controllo e l'allontanamento.

Da questa consapevolezza morale si sono mosse una serie di azioni sociali e politiche che hanno portato alla configurazione

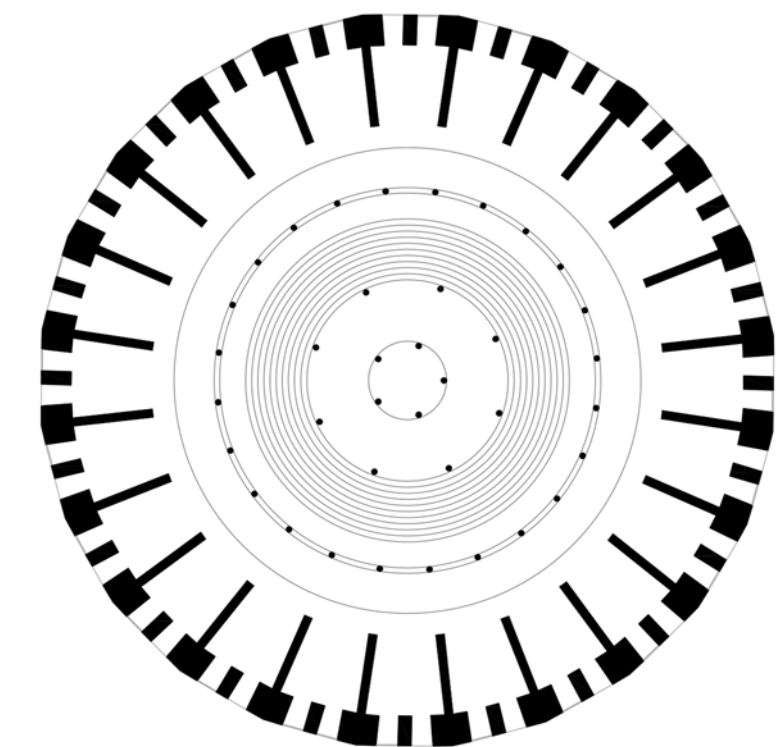
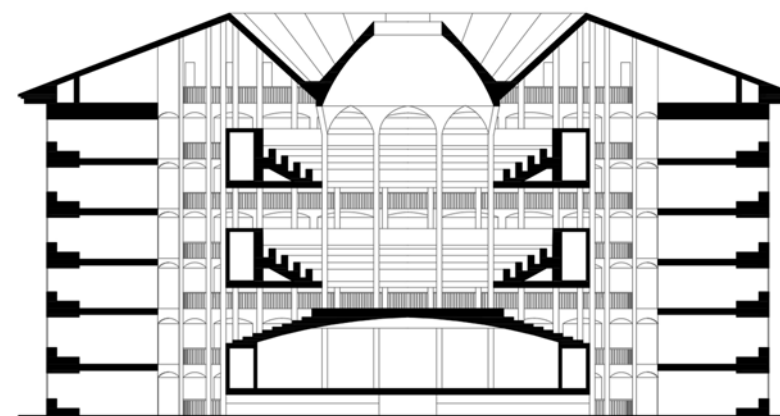
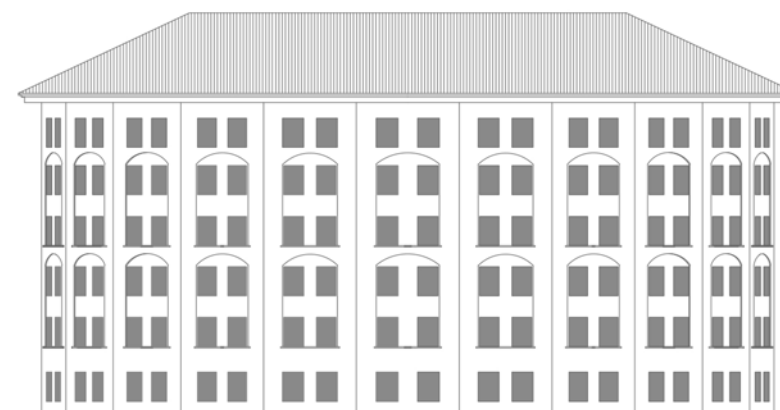
formale di luoghi per gli alienati. Questa nuova stagione ebbe inizio solo a seguito della rivoluzione industriale, quando gli stati europei acquisiscono consapevolezza della dimensione del fenomeno sociale, al punto di pretendere una risposta spaziale a questa criticità.

Le scarsità di conoscenze mediche in campo psichiatrico, analogamente a quanto avvenuto per alcune epidemie, si configurò come un limite della medicina nel trovare una risposta. Ancora una volta solo una condizione spaziale ed architettonica seppe trovare una risposta soddisfacente per la collettività. In questo contesto nacquero in Europa a partire dal XIX sec. una serie di edifici dalle denominazioni più varie: dapprima asili, poi manicomi ed infine ospedali psichiatrici. Questa categoria molto eterogenea di edifici prevede anzitutto di poter esercitare il controllo, inteso come vigile sorveglianza, del soggetto. Non è un caso se molto spesso negli edifici analizzati di seguito si riscontreranno delle analogie morfologiche con altri luoghi del controllo.

Le teorie sociologiche sugli spazi del controllo influenzarono molto gli sviluppi dell'edilizia degli ospedali psichiatrici. In particolare, il modello del Panopticon¹ venne ampiamente riproposto all'interno degli edifici sin dalle prime sperimentazioni. Al pari di altri edifici per il contenimento e l'emarginazione, gli ospedali psichiatrici vengono normalmente a collocarsi ai margini dell'abitato o in condizioni extraurbane. Il progressivo allontanamento dalla società, il desiderio di avere il controllo sugli abitanti e la netta separazione tra i soggetti che vivono la città e quelli che invece vivono il manicomio divengono aspetti del palinsesto compositivo e formale di questi luoghi.

Questa condizione è ben descritta dal termine eterotopia coniato dal filosofo francese Michel Foucault: «[...] Ora, fra tutti questi luoghi che si distinguono gli uni dagli altri ce ne sono alcuni che sono in qualche modo assolutamente differenti; luoghi che si oppongono a tutti gli altri e sono destinati a cancellarli, a compensarli, a neutralizzarli o a purificarli. Si tratta in qualche modo di contro-spazi.»².

Le eterotopie sono quegli spazi che hanno la particolare caratteristica di essere connessi a tutti gli altri spazi, ma in modo tale da sospendere, neutralizzare o invertire l'insieme dei rapporti che essi stessi designano, riflettono o rispecchiano. Per il filosofo è eterotopico lo specchio, luogo reale ed inaccessibile



0 1 5 10 25
1.13 Planimetria, sezione e prospetto del modello ideale di Panopticon di Jeremy Bentham.

in cui la propria immagine è presente anche se irraggiungibile. Proprio come lo specchio ha il suo simmetrico nel mondo reale, l'eterotopia è simmetria rispetto al concetto di utopia, e come il suo simmetrico inverso, il concetto di eterotopia designa luoghi aperti su altri luoghi, luoghi la cui funzione è di far comunicare tra loro degli spazi.

Foucault articola in sei principi le modalità specifiche delle eterotopie: Il primo principio sottolinea il carattere di costante universale, le eterotopie sono presenti in tutte le società in ogni tempo; Il secondo riguarda le variazioni particolari dovute a componenti storiche o geografiche delle eterotopie; Il terzo principio evidenzia la possibilità di sovrapposizione delle eterotopie in un solo luogo; Il quarto principio riguarda l'analogia tra le eterotopie e le eterocronie, occasioni in cui i tempi differenti si sovrappongono come ad esempio nelle biblioteche, nei musei, nei monumenti i quali mirano a sospendere, congelare e arrestare il flusso del tempo; Il quinto principio mostra che ogni eterotopia è fondata su un sistema d'apertura e di chiusura che al contempo la isola e la rende penetrabile, come nel caso di situazioni rituali e religiose oppure di disposizioni rigorose e restrittive di sicurezza, come nelle carceri. il sesto principio, infine, insiste sulla funzione propria dello spazio eterotopico nel suo correlarsi allo spazio esteriore, sia nella forma dell'illusione sia nella forma della compensazione.³

In questo senso lo spazio dell'ospedale psichiatrico, in quanto eterotopia, si configura come il luogo perfetto per la collocazione degli alienati, i quali rappresentano persone che, pur appartenendo ad una società, sono presentate come qualcosa di diverso. L'Ospedale Psichiatrico diviene il contenitore di tutti coloro che vengono considerati alienati indipendentemente dalla loro condizione fisica, psicologica, sociale o economica. L'azione primaria che il manicomio si trova a compiere è quella dell'allontanamento e la reclusione dei malati. In tal senso gli spazi costruiti sono finalizzati a negare la libertà del singolo a favore della libertà della collettività.

Scrive Foucault: «[...] penso che l'architettura possa produrre, e produce, degli effetti positivi allorché le intenzioni liberatorie degli architetti coincidono con la pratica reale delle persone nell'esercizio della loro libertà»⁴.

La negazione della libertà del singolo si manifesta anche attraverso un'ulteriore caratteristica dei luoghi: i manicomi

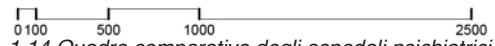
hanno sin dalle origini la tendenza ad annullare ogni differenza tra i suoi abitanti ed a considerare l'individuo come un soggetto privo di personalizzazione.

Nel presente studio si riporta una analisi comparativa di alcuni esempi che sono stati assunti dall'autore come casi studio capaci di evidenziare una certa evoluzione formale all'interno della travagliata storia che ha interessato gli ospedali psichiatrici a partire dal XVIII sec. fino allo smantellamento della istituzionalizzazione, avvento grazie alle lotte del medico Franco Basaglia, che portò nel 1978 alla chiusura degli ospedali psichiatrici in Italia.

L'operazione effettuata in questa sede ha riguardato la ricognizione del materiale archivistico⁵ relativo agli ospedali psichiatrici, soprattutto in ambito italiano e propone una catalogazione degli impianti edilizi secondo alcune categorie meglio esplicitate in seguito.

In Italia la legge che regolamentava l'istituzione manicomiale per tutto il Novecento era la legge n. 36 del 1904. (Legge riguardante disposizioni sui manicomi e sugli alienati.), la quale attribuiva in maniera esclusiva la custodia degli alienati agli istituti manicomiali. Per dare un ordine di grandezza occorre evidenziare che nel 1978, in Italia c'erano ancora 98 ospedali psichiatrici che ospitavano quasi novantamila persone. Il presente studio ha pertanto, selezionato e ricondotto, mediante una operazione di ridisegno critico, circa cinquanta edifici e complessi manicomiali a delle categorie formali. La distribuzione degli impianti è omogenea su tutta la penisola italiana e non si riscontra un qualche tipo di particolarismo regionale nella facies degli edifici. Allo stesso modo è possibile affermare che negli impianti edilizi non vi sia una particolare preferenza rispetto all'orientamento solare.

Ad una prima comparazione risulta sin da subito evidente quanto sia eterogeneo il fenomeno e come la costruzione di questi luoghi sembri non aderire ad una tipologia edilizia ben definita. Anche la scala degli impianti edilizi risulta ampiamente eterogenea, confermando il mancato sviluppo di una opinione comune su un determinato tipo edilizio. Risulta pertanto necessario ricondurre una descrizione del fenomeno ad una scala più ravvicinata, cercando di esplicitare alcuni comportamenti ripetuti nella composizione degli edifici nonché le principali novità introdotte. Uno dei primissimi manicomi di cui ci siano tracce documentarie



1.14 Quadro comparativo degli ospedali psichiatrici esaminati.

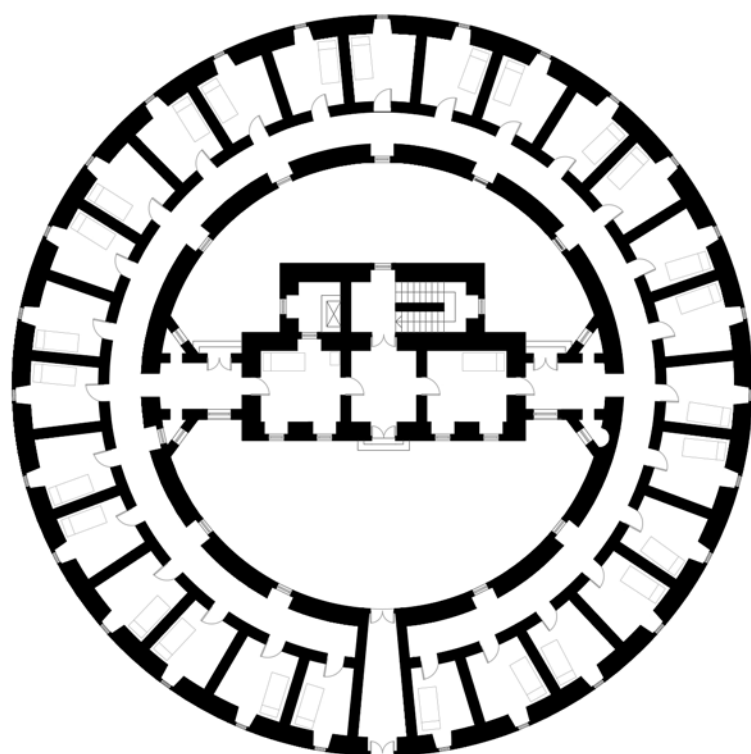
è un edificio denominato Narrenturm, in tedesco torre dei pazzi, collocato nella città austriaca di Vienna. L'edificio venne costruito nel 1784 e si collocava vicino al sito del vecchio Ospedale Generale di Vienna. Consisteva in un edificio circolare a cinque piani simile a una fortezza con 28 stanze disposte ad anello. Le camere prevedevano finestrate a fessura. L'edificio conta un totale di 139 celle individuali organizzate sul modello del Panopticon. Il Narrenturm, in una condizione ancora embrionale, rappresenta la primigenia fase di riconoscimento del problema sociale da parte dello Stato, quando cioè i governi discernono per la prima volta i folli dai poveri ed i mendicanti. L'edificio si dimostra chiaramente più simile ad un carcere anche per via del fatto che i malati erano spesso incatenati e legati ai letti.

Evidentemente in una prima fase questi edifici risentono dell'influenza degli impianti carcerari e prevedono pene punitive e rieducative per i comportamenti esagitati dei soggetti. Un esempio più tardo è quello del manicomio tedesco di Illenau, nel Baden, vicino al piccolo villaggio di Achern. L'edificio, fondato dal filantropo Wilhelm Roller, sorse negli anni Trenta dell'Ottocento,

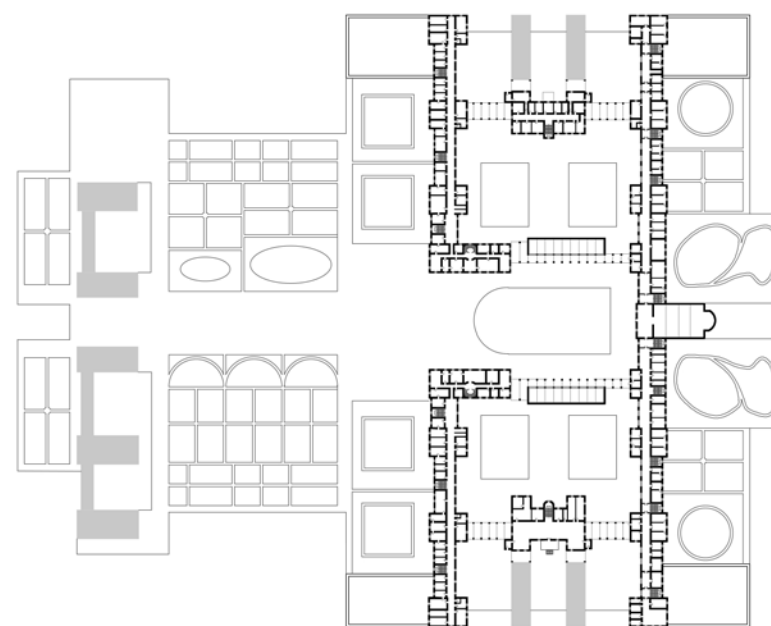
su progetto di Johann Hans Voss.

Il complesso risulta costituito secondo un impianto simmetrico che individua una divisione tra sessi dei malati. Le due ali dell'edificio sono composte attraverso la concatenazione di piccoli blocchi interrotti dalla distribuzione verticale dei vani scala. Le stecche si dispongono definendo una serie di spazi a corte circoscritti. La dove le stecche si interrompono l'edificio descrive invece un patio sulla campagna circostante. Proprio il rapporto dell'edificio con la condizione naturale della campagna circostante, nonché degli ampi spazi verdi, trattati come un giardino formale, inaugureranno la stagione dei grandi complessi ospedalieri extraurbani, nella convinzione generale che il rapporto con lo spazio aperto avrebbe assicurato al malato un'ambiente sereno in cui ritrovare la tranquillità.

L'utilizzo della simmetria nella composizione dei volumi si configura come una caratteristica ricorrente nell'edilizia degli ospedali psichiatrici. Impianti simmetrici con bracci laterali, divisi anzitutto per sesso e secondariamente per gravità del quadro clinico dell'ammalato, si riscontrano nei primi anni del Novecento.



0 1 5 10 25
1.15 Planimetria del Narrenturm.



0 10 50 100 250
1.16 Planimetria del manicomio di Illenau presso Achern.

È questo il caso dell'ospedale neuropsichiatrico provinciale di Piacenza. L'edificio sorge in ampliamento ad un ex convento, il quale venne adibito a istituto manicomiale. A partire dagli anni Trenta del Novecento il complesso vide una serie di successivi ampliamenti. L'impianto si configura simmetricamente generato attraverso una distribuzione centrale aperta a spina. Da questo portico, si diramano sei bracci ortogonalmente disposti ed iscritti all'interno di un sistema recintato con muri di separazione. La presenza dei muri aveva anzitutto una ragione igienica, e permetteva il contenimento dei pazienti, che spesso soffrivano anche di malattie contagiose.

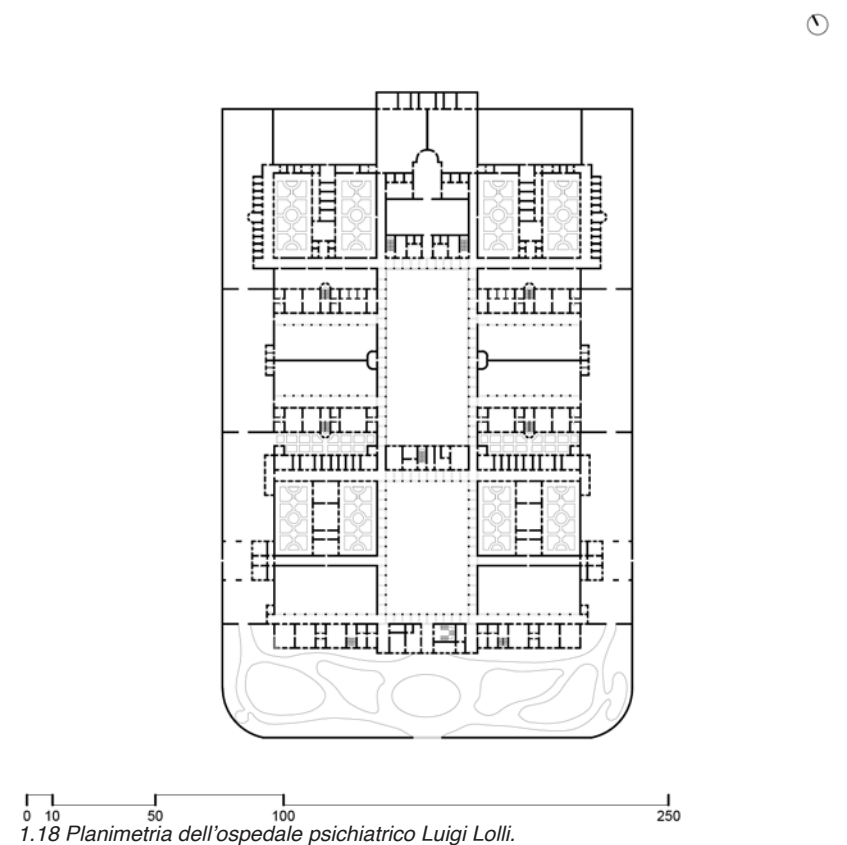
La natura dei blocchi risulta alquanto differente a causa dell'ampio periodo di tempo entro cui sono stati realizzati gli ampliamenti: vi sono grosse camerate comuni per gli edifici più vecchi, mentre reparti con compartimenti a stanze singole nel blocco realizzato più di recente. L'ospedale psichiatrico si componeva inoltre di alcuni edifici sparsi del tipo a padiglione indipendente, come quello del dispensario antitubercolare ad ovest dalla forma a "L". La distribuzione dell'asse centrale definisce inoltre alcune

parti cospicue come gli spazi delle infermerie, gli uffici della direzione.

La maggior consapevolezza della materia psichiatrica, unita alle nuove conoscenze in campo psicanalitico raggiunte a cavallo tra XIX e XX sec. permise ai medici di ricostruire differenti quadri clinici degli alienati. Il progresso della scienza medica consentì agli impianti edilizi di dotarsi di una maggiore specializzazione delle parti.

Un primo timido esempio di questo è riscontrabile nel complesso ospedaliero provinciale Luigi Lolli di Imola, il quale si compone secondo una serie di edifici disposti in maniera parallela tra loro, simmetricamente rispetto ad una successione di spazi vuoti. L'utilizzo del padiglione, in questo caso ancora in una forma embrionale collegata attraverso delle gallerie coperte al resto del complesso, consente di sviluppare una notevole differenziazione planimetrica.

Lo schema si fa rigido nei volumi, simmetricamente iscritti all'interno di una maglia rettangolare, ma più disinvolto nella pianta, la quale prevede ampie camerate per alcuni



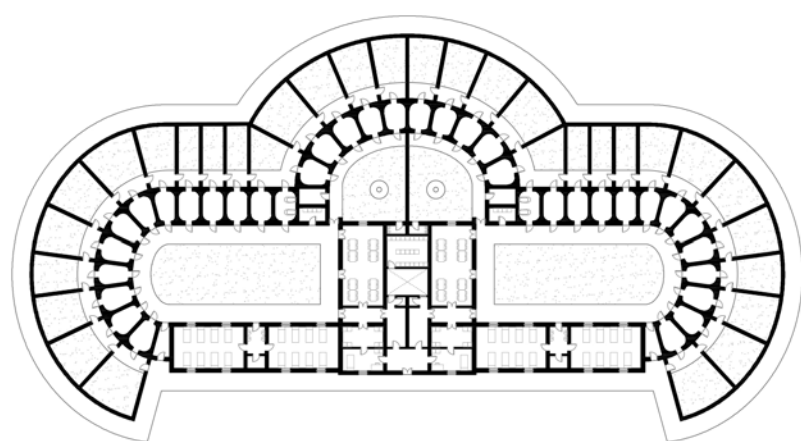
pazienti, quelli solitamente considerati tranquilli, mentre spazi compartimentati per l'isolamento degli agitati.

Gli edifici dimostrano comunque ancora un notevole interesse per il controllo e la contenzione dei malati, specialmente quelli frenetici. A questo proposito nascono edifici specializzati per il trattamento dell'isolamento.

Questo genere di strutture, solitamente si dispongono in edifici separati del complesso ospedaliero oppure in corrispondenza della terminazione dell'impianto. In Italia, l'ospedale psichiatrico San Niccolò di Siena sarà il primo ad ospitare un padiglione interamente dedicato all'isolamento. Il padiglione Conolly, costruito tra il 1870 e il 1876 su progetto dell'architetto Francesco Azzurri venne dedicato alla cura e al trattamento dei pazienti più gravi e violenti, i cosiddetti "clamorosi".

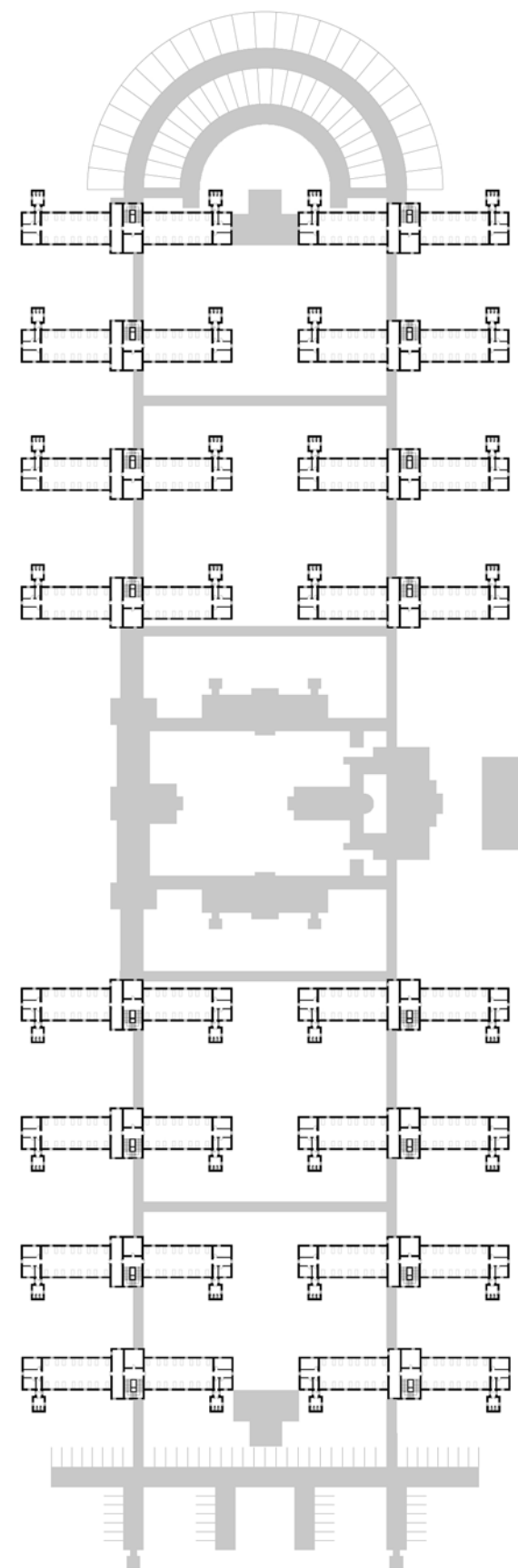
Benché l'edificio sia concepito come il più restrittivo dell'ospedale, il suo nome deriva da quello dello psichiatra inglese John Conolly, che promosse terapie umane e non coercitive. Il padiglione si configura come uno dei pochi esempi di edificio a Panopticon di tipo non carcerario. Si compone di tre lobi con terminazione

66



1.19 Planimetria del padiglione Conolly presso l'ospedale psichiatrico di San Niccolò di Siena.

67



1.20 Planimetria dell'ospedale psichiatrico Pietro Pisani di Palermo.

semicircolare tipica del panottico. Le stanze che compongono l'edificio presentano gli angoli smussati per evitare fenomeni di autolesionismo. Al paziente era riservato uno spazio esterno a giardino, anche se questo era utilizzato solo come spazio di contemplazione visibile dall'unica finestra della cella.

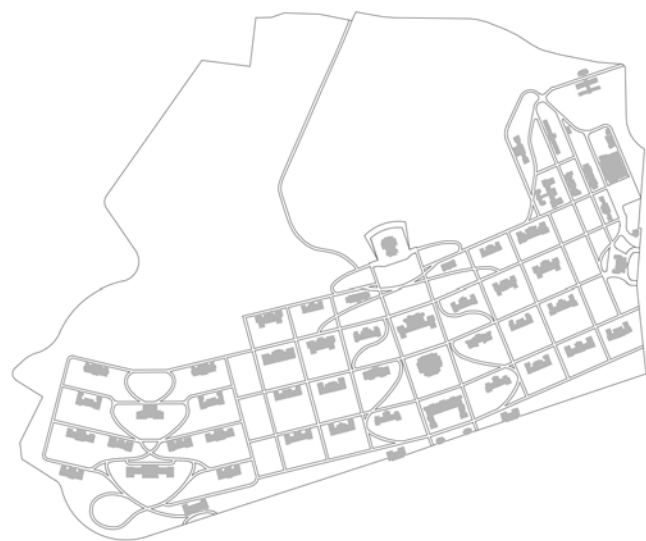
Il padiglione Conolly non è il solo esempio di utilizzo esplicito del modello del Panopticon. Anche nell'ospedale psichiatrico provinciale di Voghera e nell'ospedale Pietro Pisani di Palermo si ritrovano forme di questo tipo. I due complessi sono costruiti l'uno su modello dell'altro e pertanto risultano molto simili. Si compongono di una struttura binata di padiglioni disposti lungo un doppio pettine con un'asse centrale di distribuzione comprendente i principali servizi. La terminazione degli impianti edilizi prevede l'inserimento di strutture a panottico analoghe a quelle già viste in precedenza.

Questa tipologia associa ad un uso modulare del padiglione del tipo a camerata, che si dispone in maniera modulare e ripetuta lungo tutto l'impianto, l'utilizzo della struttura panottica, posizionata a terminazione della serie.

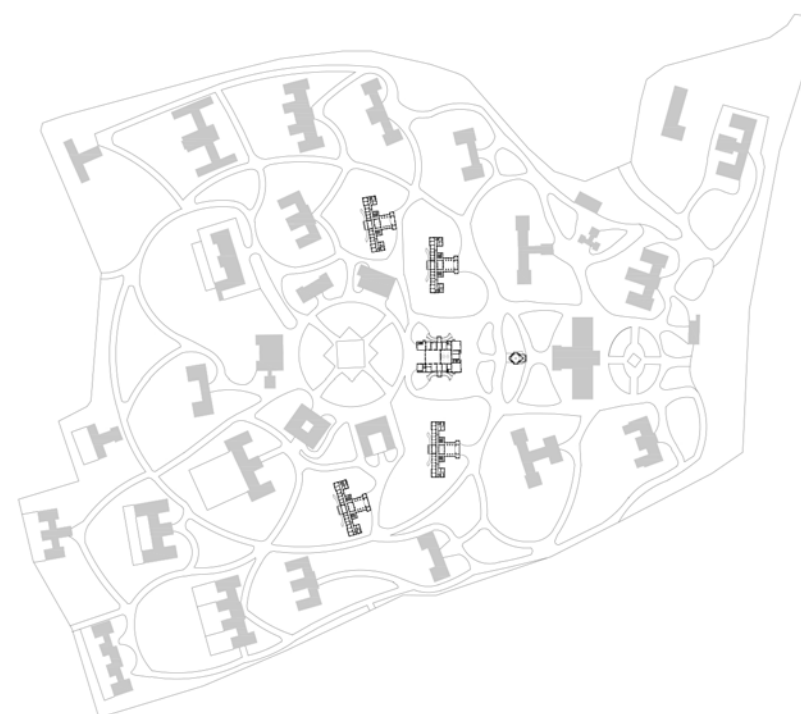
L'introduzione del padiglione come edificio isolato generò una ulteriore modalità di composizione degli impianti manicomiali. È possibile considerare come esempio canonico di manicomio per padiglioni isolati il grande complesso ospedaliero di Steinhof. Collocato sulla collina dove sorge la chiesa di San Leopoldo progettata da Otto Wagner, il complesso si manifesta come una grande sistemazione urbana dell'area mediante l'impianto di un vero e proprio tessuto edilizio composto dagli edifici dei padiglioni. La struttura risulta rigidamente inserita nella griglia dei lotti ai quali corrispondono le recinzioni dei padiglioni. Il modello del padiglione consentiva una grande variazione tipologica degli edifici singoli che si presentano tutti caratterizzati dalla forte simmetria assiale.

Il tipo di ospedale psichiatrico a padiglione prevede due sostanziali famiglie: i padiglioni disposti secondo uno schema rigido, coerentemente a quanto visto nell'ospedale Steinhof, e i complessi a padiglioni liberamente disposti. In Italia approdano entrambe le tipologie.

A Roma nel 1913, viene costruito il più grande complesso



0 50 250 500 1250
1.21 Planimetria dell'ospedale psichiatrico Steinhof di Vienna.



0 25 125 250 650
1.22 Planimetria dell'ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà in Roma.

manicomiale italiano in corrispondenza della collina di Monte Mario. Il complesso di Santa Maria della Pietà prevede numerosi padiglioni disposti all'interno di un sistema radiale in una condizione che si presenta come un parco urbano.

Questo genere di disposizione risente delle teorie urbanistiche delle città giardino su modello di quelle inglesi, dove il contatto tra architettura e natura dovrebbe essere diretto. L'ampio utilizzo del padiglione prevede numerose variazioni tipologiche del singolo edificio: sono infatti presenti edifici a "T" del tipo sanatoriale, edifici a blocco compatto, edifici ad ali, a stecche o ad "H".

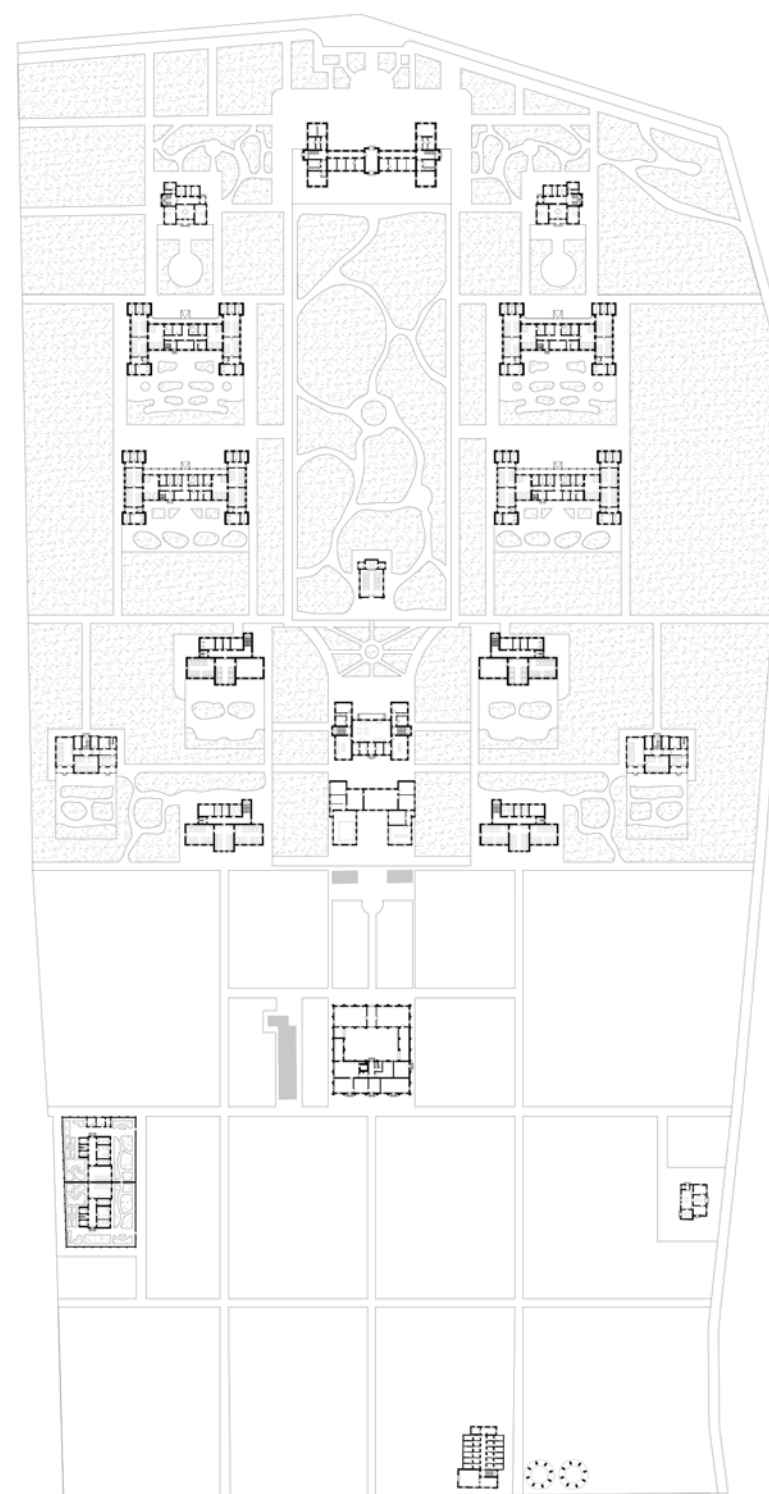
Questo modo di comporre si configura comunque come eccezionale per gli impianti italiani. Nel panorama nazionale si nota una preponderanza di complessi con una struttura a griglia ortogonale. Questo è il caso di numerosi complessi manicomiali costruiti soprattutto nei primi anni del Novecento come nel caso dell'ospedale psichiatrico di Gorizia.

Il complesso si presenta suddiviso nettamente in due parti: una parte molto formale costituita da una serie di padiglioni disposti secondo un raddoppio simmetrico lungo un asse ideale sul quale si dispongono i servizi generali; una parte adibita a colonia agricola, dove sono presenti in gran parte campi. Il manicomio di Gorizia risente, come gran parte di questi impianti, dell'influenza del complesso di Steinhof.

La fortuna della tipologia a padiglione è data soprattutto dalla velocità di costruzione, ai ridotti costi di manutenzione nonché alla possibilità infinita di ampliamenti o restringimenti dell'impianto.

A questi benefici si associava purtroppo, una grande impossibilità da parte del malato di personalizzare l'ambiente, a causa della rigidità degli spazi oltre che alle stringenti regole di sicurezza imposte. Il rapporto con la natura e con il verde era di tipo prevalentemente contemplativo: essendo necessario garantire il controllo dell'individuo, erano infatti negate gran parte delle attività all'aperto. In ultimo, la composizione formale degli edifici, molto spesso caratterizzata da ampie camerate, non consentiva al soggetto di godere di un giusto livello di privacy durante le ore del riposo, aggravandone la percezione del controllo.

Che queste mancanze non fossero solo di natura clinica, ma che riguardassero anche la sfera spaziale del fenomeno manicomiali era chiaro anche ad alcuni progettisti che negli anni



0 10 50 100 250
1.23 Planimetria dell'ospedale psichiatrico provinciale di Gorizia.

precedenti alla deistituzionalizzazione, cercarono di realizzare un nuovo tipo di linguaggio per gli ospedali psichiatrici. È il caso dell'ospedale psichiatrico di Verona il cui progetto del 1963 è affidato all'architetto veneto Daniele Calabi.

Il complesso ha una struttura a villaggio diffuso, con unità a carattere autonomo, e percorsi attentamente studiati: alla base della composizione viene assunta una divisione tipo, costituita da quattro sezioni di degenza e dalle serie di locali di soggiorno, di cura, di servizi, ad essa relativi.

Tali corpi sono disposti in modo che l'area centrale, prevista a verde e occupata da un campo da gioco, dia accesso e smisti i vari percorsi all'interno dell'agglomerato. I vari nuclei di abitazione fanno capo funzionalmente al centro servizi raccolti attorno alla piazzetta porticata. Qui è organizzato il nucleo della direzione, dei servizi nonché gli ambulatori. Tali servizi, grazie alla loro posizione marginale all'interno del complesso, hanno accesso agevole dall'esterno, per gli approvvigionamenti, e immettono direttamente nell'anello interno di collegamento, per la distribuzione alle successive unità di abitazione. I differenti

nuclei abitativi sono distanziati tra loro da fasce alberate; altre aree verdi sono destinate a floricultura, orticoltura e a generali attività agricole concepite in funzione ergoterapica⁶. Per la separazione dei sessi, il progetto non prevede la completa divisione del complesso in due gruppi: la separazione, infatti, può essere ottenuta nell'ambito di ciascuna divisione, consentendo la necessaria indipendenza, ma anche la possibilità di maggiore elasticità negli sviluppi dei metodi di terapie di gruppo. Il complesso risulterà l'unico di questo tipo realizzato prima dello smantellamento dell'istituzione degli ospedali psichiatrici.

Descritte le principali tappe della evoluzione morfologica dei complessi psichiatrici è opportuno delineare alcune considerazioni di carattere compositivo. È utile cercare di suddividere gli ospedali psichiatrici attraverso quattro macrocategorie: la tipologia a blocco, quella a pettine o doppio pettine, quella a padiglioni a disposizione radiale, e quella a padiglioni a disposizione assiale.

Alla prima categoria, quella degli edifici a blocco afferiscono tutti quegli organismi che si configurano in maniera compatta o che identificano una condizione primariamente di interno. È il caso di edifici a chiostro, edifici a corte o più corti ed edifici a recinto. Alla seconda categoria, quella del tipo a pettine o doppio pettine, appartengono i complessi che si configurano secondo la concatenazione lineare di elementi lungo un'asse oppure lungo due assi.

Alla terza categoria, quella dei padiglioni a disposizione radiale, appartengono quei complessi che si costituiscono per parti gerarchicamente subordinate rispetto ad una polarità che ne vincola la disposizione, più o meno simmetrica verso il centro. All'ultima categoria, quella dei padiglioni a disposizione assiale, appartengono quei complessi che si costituiscono per parti disposte secondo uno schema assiale o secondo una griglia ortogonale.

Nell'analisi qui proposta risulta evidentemente quanto la tipologia più frequente sia quella del padiglione a disposizione assiale. Con l'approvazione della "legge Basaglia" nel 1978 vengono definitivamente chiusi gli ospedali psichiatrici dando l'avvio ad una nuova stagione per l'intera sanità in Italia, una stagione segnata anche da cambiamenti nella forma dell'edilizia per l'assistenza sanitaria.



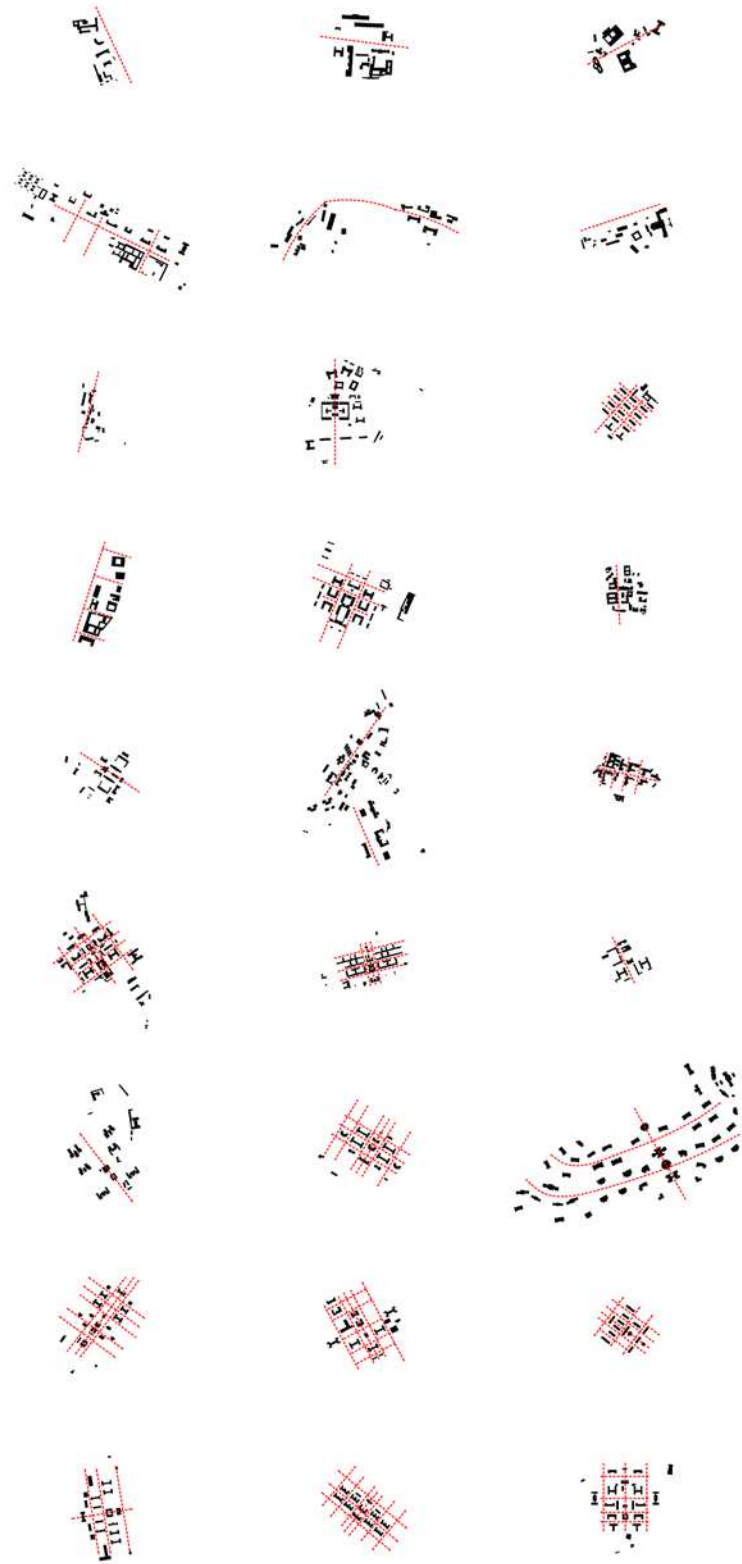
1.24 Planimetria di progetto dell'ospedale psichiatrico di Verona a Marzana, progetto dell'architetto Daniele Calabi.

TIPOLOGIA A PADIGLIONI A DISPOSIZIONE ASSIALE

TIPOLOGIA A BLOCCO

TIPOLOGIA A PETTINE O DOPPIO PETTINE

TIPOLOGIA A PADIGLIONI A DISPOSIZIONE RADIALE



1.25 Quadro sinottico delle categorie compositive degli ospedali psichiatrici esaminati.

Note

1. *Il Panopticon in architettura si configura come il prototipo dell'edificio per il controllo. Venne teorizzato dal filosofo e giurista inglese Jeremy Bentham alla fine del XVIII sec.. Si presenta come un edificio di forma circolare, con un vano centrale a tutta altezza da cui penetra la luce dai lucernari. Lungo il perimetro dell'edificio si dispongono una serie di celle in cui sono disposti i soggetti sorvegliati. Nella parte centrale è disposta una torre con un loggiato per ogni livello da cui è possibile sorvegliare tutte le celle. Il Panopticon permette di massimizzare il numero di sorvegliati e ridurre al minimo il numero dei sorvegliati al fine di assicurare il massimo controllo sui detenuti. L'edificio, sebbene fosse stato teorizzato come il prototipo di un opificio artigianale, si configurò da subito come il modello di altri luoghi per il controllo come le carceri ed i manicomi.*
2. *Cfr. Foucault M., (1966), Utopie eterotopie, traduzione Antonella Moscati, 2006, Cronopio, Napoli.*
3. *Tratto dalla conferenza parigina del (1967), pubblicata con il titolo Des espaces autres, di Foucault.*
4. *Cfr. Foucault M., Space Knowledge and Power, conversazione con Paul Rainbow in "skyline", marzo 1982, in Spazio, sapere e potere, in Spazi altri. I luoghi delle eterotopie, Mimesis, Milano-Udine, 2011.*
5. *Il materiale di archivio è liberamente accessibile e consultabile online al sito <https://spazidellafollia.unicam.it/it> (consultazione gennaio 2024). Il Portale spazi della follia nasce da un accordo tra la Direzione Generale per gli Archivi del MIBAC e una rete nazionale di Atenei allo scopo di divulgare i risultati del progetto di ricerca, finanziato dal MIUR nell'ambito del programma PRIN 2008, dedicato alla conoscenza e alla valorizzazione del patrimonio storico-architettonico degli ex complessi manicomiali.*
6. *Con il termine "ergoterapia" si intende un metodo curativo, complementare di altri trattamenti somatici o psicoterapici, in cui l'agente terapeutico è costituito da un'attività lavorativa razionalmente ordinata.*

PARTE SECONDA

**Questioni sociali, trasformazioni demografiche
e nuove emergenze sanitarie**

2.1 Invecchiamento della popolazione e le demenze senili

Fino ad ora il tema della salute è stato affrontato riconducendo la ricerca a questioni emergenziali che abbiano portato le società ad interrogarsi sulla necessaria risoluzione di alcune criticità. Il procedimento utilizzato ha visto la descrizione di eventi storici che hanno generato architetture che, almeno per i primi due casi, si possono definire oramai estinte. Un tipo di analisi a posteriori che ha permesso di osservare alcune situazioni emergenziali che fanno parte della memoria collettiva.

La legge 180 del 1978 ha avviato un processo di grande trasformazione della sanità italiana e dell'assistenza psichiatrica, un percorso che tuttora è in via di compimento. Alla dismissione della istituzione sanitaria infatti, non è seguita una altrettanto repentina sostituzione dei servizi di assistenza attraverso numerosi presidi sul territorio che potessero sopperire al vuoto venutosi a formare a causa della chiusura degli ospedali psichiatrici. Il travagliato processo avviato da Franco Basaglia ha riacceso i riflettori sulla sofferenza psichiatrica, sulla incidenza che tale fenomeno ha sulla popolazione ed ha evidenziato la necessità di trovare una soluzione che non si configuri attraverso l'allontanamento ma mediante l'inclusione sociale e che riparta anche attraverso una maggiore consapevolezza spaziale dei luoghi della cura.

Con un analogo spirito, ma con la consapevolezza di vivere la contemporaneità dei fatti, ci si può interrogare quindi su quali siano i nuovi temi della salute, in un'epoca in cui le conoscenze mediche sono notevolmente avanzate e l'accessibilità alle cure riguarda, per lo meno nel mondo occidentale, ampie fette della popolazione. Per meglio comprendere l'attualità e capire quali

fenomeni si configurano come le nuove emergenze sanitarie può dimostrarsi utile una analisi della struttura sociale condotta attraverso i parametri descrittivi della demografia. Per brevità si è scelto di portare alla luce i dati relativi allo scenario nazionale italiano ed europeo.

Secondo l'ISTAT¹ in Italia nel 31 dicembre 2022 la popolazione in Italia conta 58.997.201 residenti. I dati riscontrano rispetto al 2021 una flessione demografica negativa contenuta grazie all'apporto della componente di immigranti residenti in Italia.

La distribuzione della popolazione sul territorio nazionale è in continuo cambiamento e si mostra molto diversa rispetto al passato. I dati registrano un fenomeno di accentramento della popolazione nei grandi centri urbani a scapito dei piccoli comuni. Il 61,3% dei 7.904 Comuni italiani perde popolazione rispetto all'anno precedente. Tra i 44 Comuni con oltre 100mila abitanti ben la metà guadagna popolazione. Si verifica quindi, un fenomeno di spostamento interno della popolazione che dai piccoli centri si sposta nei grandi agglomerati urbani.

La distribuzione della popolazione per sesso indica che le

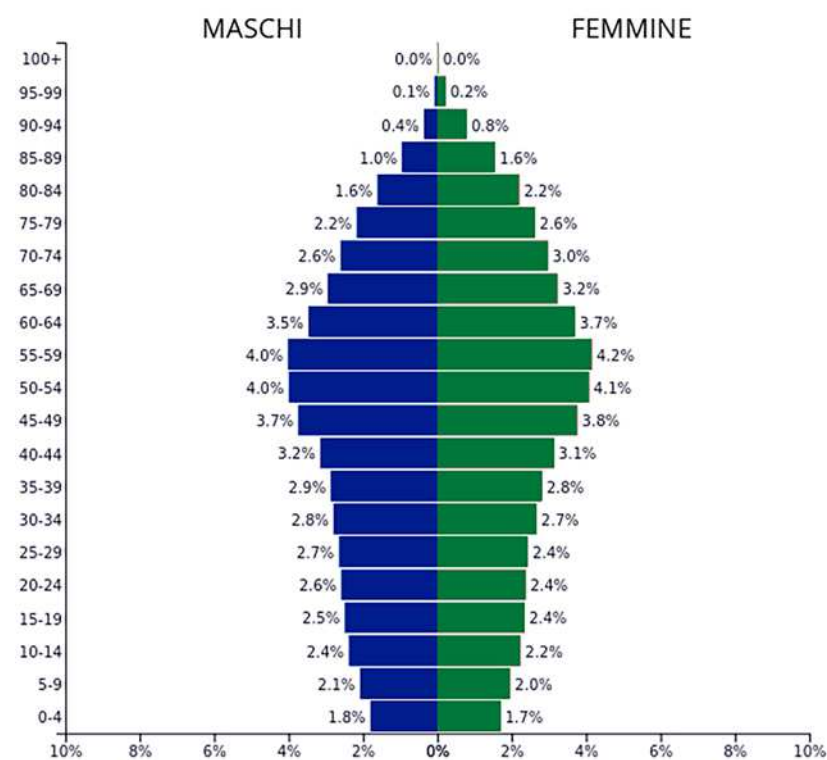
donne, superando gli uomini di 1.367.537 unità, rappresentando il 51,2% della popolazione residente. Il peso della componente femminile è progressivamente maggiore man mano che cresce l'età, per via della maggior longevità femminile. Se nelle classi di età più giovani (fino alla classe 35-39 anni) si registra una leggera prevalenza della componente maschile, si raggiunge l'equilibrio tra i sessi nella classe 40-44 e, progressivamente, si rileva una presenza sempre maggiore di donne a partire dalla classe 45-49 che esplode tra i grandi anziani: nella classe 80-84 anni le donne sono il 58,0%, fino ad arrivare al 69,9%, al 77,9% e all'83,3%, rispettivamente, nelle classi 90-94, 95-99 e 100 e più. Pertanto, le donne risultano più longeve rispetto agli uomini. A fine 2022 l'età media è pari a 46,4 anni per il totale della popolazione (47,8 anni per le donne 44,9 anni per gli uomini) e ciò a causa dell'aumento del numero degli individui in età 55-79 anni.

L'invecchiamento della popolazione è un processo che accomuna tutte le realtà del territorio pur in presenza di una certa variabilità. La Campania, con un'età media di 43,9 anni (era 43,6 nel 2021), continua a essere la Regione con più giovani mentre la Liguria, con un'età media di 49,5 anni (era 49,4 nel 2021) si conferma quella con più anziani.

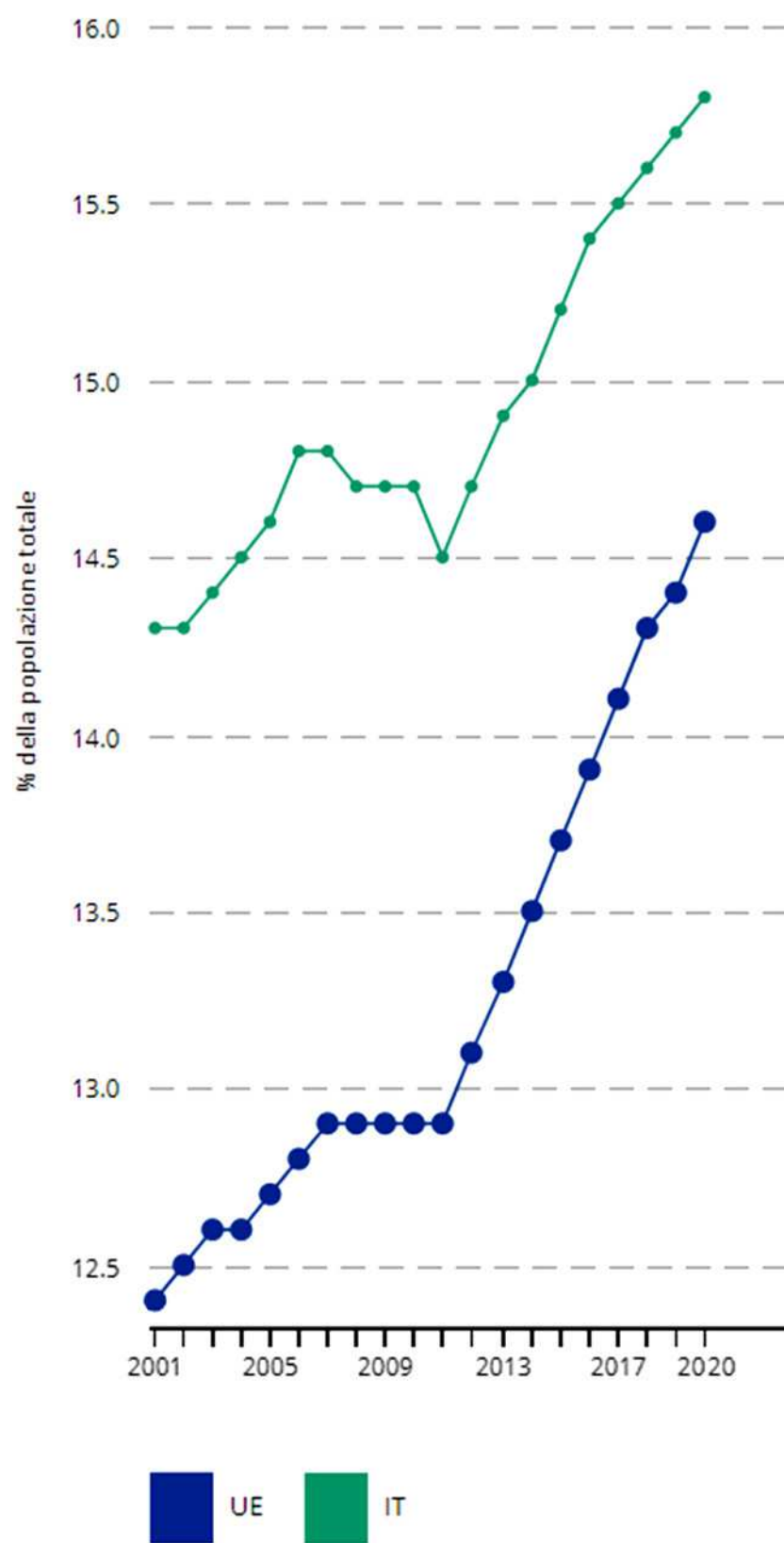
Continua a crescere l'indice di vecchiaia (che misura il numero persone di 65 anni e più ogni 100 giovani di 0-14 anni) che passa dal 187,6% del 2021 al 193,1% del 2022 (era pari al 148,7% nel 2011). Anche la speranza di vita alla nascita nel 2022 evidenzia un valore in aumento essendo di 80,6 anni per gli uomini e di 84,8 anni per le donne a livello nazionale.

La situazione demografica descritta ci riporta la fotografia di un paese sempre più anziano. Per consentire un'analisi globale del fenomeno si riporta una sintesi delle tendenze demografiche dei paesi europei, che dimostra una situazione analoga.

La popolazione dell'Unione Europea sta invecchiando e questo è dimostrato da diversi indicatori statistici². Nel 2020 il 21 % della popolazione aveva 65 anni e più, rispetto al 16 % del 2001, con un aumento di 5 punti percentuali. Osservando nello specifico il gruppo di 80 anni e oltre, la loro quota è quasi del 6 % nel 2020, mentre era del 3.4 % nel 2001, il che significa che la loro quota è quasi raddoppiata durante questo periodo. D'altra parte, la quota dei giovani (da 0 a 19 anni) nell'UE era del 20 % nel 2020, una diminuzione di 3 punti percentuali rispetto al 23 % nel 2001.



2.1 Grafico della piramide demografica relativa alla popolazione residente in Italia nel 2022, fonte dati ISTAT.



2.2. Grafico della tendenza della popolazione per fascia di età tra i 65-79 anni, confronto tra i dati italiani e la media europea, fonte dati EUROSTAT.

Osservando la quota di persone di 65 anni e più sulla popolazione totale, l'Italia (23 %), la Grecia, la Finlandia, il Portogallo, la Germania e la Bulgaria (tutti al 22 %) avevano le quote più alte, mentre l'Irlanda (14 %) e il Lussemburgo (15 %) avevano quelle più basse. Nel periodo 2001-2020 si è potuto osservare un aumento della quota di persone di 65 anni e più in tutti gli Stati membri.

La quota di persone di 80 anni e più è aumentata in tutti gli Stati membri tra il 2001 e il 2020, ad eccezione della Svezia dove è rimasta costante (5 %). In alcuni Stati membri, questa percentuale è più che raddoppiata: in Lituania e Croazia dal 2 % nel 2001 al 6% nel 2020, in Romania, Bulgaria e Slovenia dal 2 % al 5 %. Il quadro descritto dall'analisi dei dati relativi ai principali organi di raccolta dei dati demografici riporta un cospicuo incremento della popolazione al di sopra dei 65 anni. Questa tendenza si dimostra in netta crescita nel periodo di riferimento degli ultimi 20 anni descrivendo nel complesso una popolazione nettamente più anziana rispetto al passato. Solo in Italia gli over 65 sono complessivamente 14 milioni e 177 mila, rappresentando il 24,1% dell'intera popolazione. Gli anziani, per conformazione fisiologica, risultano soggetti ad una serie di patologie. La maggiore incidenza si ha nei confronti delle patologie croniche, le quali hanno un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana e, più in generale, sulla qualità della vita. Durante la pandemia da Covid-19 questa specifica fragilità ha esposto la popolazione anziana a un maggiore rischio di morte, di ospedalizzazione e di ricovero in terapia intensiva. Si è scelto in questa sede di evidenziare i dati relativi al periodo precedente alla pandemia di Covid-19 al fine di considerare una situazione di ordinarietà³. Nel 2019, circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, più di un anziano su due, presentano almeno tre patologie croniche. Tra gli over 85 la quota raggiunge i due terzi, con una percentuale più elevata tra le donne, il 69% contro il 60% tra gli uomini. Anche nella fascia di età tra 65-74 anni, le quote si confermano elevate (48,5% tra le donne e 39,6% tra gli uomini).

Le patologie più diffuse sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%), malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%) sono le prime patologie nella graduatoria per entrambi i generi. Seguono, per gli uomini, i problemi di controllo della vescica (12%), e per

le donne la depressione (15%), le allergie (14,1%) e i problemi di incontinenza urinaria (13,7%). Tra gli anziani di 85 anni e oltre, circa un terzo dichiara di essere affetto da almeno due patologie croniche gravi (34,1% tra gli uomini e 29,1% tra le donne). Le patologie croniche gravi più diffuse tra tutti gli anziani sono le malattie cardiache (19,3%) stabili rispetto al 2015. Si riducono invece le malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, BPCO ed enfisema) specialmente tra gli uomini anziani, tra i quali però si rileva un incremento dei tumori maligni (+1,9%). Alle malattie croniche si associano poi malattie degenerative, le quali riguardano la sfera della salute mentale degli anziani. In particolare, le demenze rappresentano una priorità di salute pubblica, come ha evidenziato l'Organizzazione mondiale della sanità lanciando il "Global Action Plan on the public health response to dementia - 2017-2025" nell'intento di sensibilizzare i paesi a promuovere azioni per il miglioramento della qualità della vita delle persone con demenza e dei loro caregivers.

In Italia, si stima che nel 2019 le demenze senili e l'Alzheimer colpiscano circa 600mila persone tra gli over65 che vivono in famiglia (dalla stima sono esclusi quindi gli anziani che risiedono in istituzioni), complessivamente il 4,2% degli anziani. La quota si attesta al 3% tra gli uomini e al 5,1% tra le donne. Tuttavia, la prevalenza triplica tra le ultra-ottantacinquenni (15,4%) e raggiunge il 14% tra i coetanei maschi.

Il progressivo decadimento delle funzioni cognitive derivante da queste forme morbose neurodegenerative comporta un carico di assistenza particolarmente oneroso anche per i conviventi e i caregivers. La patologia mentale più diffusa è la depressione, associata all'ansietà cronica grave per quasi la metà degli anziani. Nel 2019, l'11,3% degli anziani soffre di depressione. È netto il divario di genere: tra gli uomini la quota è del 6,7%, tra le donne raddoppia al 14,9% e per le ottantacinquenni supera il 20% contro il 10% degli uomini della stessa età. Gli anziani con disturbi ansioso-depressivi sono circa 4 milioni (15%) con un forte svantaggio per le donne. È molto frequente, inoltre, la compresenza dei disturbi ansioso-depressivi con altre patologie croniche. Tra gli anziani che dichiarano forme depressive, circa due su tre (64,8%) presentano un quadro morboso molto complesso. Le differenze territoriali riflettono anche in questo caso un vantaggio relativo del Nord rispetto al Mezzogiorno, dove i tassi di cronicità grave e presenza di più malattie

contemporaneamente salgono. Alle demenze senili sono poi associati molto spesso problemi di autosufficienza e mobilità. Sono infatti circa 3 milioni e 860mila gli anziani con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (il 28,4% della popolazione di 65 anni e più). Di essi, 2 milioni 833mila (20,9%) hanno gravi difficoltà nel camminare, salire o scendere le scale senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili, 1 milione 874mila (13,8%) riferiscono gravi difficoltà nell'udito o nella vista anche con l'uso di ausili, 1 milione e 113mila (8,2%) hanno gravi difficoltà nella memoria o nella concentrazione. In un paese come l'Italia, caratterizzato da un elevato tasso di invecchiamento della popolazione, è di fondamentale importanza valutare il livello di autonomia residua degli anziani nelle attività quotidiane e di cura della persona al fine di fornire un contributo conoscitivo per la definizione di adeguate politiche socio-sanitarie. La famiglia resta il principale sostegno cui possono far ricorso le persone anziane, anche se la rete di aiuti familiari e quella di aiuti informali hanno subito nel tempo un forte ridimensionamento per le dinamiche demografiche e i mutamenti sociali iniziati dagli anni '60. In una situazione delle reti di aiuto già critica, coorti di anziani sempre più numerose alimenteranno nel prossimo decennio la domanda di assistenza, rendendo indispensabile la programmazione di adeguati interventi di welfare.

In sintesi, i dati riportati dimostrano quindi che esiste una nuova emergenza sanitaria, che questa è legata all'invecchiamento della popolazione. Una popolazione sempre più anziana che esige delle cure specifiche e che necessita dei mezzi fisici e formali per poter vivere serenamente la propria condizione.

Note

1. I dati riportati di seguito fanno riferimento al report "Popolazione residente e dinamica demografica Anno 2022" pubblicato dal Centro diffusione dati dell'Istituto Nazionale di Statistica il 18 dicembre 2023. <https://www.istat.it/> (consultato nel gennaio 2024).

2. I dati statistici nonché le elaborazioni grafiche sono liberamente consultabili sul portale dell'istituto europeo di statistica EUROSTAT <https://ec.europa.eu/eurostat> (consultato in gennaio 2024).

3. I dati numerici riportati di seguito fanno riferimento al report "Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia l'Anno 2019" pubblicato da ISTAT il 14 luglio 2021. <https://www.istat.it/> (consultato nel gennaio 2024).

2.2 Politiche sociosanitarie, il quadro normativo europeo e nazionale

Lo strumento attraverso cui gli stati possono realizzare le proprie politiche sociali è quello del diritto, ed in questo caso specificatamente si parla di diritto alla salute. La materia prevede che in questo campo la competenza del diritto si articoli su vari livelli istituzionali, tra i quali il più alto è quello sovranazionale.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) è l'autorità incaricata di gestire e coordinare il settore della salute all'interno del sistema delle Nazioni Unite. Il suo obiettivo è far sì che tutti gli esseri umani possano godere del miglior livello di salute possibile. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fornito, all'atto costitutivo, una definizione del concetto di salute: «Una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità.»¹.

La tutela della salute è sancita dai principi dall'Unione Europea. L'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea firmata a Nizza il 7 dicembre 2000, prevede che nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e le attività dell'Unione Europea debba essere garantito «un livello elevato di protezione della salute umana»². È importante sottolineare come tale diritto venga sancito in un'accezione estensiva, dovendo essere tutelato nei confronti di tutte le “persone” e non solo quindi dei “cittadini”.

Occorre, per contro, rilevare come il diritto alla salute venga concepito e limitato al diritto di accedere e ottenere prestazioni sanitarie e cure mediche. La Carta pone l'accento sulla domanda e offerta di prestazioni sanitarie e terapeutiche, quasi che il diritto alla salute venisse preso in considerazione solo in presenza di condizioni patologiche.

La norma trascura o, quanto meno, pone in secondo piano il diritto ad una vita sana, che implica sia l'importanza della prevenzione sia la realizzazione di condizioni che garantiscano il benessere della collettività, pure annoverato dall'art. 3 del TUE tra gli obiettivi perseguiti dall'Unione.

Per contro, la protezione della salute umana viene espressamente individuata come parametro di riferimento e considerazione nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e le attività dell'Unione.

L'art. 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE)³, stabilisce che l'azione dell'Unione "completa" le politiche nazionali. Tale principio è già enunciato nell'art. 6, lett. a)⁴, del TFUE che attribuisce all'Unione la competenza a svolgere «azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri [...] tutela e al miglioramento della salute umana». Ancora, l'art. 9 del TFUE, l'Unione europea⁵, nella definizione e nell'attuazione delle sue politiche e azioni, deve tener conto delle esigenze connesse con la promozione di un elevato livello di tutela della salute umana.

Tuttavia, le istituzioni dell'Unione europea non possono adottare atti giuridicamente vincolanti che comportino un'armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri. Per quanto attiene alla tutela e al miglioramento della salute umana, la competenza attribuita all'Unione europea è pertanto, per così dire, depotenziata, consentendole di intervenire solo "a supporto", con misure di coordinamento o atti aventi efficacia esortativa, rispetto a provvedimenti normativi più incisivi, che continuano a rimanere di competenza degli Stati membri.

La tutela del diritto alla salute viene poi in considerazione nei trattati come possibile limite nell'esercizio delle competenze attribuite all'Unione europea o rispetto all'esercizio di ulteriori diritti garantiti dai trattati.

Con la direttiva 2011/24/UE del 9 marzo 2011, l'Unione europea introduce una serie di norme volte ad agevolare l'accesso a un'assistenza sanitaria transfrontaliera e a garantire la mobilità dei pazienti, nonché a promuovere la cooperazione tra gli Stati membri in materia di assistenza sanitaria, nel pieno rispetto delle competenze degli Stati membri riguardanti la definizione delle prestazioni sociali di carattere sanitario, l'organizzazione e la prestazione di cure sanitarie, dell'assistenza medica e delle prestazioni di sicurezza sociale, in particolare di quelle per

malattia.

La direttiva si prefigge di tutelare il diritto alla salute dei singoli pazienti che decidono di ricorrere all'assistenza sanitaria in uno Stato membro diverso dallo Stato membro di affiliazione, ancorché quest'ultimo possa scegliere di limitare il rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per motivi connessi alla qualità e alla sicurezza dell'assistenza sanitaria prestata, quando ciò possa essere giustificato da un motivo imperativo di interesse generale relativo alla sanità pubblica.

La normativa in materia di tutela della salute nazionale procede a cascata in allineamento con quanto sancito nei principi, regolamenti e trattati comunitari.

La Costituzione italiana qualifica, nell'art. 32 comma 1⁶, come fondamentale il diritto alla salute e ne sancisce la tutela come diritto dell'individuo e interesse della collettività. Inoltre, sempre la Costituzione nell'art. 32, comma 1 sancisce il diritto all'integrità psico-fisica della persona.

È importante precisare che nonostante la Costituzione stabilisca che la salute sia un interesse anche collettivo, il titolare del diritto alla salute resta l'individuo, non la collettività o la società. Il fondamento costituzionale di tale profilo è rafforzato dal secondo comma dell'art. 32 della Costituzione, ove si legge che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge». Trattamento che, in ogni caso, «non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Ne discende l'importanza per la persona di essere debitamente informata dal medico circa tutti i trattamenti diagnostici e sanitari a cui la si vuole sottoporre. È fondamentale indicare che la legge⁷ impone il rispetto del principio di massima trasparenza tra medico e paziente (consenso informato), al fine di assicurare il diritto della persona di decidere del proprio destino terapeutico. Il paziente, inoltre, è libero di rifiutare terapie anche fondamentali per la vita, potendo scegliere di ricorrere anche alla sedazione palliativa profonda continua. Ad ogni modo, anche quando il paziente dovesse rifiutare di essere curato, è garantita un'appropriatezza terapia del dolore al fine di evitargli eccessive sofferenze⁸.

Il riconoscimento del diritto alla salute necessità dell'intervento pubblico al fine di apprestare le strutture e i presidi per il suo soddisfacimento, affinché tutti gli individui si vedano assicurati

il diritto ad essere curati. Significativa, in tal proposito, è stata la riforma sanitaria di fine anni Settanta⁹ che, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ha esteso l'obbligo dello Stato di assicurare le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non solo agli indigenti, ma anche a tutta la popolazione, passando, così, da un sistema di previdenza ad uno di sicurezza sociale generalizzato, garantito dal SSN.

Dal punto di vista attuativo il sistema sanitario è l'insieme organizzato delle persone, delle istituzioni e delle risorse umane e materiali il cui fine è la promozione, il recupero e il mantenimento della salute della popolazione. Le sue principali mansioni riguardano: l'eliminazione delle cause della malattia e dei fattori di rischio per la salute (prevenzione primaria); l'individuazione delle malattie in fase precoce e arresto della loro evoluzione (prevenzione secondaria); l'identificazione della malattia e sua rimozione con la guarigione o il ritardo nel suo decorso (diagnosi e cura) e il recupero delle capacità funzionali (riabilitazione).

Il SSN è caratterizzato dai principi di globalità delle prestazioni, universalità dei destinatari, uguaglianza dei trattamenti e da una struttura organizzativa tesa a coprire capillarmente tutto il territorio nazionale mediante una diffusa rete di Aziende Sanitarie Locali, si è posto l'ambizioso fine di assicurare la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali.

La scelta politica del 1978, con i suoi principi e con la sua struttura organizzativa, resta nella sostanza tuttora in piedi, nonostante alcuni significativi interventi normativi, soprattutto a partire dagli anni Novanta del Novecento, volti a introdurre regole di programmazione e di finanziamento del sistema sanitario, finalizzato a ridargli efficienza e, soprattutto, a razionalizzare e contenerne i costi¹⁰.

Con la Legge costituzionale. 3/2001 di riforma del Titolo V della Costituzione il legislatore ha inserito la materia "tutela della salute" fra quelle di competenza legislativa concorrente, consentendo la potenziale diversificazione organizzativa e funzionale dei modelli regionali ma ha riservato alla legislazione esclusiva dello Stato la determinazione di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, in modo appropriato e

uniforme.

Si introducono pertanto i "livelli essenziali di assistenza sanitaria" (LEAS): misure necessarie ad assicurare alla persona umana bisognosa di cure, un'esistenza libera e dignitosa. Livelli che devono essere raggiunti in quanto essenza del diritto alla salute costituzionalmente garantito.

Il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, a seguito di un lavoro congiunto del Ministero della Salute, le Regioni e le comunità scientifiche, ha individuato tre livelli:

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica (prevenzione e controlli di malattie infettive, programmi vaccinali, tutela della salute e sicurezza sui posti di lavoro, salute animale e igiene urbana veterinaria, sicurezza alimentare, etc.);
2. Assistenza distrettuale (assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, etc.);
3. Assistenza ospedaliera (dal pronto soccorso al ricovero ordinario per acuti, day surgery e day hospital, riabilitazione, trasfusioni, etc.).

Il recettore e attore pragmatico delle azioni in materia di salute è il sistema sanitario nazionale, il quale si struttura su tre livelli (Stato, Regioni, ASL). Le Regioni svolgono un ruolo centrale, potenzialmente capace di diversificare non poco l'erogazione dei servizi sul territorio nazionale. È alle Regioni che spetta assicurare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni attraverso il complesso di strutture, pubbliche e private, a ciò dedicate. Lo Stato, invece, determina i livelli di prestazioni che devono essere assicurati, ma è la Regione, in piena autonomia organizzativa e finanziaria ad erogarle, attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL) che operano in regime di autonomia manageriale e operativa.

In virtù della centralità del ruolo delle Regioni in ambito sanitario, possono distinguersi tre modelli di governance regionale:

1. modelli a forte caratterizzazione competitiva tra le organizzazioni sanitarie pubbliche e private (è il caso del modello lombardo, in cui il legislatore regionale ha fortemente incentivato la concorrenza tra soggetti erogatori - pubblici e privati accreditati - fra i quali i pazienti hanno piena libertà di scelta. In tal modo, si tende a premiare i soggetti che sono in grado di attrarre il maggior numero di pazienti, remunerandoli sulla base delle prestazioni effettivamente rese ai cittadini);
2. modelli copertativi (è il modello emiliano, friulano, toscano,

veneto, in cui le organizzazioni sanitarie pubbliche e private “negozano” la programmazione dell’offerta sanitaria. In tale modello, ogni soggetto, pubblico o privato che sia, rappresenta un possibile punto di accesso al sistema sanitario e si pone in modo complementare rispetto agli altri);

3. modelli a forte caratterizzazione amministrativa (è il modello lucano, calabrese, campano e, per molti aspetti, anche pugliese, in cui la struttura del sistema è non solo incentrata sulle strutture pubbliche, ma in gran parte è rimessa all’amministrazione del sistema. Propone, cioè, modelli di tipo gerarchico tradizionali in cui, a fronte di meccanismi di programmazione negoziata e controllo manageriale assai deboli, assumono un ruolo molto forte le determinazioni della Regione, che agisce essenzialmente attraverso lo strumento del finanziamento diretto alle strutture pubbliche. A causa delle sue debolezze strutturali, in tale modello soggetti privati accreditati non integrati nel sistema, si pongono in competizione dall’ esterno con le strutture pubbliche, spesso preferite a queste ultime a causa del maggior grado di efficienza del servizio offerto.

4. Trattato sul funzionamento dell’Unione europea - art. 6.: “L’Unione ha competenza per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l’azione degli Stati membri. I settori di tali azioni, nella loro finalità europea, sono i seguenti: a) tutela e miglioramento della salute umana”.

5. Trattato sul funzionamento dell’Unione europea - art. 9: “Nella definizione e nell’attuazione delle sue politiche e azioni, l’Unione tiene conto delle esigenze connesse con la promozione di un elevato livello di occupazione, la garanzia di un’adeguata protezione sociale, la lotta contro l’esclusione sociale e un elevato livello di istruzione, formazione e tutela della salute umana.”

6. Carta costituzionale italiana, art 32, “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”.

7. L. 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

8. L. 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”.

9. L.833/1978 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”.

10. A partire dal d.lgs. 502/1992, poi modificato dal d.lgs. 517/1993, seguito dalle leggi 724/1994 e 549/1995; dal d.lgs. 112/1998; l. 419/1998 e dal d.lgs. 229/1999.

Note

1. Tratta dal preambolo alla Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità come adottato dalla conferenza internazionale della sanità in New York.

2. Carta dei diritti fondamentali - art. 35 Protezione della salute: “Ogni persona ha il diritto di accedere alla protezione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività dell’Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”.

3. Trattato sul funzionamento dell’Unione europea - art. 168: “Nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività dell’Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana. L’azione dell’Unione, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all’eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale. Tale azione comprende la lotta contro i grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause, la loro propagazione e la loro prevenzione, nonché l’informazione e l’educazione in materia sanitaria, nonché la sorveglianza, l’allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero. L’Unione completa l’azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall’uso di stupefacenti, comprese l’informazione e la prevenzione”.

2.3 La malattia di Alzheimer e il rapporto cognitivo con lo spazio

Nei capitoli precedenti è emerso quanto le malattie legate alla autonomia delle persone anziane rappresentino la criticità maggiore considerando fattori quali, il numero degli anziani, le politiche di governance a livello sanitario, e i costi di gestione dell'assistenza al malato. Tra le demenze senili la malattia di Alzheimer risulta avere una incidenza molto alta sulla popolazione anziana.

L' Alzheimer oggi colpisce circa il 5% delle persone con più di 60 anni e in Italia si stimano circa 500mila ammalati¹. Si caratterizza per essere la forma più comune di demenza senile, uno stato provocato da una alterazione delle funzioni cerebrali che implica serie difficoltà per il paziente nel condurre le normali attività quotidiane.

La malattia colpisce la memoria e le funzioni cognitive, si ripercuote sulla capacità di parlare e di pensare ma può causare anche altri problemi, fra cui stati di confusione, cambiamenti di umore e disorientamento spazio-temporale.

Alois Alzheimer, il direttore della clinica neuropsichiatrica di Breslavia, nei primi anni del Novecento descrisse per la prima volta, in modo esauriente, le caratteristiche anatomico-cliniche riscontrate in una donna di cinquantacinque anni affetta da demenza progressiva. All'esame autoptico, il medico notò segni particolari nel tessuto cerebrale di una donna che era morta in seguito a una insolita malattia mentale. Evidenziò la presenza di agglomerati, poi definiti placche amiloidi, e di fasci di fibre aggrovigliate, i viluppi neuro-fibrillari.

Oggi le placche formate da proteine amiloidi e i viluppi, vengono considerati gli effetti sui tessuti nervosi di una malattia di cui,

nonostante i grossi sforzi introdotti, ancora non si conoscono precisamente le cause.

L'effetto più evidente a livello fisiologico riguarda una perdita di cellule nervose nelle aree cerebrali vitali per la memoria e per altre funzioni cognitive. Si riscontra, inoltre, un basso livello di quelle sostanze chimiche, come l'acetilcolina, che lavorano come neurotrasmettitori e sono quindi coinvolte nella comunicazione tra le cellule nervose.

Ad oggi non esiste un esame diagnostico che possa dare la certezza della malattia: l'unico modo di fare una diagnosi certa di demenza di Alzheimer è attraverso l'identificazione delle placche amiloidi nel tessuto cerebrale, possibile, per ovvi motivi, solo con l'autopsia dopo la morte del paziente. Questo significa che durante il decorso della malattia si può fare solo una diagnosi di Alzheimer "possibile" o "probabile".

Per avvicinarsi il più possibile alla diagnosi si utilizzano alcuni test di supporto: esami clinici, come quello del sangue, delle urine o del liquido spinale; test neuropsicologici per misurare la memoria, la capacità di risolvere problemi, il grado di attenzione, la capacità di contare e di dialogare; Tac cerebrali per identificare ogni possibil anomalia interna.

Questi esami, come detto, non permettono una diagnosi mirata ma consentono di escludere altre possibili cause che portano a sintomi analoghi. Come in altre malattie neurodegenerative, la diagnosi precoce è molto importante sia perché offre la possibilità di trattare alcuni sintomi della malattia, sia perché permette al paziente di pianificare il suo futuro, quando ancora è in grado di prendere decisioni.

Ad oggi non esiste alcun tipo di terapia farmacologica in grado di fermare o far regredire la malattia. Gli unici trattamenti farmacologici disponibili permettono solo di contenerne i sintomi².

Il decorso della malattia è lento e in media i pazienti possono vivere fino a 8-10 anni dopo la diagnosi della malattia. La demenza di Alzheimer si manifesta con lievi problemi di memoria, fino a concludersi con grossi danni ai tessuti cerebrali, ma la rapidità con cui i sintomi si acutizzano varia da persona a persona.

Nel corso della malattia i deficit cognitivi si acuiscono e possono portare il paziente a gravi perdite di memoria, a porre più volte le stesse domande, a perdersi in luoghi familiari, all'incapacità

di seguire delle indicazioni precise, ad avere disorientamenti sul tempo, sulle persone e sui luoghi, ma anche a trascurare la propria sicurezza personale, l'igiene e la nutrizione. Data la difficoltà nell'effettuare una diagnosi tempestiva, i disturbi cognitivi possono essere presenti anche anni prima che venga formulata una diagnosi di demenza di Alzheimer.

Il sintomo più precoce è la perdita di memoria (dapprima in forma leggera e poco rilevabile, poi via via più marcata e grave). Alla perdita di memoria, che diventa con il passare del tempo sempre più importante, solitamente si associano altri disturbi come:

1. difficoltà nell'esecuzione delle normali attività quotidiane con conseguente perdita dell'autonomia (agnosia);
2. disturbi del linguaggio e impoverimento del linguaggio (afasia);
3. disorientamento spaziale;
4. disorientamento temporale;
5. depressione;
6. disturbi del sonno (insonnia);
7. disturbi comportamentali in stato più avanzato (agitazione, deliri e allucinazioni).

Benché sia possibile riconoscere caratteristiche sintomatiche ricorrenti è opportuno evidenziare che, i soggetti Alzheimer sviluppano la malattia in maniera del tutto personale ed eterogenea, anche in relazione alla propria personalità e attitudine. Nella specificità dei casi, un comportamento attribuibile ad uno stadio iniziale della malattia può invece manifestarsi in un momento posteriore.

È possibile, tuttavia, riconoscere un iter evolutivo della malattia, in via generale, a tre fasi. In una fase iniziale, infatti, sono statisticamente presenti la difficoltà nel ricordare gli eventi recenti, nel trovare le parole corrette, nell'affrontare situazioni nuove, un lieve disorientamento temporale, nonché ansia, depressione e riduzione dell'iniziativa. In uno stadio intermedio compaiono prevalentemente l'accentuato disorientamento spazio-temporale, dei deficit di memoria, degli evidenti disturbi del linguaggio, accompagnati anche da limitazioni nella comprensione, cioè la difficoltà a maneggiare gli oggetti, la difficoltà a riconoscere sia oggetti propri che persone, le allucinazioni, i deliri, le manifestazioni di aggressività, la tendenza a vagabondare senza alcuna finalità³ ed un

rallentamento psicomotorio. Nella fase avanzata della malattia si riscontrano una perdita grave e conclamata delle funzioni cognitive, la perdita del linguaggio e della capacità di compiere attività elementari.

La gravità dei disturbi comportamentali indotti dalla malattia di Alzheimer è tale da richiedere un'assistenza quotidiana e costante. La principale fonte di supporto assistenziale proviene solitamente dai familiari, soprattutto coniugi e figli. Fin quando possibile, è opportuno che l'anziano continui a vivere nel proprio contesto familiare: a causa dei problemi di disorientamento spaziale e di perdita della memoria il soggetto presenta solitamente insofferenza nei cambiamenti di luogo e nei rapporti con persone diverse da quelle familiari, tali condizioni possono accentuare i disagi. L'andamento cronico e progressivo dell'Alzheimer rende però, a un certo stadio della malattia, necessaria e forse anche inevitabile l'istituzionalizzazione del malato.

In questo senso la componente spaziale acquista più che mai una valenza fondamentale da parte dell'anziano il quale, non riuscendo ad analizzare i luoghi che lo circondano con lucidità, necessita che lo spazio circostante gli venga in aiuto

Fra le varie terapie non farmacologiche proposte per il trattamento della demenza di Alzheimer, la terapia di orientamento alla realtà (ROT) è quella per la quale esistono maggiori evidenze di efficacia. Questa terapia è finalizzata ad orientare il paziente rispetto alla propria vita personale, all'ambiente e allo spazio che lo circonda tramite stimoli continui di tipo verbale, visivo, scritto e musicale. L'ambiente di vita stesso diviene in questo caso un ambiente terapeutico: un luogo che cura.

«L'ambiente in cui l'uomo vive assume un ruolo di primaria importanza per la definizione della sua identità, consentendogli di acquisire consapevolezza di sé attraverso un percorso di scambio continuo, di esperienze e di stimoli provenienti dallo spazio in quanto scenario di vita. In altri termini, l'uomo riconosce sé stesso attraverso il rapporto che stabilisce con l'ambiente fisico ed emozionale entro cui si muove.»⁴.

In tal senso l'ambiente diviene uno spazio "protesico" in quanto, analogamente a quanto la protesi compensa la perdita di una parte del corpo, allo stesso modo lo spazio può essere concepito come una compensazione della mente umana. *Gentle Care* è un modello protesico di cura della demenza sviluppato dalla

terapista occupazionale Moyra Jones, basato sulla premessa di definire con precisione i deficit che la persona sta vivendo e l'organizzazione dell'ambiente (persone, programmi e spazio fisico) in una "protesi" al fine di compensare i deficit di funzionamento, e supportare le capacità esistenti o residue. *Gentle Care* si basa sul principio di evitare le restrizioni e le attività pianificate organizzate dal personale medico, tenendo conto delle abitudini dei pazienti. Invece di concentrarsi sull'attenuazione dei sintomi con i farmaci, il modello protesico enfatizza i valori e le connessioni umane, per adattare la terapia al ritmo del declino e identificare e supportare le restanti funzioni. Questo approccio assistenziale è applicabile sia nelle strutture di cura ad alta intensità, che in quelle di assistenza a lungo termine, nonché nei programmi di assistenza diurna.

Il metodo si basa sul coinvolgimento di medici, operatori sanitari e caregiver, i quali devono fornire indicazioni sull'anziano ma al contempo devono imparare a loro volta a muoversi e ad assumere atteggiamenti conformi allo spazio. Di conseguenza, gli operatori sanitari e il personale imparano come sviluppare il coinvolgimento in attività e programmi di vita quotidiana al fine di massimizzare il benessere delle persone. In sostanza, il modello *Gentle Care* si configura come la costituzione di un'ambiente integrato, familiare in cui ogni persona opera all'interno dello stesso, dal malato all'assistente, in una logica di partecipazione sociale dell'anziano.

Il primo elemento della "protesi spaziale" sono appunto le persone, che costituiscono un supporto vitale al sistema.

Il secondo elemento sono i programmi, includendo tutto ciò che fa la persona con demenza, e questi sono più efficaci quando sono parte integrante della vita quotidiana, piuttosto che "componenti aggiuntivi". Il terzo elemento è quello dell'ambiente fisico che deve essere semplice, normalizzato e terapeutico. Uno spazio progettato per essere vissuto e sentito come personale, simulando modalità di vita tipiche del contesto domestico e familiare.

Il sistema *Gentle Care* favorisce lo sviluppo di ambienti fisici basati su pochi elementi principali:

1. Sicurezza e protezione: l'ambiente deve avere perimetri sicuri e gli alloggi devono essere esenti da rischi;
2. Accesso e mobilità: percorsi liberi da ostacoli e facilmente fruibili;

3. Funzione e attività: l'ambiente coinvolgente e familiare;
4. Controllo individuale, privacy, comfort e socialità;
5. Flessibilità nelle scelte, nella partecipazione e nel processo decisionale.

Gli effetti positivi del metodo *Gentle Care* consistono nella riduzione dei comportamenti problematici, e nel miglioramento delle capacità funzionali del paziente nonché, un miglioramento nell'interazione sociale.

Un altro approccio terapeutico non farmacologico è quello teorizzato nel 1991 dal dottor Thomas, il quale propone la cosiddetta *Eden Care Alternative*. Il suo approccio, sperimentato in ambito statunitense nella sua prima casa di cura a New York, era principalmente focalizzato su trasformare la casa di cura e lo standard di assistenza in un ambiente che risponda adeguatamente alle esigenze dei suoi residenti. Gli elementi di positività del modello sono essenzialmente tre: piante, animali e bambini. Questi elementi si configurano come riduttori della solitudine e della noia, al fine di migliorare uno stile di vita spontaneo e la compagnia. Inoltre, l'introduzione di elementi come bambini o animali in un ambiente di cura per la demenza consente alle persone affette da demenza di combattere contro un sentimento di impotenza, consentendo loro di prendersi cura degli altri individui e dell'ambiente, senza essere unicamente i ricettori delle cure. L'introduzione di questi elementi prescrive alla caratterizzazione spaziale una serie di componenti, che vanno dal dimensionamento degli spazi, alle soluzioni integrate col verde.

L'approccio *I'm Still Here*, sviluppato dal dottor John Zeisel alla fine degli anni Novanta, e applicato come metodo di cura all'interno Residenze Heartstone negli Stati Uniti, e si basa sul miglioramento della qualità della vita attraverso un approccio che mira a diminuire i disturbi comportamentali.

Questo approccio si basa sulla consapevolezza che la capacità di esprimere sentimenti e sviluppare nuove competenze non è compromesso dalla demenza, e che i disturbi possono essere ridotti se le persone affette da demenza si sentono sicure, attivamente coinvolte nella comunità e utili per gli altri membri. L'approccio si basa sui principi della progettazione significativa attraverso l'utilizzo delle capacità residue del paziente. In particolare, si è visto che le attività creative, gli hobby le passioni

e le attività che si trovano gratificanti rimangono persistenti e riconoscibili dall'anziano. Le persone con demenza impegnate in attività riconosciute come significative di solito le ripetono molte volte, continuamente, anche divertendosi ed in questa ripetizione, le assimilano utilizzando un tipo di apprendimento procedurale. La programmazione delle attività può variare da attività individuali, su misura per ciascun residente, ad attività di gruppo o anche su base comunitaria in forma di evento. Lo scopo è quello offrire alle persone affette da demenza diverse opportunità di perseguire individualmente interessi, secondo le capacità residue. La necessità di dotare le residenze di luoghi in poter esercitare tutta una serie di attività diventa quindi una questione molto importante⁵.

Un altro utile strumento per la comprensione dello spazio progettato e poi costruito è sicuramente il modello Environmental-Behaviour. Questo è finalizzato ad interpretare le esigenze degli anziani soggetti a demenza rispetto all'ambiente costruito, in rapporto ai deficit comportati dalla patologia. Il benessere abitativo è raggiunto attraverso la costruzione di un'ambiente che possa rispondere a specifici requisiti indicati come "critical performance criteria". Questi requisiti sono descritti da otto caratteristiche ambientali, ciascuna delle quali individua due parametri che li definiscono qualitativamente:

1. controllo delle uscite, con i due parametri di immediatezza del controllo e non visibilità delle uscite;
2. percorsi di vagabondaggio, con i due parametri di continuità e wayfinding/orientamento;
3. camere di degenza, con i due parametri di privacy e personalizzazione;
4. spazi comuni, con i due parametri di quantità e variabilità;
5. libertà esterna, con i due parametri di disponibilità e supporto;
6. residenzialità, con i due parametri di familiarità e dimensione;
7. supporto dell'autonomia, con i due parametri di sicurezza e protesicità;
8. comprensione sensoriale, con i due parametri di gestione del rumore e comprensibilità.

I due parametri alternativi che descrivono e soddisfano ciascuna delle otto caratteristiche ambientali, determinano combinazioni diverse con un conseguente differente grado di qualità dell'ambiente. Come è evidente, le esperienze descritte

tendono a tenere sempre insieme la componente spaziale con quella percettiva, considerando lo spazio costruito come una componente organicamente integrata nei programmi di terapia.

Note

1. I dati numerici sono riportati dal sito web dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.epicentro.iss.it/alzheimer/> (consultazione gennaio 2024).

2. Per alcuni pazienti, in cui la malattia è in uno stadio lieve o moderato, alcuni farmaci possono aiutare a limitare l'aggravarsi dei sintomi per alcuni mesi. Questi principi attivi funzionano come inibitori dell'acetilcolinesterasi, un enzima che distrugge l'acetilcolina, il neurotrasmettitore carente nel cervello dei malati di Alzheimer. Perciò inibendo questo enzima, si spera di mantenere intatta nei malati la concentrazione di acetilcolina e quindi di migliorare la memoria. Altri farmaci, possono aiutare a contenere i problemi di insonnia, di ansietà e di depressione. La messa a punto di nuovi farmaci per la demenza di Alzheimer è un campo in grande sviluppo, nei laboratori di ricerca. Altra via di ricerca attiva è quella che punta sullo sviluppo di una risposta immunologica contro la malattia cercando di sviluppare un vaccino in grado di contenere la produzione di b-amiloide (il peptide che si aggrega a formare le placche).

3. Questo fenomeno ha un preciso significato medico e definisce un particolare comportamento che colpisce i pazienti affetti da una grave perdita delle funzioni cognitive generalmente correlato alla demenza senile oppure alla malattia di Alzheimer, che è detto wandering. In questi casi, infatti, il paziente anziano abbandona aree sicure, siano esse site nel proprio domicilio, in una casa di cura oppure in un ambiente comunitario, vagando e perdendo completamente la capacità di orientarsi. La ricerca ha definito il wandering come una deambulazione casuale e senza scopo, caratterizzata da movimenti in avanti e indietro, privi di senso logico. Alcuni studi affermano che dietro a questa specifica sintomatologia si cela, un forte desiderio di comunicare, a seguito alla perdita delle principali capacità di linguaggio. Il wandering è una manifestazione di irrequietezza nel malato e può essere prevenuto adottando gesti e comportamenti volti a infondere tranquillità e sicurezza nel soggetto cercando di non limitarne i movimenti, anche attraverso la configurazione spaziale dei luoghi.

4. Cfr. Regione Toscana Giunta Regionale, Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS, Università degli Studi di Firenze, (2002), *Architettura per l'Alzheimer. Il malato di Alzheimer e l'ambiente*, Volume primo, Firenze.

5. Cfr. Gramegna S., (2021), *Interior Design as a tool for dementia care. Experiences and guidelines for the Therapeutic Habitat Model*, Franco Angeli.

PARTE TERZA

**Il corpo e la mente come canale di transito tra
lo spazio e il progetto**

3.1 Spazio ospedaliero e spazio abitato

Le teorie appena esposte, relative alla terapia non farmacologica dei soggetti Alzheimer, evidenziano tutte la presenza di un rapporto di necessità tra il corpo umano e lo spazio circostante. Scrive Cristina Bianchetti «il corpo funge da canale di transito tra lo spazio e il progetto. Il corpo malato e le sue nevrosi. E questo corpo malato è preso in cura dal progetto in modi numerosi e differenziati, attraverso soluzioni stupefacenti, immaginifiche oppure rapide, convenzionali, insufficienti. In fondo è sempre la grande illusione della medicalizzazione dello spazio: la lunga parabola dell'igienismo. Il desiderio di un mondo sano e ordinato nel quale ridurre le fonti della nostra sofferenza»¹.

Lo spazio costruito influenza la cura del corpo condizionandone le azioni, i movimenti e la percezione. La società, ossessionata dalla cura e dalla volontà ostinata di trovare risposte alle problematiche relative alla nostra salute ha concepito il progetto come una soluzione, come riporta uno studio del Canadian Centre Of Architecture². In questa chiave potrebbe sembrare che il progetto sia da intendersi in maniera meramente funzionalistica e ciò può portare all'erronea convinzione che questo debba prevedere strettamente soluzioni scaturite dalle necessità mediche e cliniche.

La società occidentale ha elaborato nel corso dei secoli una serie di luoghi della cura i quali sono stati eretti a monumenti della scienza medica. In quei luoghi il soggetto da curare è prima di tutto un paziente a cui i medici somministrano una terapia. La disciplina medica positiva ha finito per condizionare il progetto di questi spazi sottraendo ai pazienti il ruolo degli abitanti, e troppo spesso ai progettisti il ruolo di registi. In questo senso la storia delle istituzioni sanitarie ci viene in aiuto e quanto descritto

nella prima parte di questo testo ci fa ben comprendere come i luoghi della clinica finiscano per divenire dei meri contenitori di attrezzature mediche.

Occorre sottolineare che lo spazio ospedaliero, quello strettamente clinico, non si configura affatto agli occhi del malato come uno spazio abitato. Esso viene piuttosto percepito come un luogo di attesa, in cui si viene ricoverati aspettando la guarigione. In sintesi, un luogo essenzialmente poco umanizzato. Sull'umanizzazione degli spazi di cura vi è una ampia letteratura che spesso ha portato alla definizione di linee guida e strategie di intervento⁴. Ci si può interrogare allora sulla relazione che intercorre tra ospedali e case, i due luoghi emblema uno dello spazio clinico e l'altro dello spazio abitato.

In questo senso una riflessione esemplare sulla natura abitativa dello spazio di cura può venire dall'analisi di un progetto di un grande maestro dell'architettura del Novecento. Nel progetto per l'Ospedale di Venezia a San Giobbe, Le Corbusier si confronta con il tema dello spazio clinico. Il crescente interesse di Le Corbusier per la questione veneziana porterò l'architetto ad

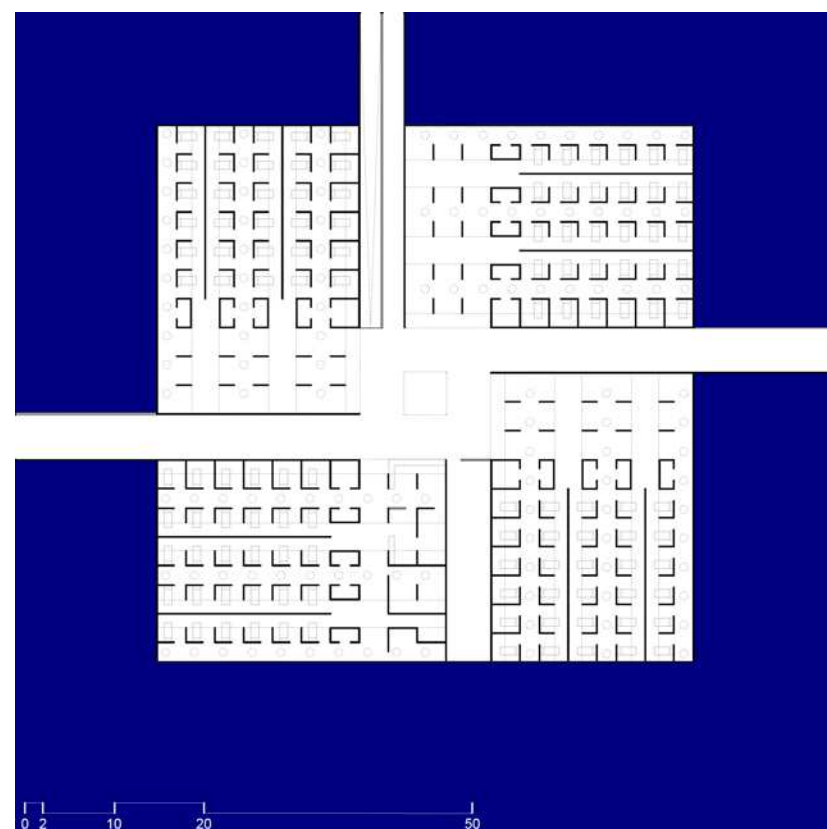
accettare l'incarico della progettazione preliminare dell'ospedale nel novembre del 1963. Egli scrive in una sua lettera che si configura come il palinsesto del suo pensiero sul progetto: «Mi sono messo in testa di occuparmi del nuovo ospedale di Venezia. L'ospedale è la casa di un uomo, così come la dimora è la casa di un uomo. La chiave è l'uomo: la sua statura (l'altezza), il suo passo (la durata), il suo occhio (il suo punto di vista), la sua mano, sorella dell'occhio. Tutto lo psichismo vi aderisce in totale contatto. Ecco come si presenta il problema. Il benessere è una questione di armonia. Ciò che si lega alla struttura del vostro ospedale si estenderà nei dintorni: osmosi. [...]»³.

Ancora una volta la riflessione che l'architetto effettua sullo spazio dedicato alla cura è da ricondurre al corretto dimensionamento della camera, un concetto elaborato ampiamente nelle opere residenziali e soprattutto nella elaborazione del Modulor, che venne definito da Albert Einstein "una scala di proporzioni che rende difficile l'errore, facile il suo contrario".

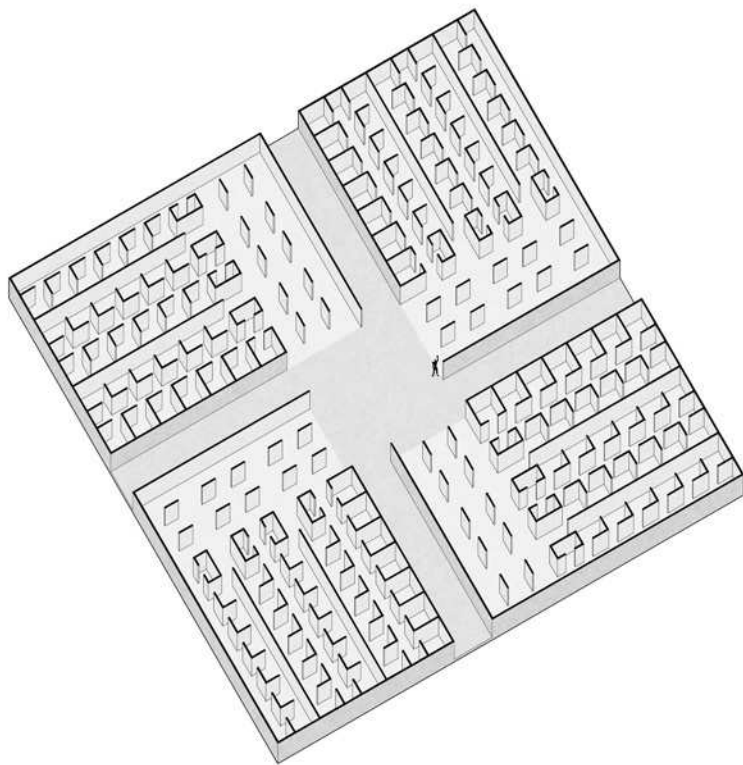
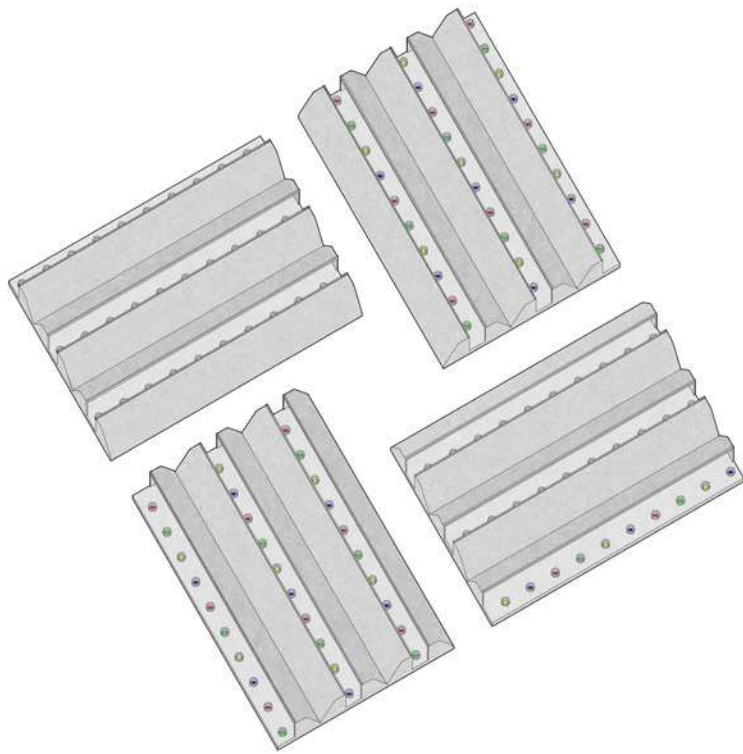
A questa visione antropocentrica si lega in questa istanza anche la consapevolezza di uno spazio che, se correttamente riportato



3.1 Planimetria del progetto dell'Ospedale di Venezia a San Giobbe di Le Corbusier (1965)



3.2 Planimetria di dettaglio del modulo di degenza, progetto dell'Ospedale di Venezia a San Giobbe di Le Corbusier (1965)



0 2 10 20 50

3.3 Esploso assometrico del modulo di degenza, progetto dell' Ospedale di Venezia a San Giobbe di Le Corbusier (1965)

alla dimensione umana, una dimensione tipicamente percepita come domestica, risulta generatore di benessere.

Nella riflessione dell'architetto riveste un ruolo fondamentale il rapporto che egli vuole instaurare tra il peculiare contesto urbano della città di Venezia e la struttura ospedaliera. La definizione della dimensione massima, legata all'altezza del Campanile di San Marco risulta emblematica nello stabilire il rapporto con la città. In questo senso l'ospedale si configura come estensione della città, ne assume i limiti dimensionali, la scala, il paradigma insediativo.

Il progetto di massima datato ottobre 1963, prevede una struttura che si sviluppa lungo percorsi orizzontali e non attorno a vani scala ed ascensori. Dal punto di vista funzionale sono rispettati i tre livelli differenziati per funzione e distinti attraverso un differente sistema di percorsi. Al primo livello si collocano i servizi previsti per il pubblico, i locali tecnici e amministrativi, le unità di primo intervento e l'accesso per i visitatori e pazienti. Questi ambienti comunicano tra loro attraverso una rete di percorsi in continuità con la maglia urbana di San Giobbe.

La restante parte di questo livello è dedicata alla rete di pilotis che sorgendo dalle acque della laguna si pone come sostruzione delle strutture superiori. Il terzo livello è quello riservato alle stanze per la degenza dei pazienti. Questo è organizzato secondo i moduli di degenza, costituiti dall'aggregazione di unità letto, tenuti insieme da un sistema di percorsi differenziati allo stesso modo del tessuto urbano veneziano: secondo calli, campielli e giardini.

Proprio l'unità minima, nella sua analogia con lo spazio della Venezia storica si configura come la trasposizione di uno spazio urbano veneziano, ben noto agli avventori dell'ospedale. L'unità minima di cura è rappresentata dalla stanza singola, uno spazio riservato all'intimità del degente e volto a garantire il massimo della privacy. È questo un concetto all'avanguardia che carpisce le moderne teorie dello spazio ospedaliero basate sull'innalzamento degli standard abitativi del paziente e sulla umanizzazione degli spazi che passano da una natura collettiva (grosse camerate) a spazi più privati (camere singole). Più unità minime raggruppate lungo un percorso si configurano come l'unità di cura e quattro unità di cura formano un modulo di degenza.

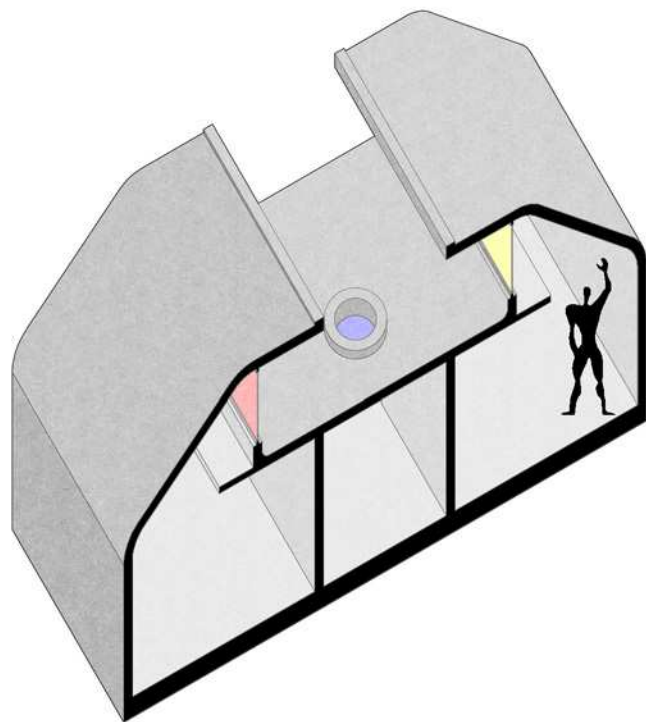
L'unità minima è di forma quadrata con lato di 2,96 metri,

arredata con un letto un armadietto, un tavolino ed un comodino. Due unità sono collegate da una parte scorrevole che permette di separare le due stanze per assicurare maggiore privacy. L'altezza totale è di 3,66 metri ed è ridotta sulla parte riservata al letto a 2,26 metri. La soletta permette di sostenere le fonti di illuminazione artificiale ed impedire l'irraggiamento diretto. Le unità letto sono collegate da percorsi alti e larghi 2,26 metri illuminati dall'alto da aperture circolari munite di lucernari in vetro colorato. Sul tetto trovano spazio giardini pensili con funzione di raffrescamento, umidificazione e filtro per i raggi del sole. La soluzione studiata da Le Corbusier prevede la massimizzazione della superficie adibita ad unità letto mediante la giustapposizione di più stecche di stanze. Tale aggregazione prevede che le stanze non possano avere delle bucaure di tipo tradizionale. L'illuminazione dell'unità letto è risolta tenendo in considerazione gli effetti terapeutici della policromia. Per questo il progetto prevede un'apertura vetrata di 2,26 per 1,4

metri posta a 2,26 metri di altezza. All'esterno su di essa è collocato un pannello metallico di colore diverso per ogni unità la cui posizione è regolata dal malato attraverso un dispositivo elettrico che gli consente di regolare la colorazione e l'intensità della luce naturale.

Il progetto di Le Corbusier offre lo spunto per comprendere alcune chiavi di lettura dello spazio abitato, ed in particolare per il progetto dei luoghi di cura, che possono essere riassunte secondo quattro punti:

1. Uno spazio abitato è pertanto in prima istanza, uno spazio a misura di uomo, e la misura dell'uomo è sempre una misura che ha a che fare con una scala domestica;
2. Uno spazio abitato è uno spazio che si integra con il contesto circostante, che non si configura come un elemento monadico. L'integrazione è un rapporto non sempre direttamente legato alle forme, ma può scaturire solo dalla lettura e dalla comprensione delle specificità del contesto e del progetto stesso;
3. Uno spazio abitato presenta sempre dei limiti fisici che definiscono strettamente lo spazio del progetto e quello esterno;
4. In uno spazio abitato è sempre riconoscibile univocamente lo spazio intimo e privato, dallo spazio pubblico e collettivo, poiché di natura sostanzialmente differente.



3.4 Spaccato assometrico dell'unità minima di degenza, progetto dell'Ospedale di Venezia a San Giobbe di Le Corbusier (1965)

Note

1. Cfr. Bianchetti C., (2022), *Corpi tra spazio e progetto*, pp.31, Mimesis.
2. Cfr. Borasi G., Zardini M., (2012), *Imperfect Health. The Medicalization of Architecture*, CCA, Lars Müller Publisher, Zurigo.
3. Lettera di Le Corbusier per l'avvocato Ottolenghi l'11 marzo del 1964, *Scuola grande di San Marco*, Archivio Progetti IUAV, Fondo Le Corbusier.
4. A titolo esemplificativo si rimanda al testo *Del Nord R.*, Peretti G., *L'Umanizzazione degli spazi di cura* Linee guida, Ministero della salute.

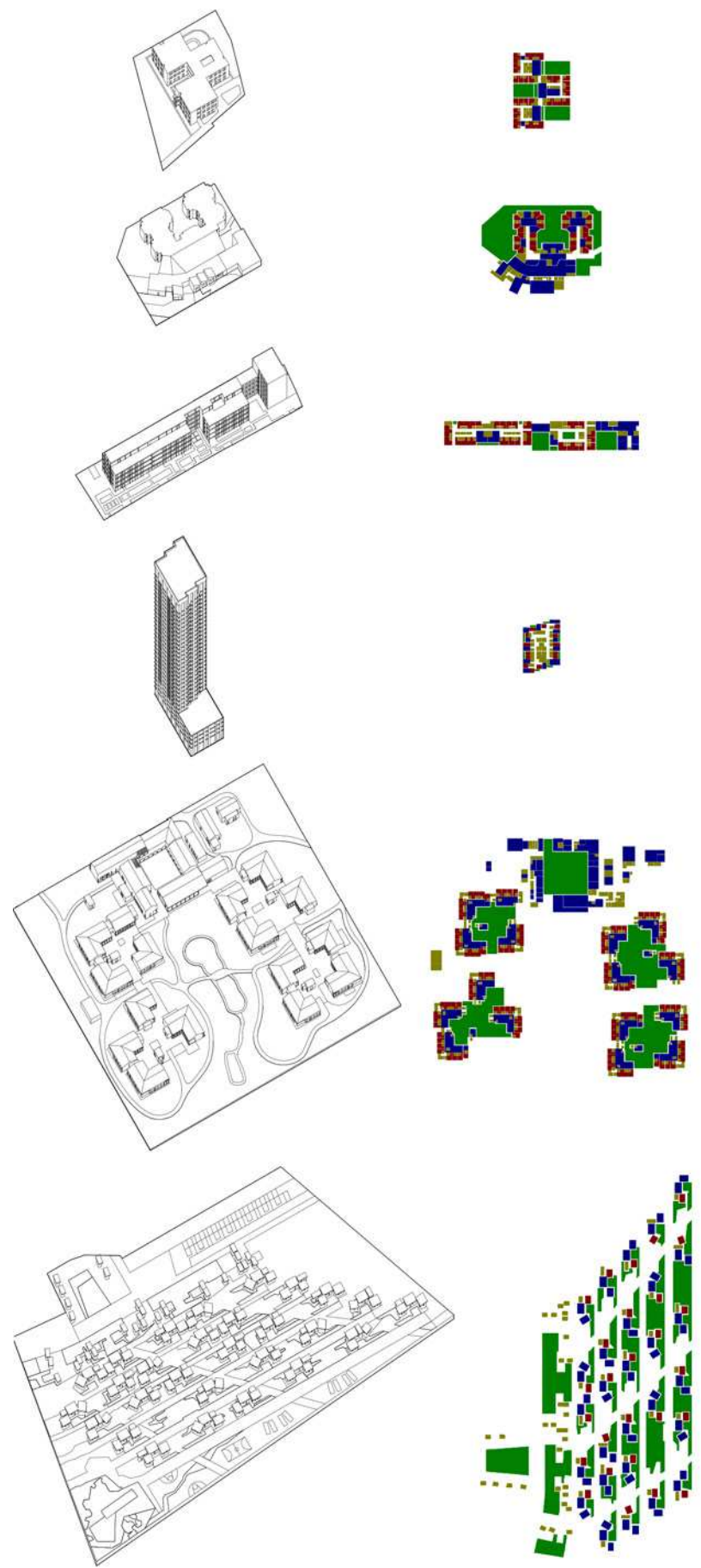
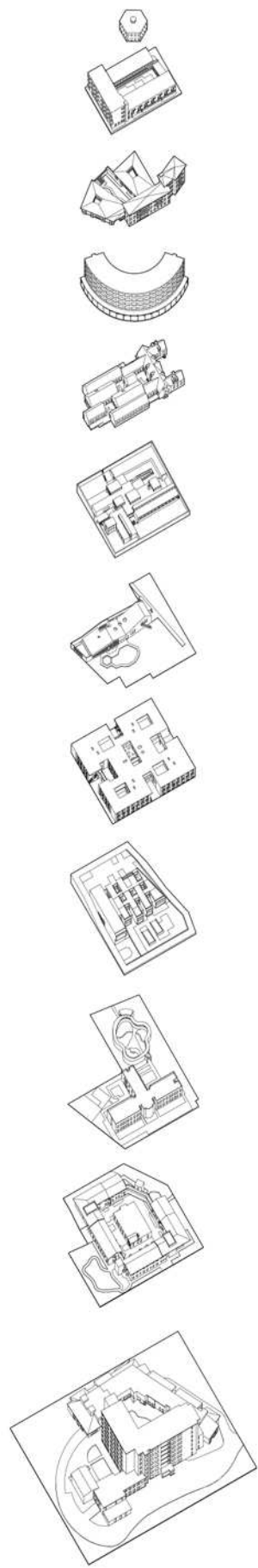
3.2 La casa di cura e la residenza assistita

La descrizione della realtà costruita si configura come un fondamentale passaggio per la costruzione di una tassonomia interpretativa del fenomeno edilizio. Attraverso la lettura della realtà costruita, costituita cioè da organismi edilizi compiuti e scaturiti da un processo progettuale univoco, è possibile definire delle categorie spaziali che sono state utilizzate per la composizione architettonica dei nuovi luoghi della cura. Il panorama edilizio si dimostra in questo senso ampiamente documentato comprendendo centinaia di edifici residenziali e di assistenza per i soggetti Alzheimer.

Ogni anno l'ADI pubblica il World Alzheimer Report, un rapporto riguardante contenuti socioeconomici. Il report inoltre tratta degli sviluppi nel campo della ricerca, della scienza, del trattamento, della cura e dell'innovazione, in relazione alla malattia di Alzheimer a livello globale. Nell'edizione 2020 questo documento ha trattato il tema del progetto per lo spazio delle demenze anche attraverso la proposizione di schede di analisi di numerosi casi studio.

Lo scopo del volume è stato quello di illustrare, in una logica di sensibilizzazione al tema, gli sforzi a livello mondiale che vengono riposti nella progettazione di edifici che soddisfino le esigenze e le aspirazioni delle persone affette da demenza e da coloro che se ne prendono cura. Il report ha analizzato ben 84 casi di studio provenienti da 27 paesi di tutto il mondo focalizzando l'attenzione sull'elaborazione analitica di informazioni provenienti dagli utenti e richieste in forma di sondaggio.

L'importanza di studi di questo genere permette di avere una istantanea del fenomeno costruttivo relativo alle residenze ed



0 10 50 100 250

3.5 Confronto degli impianti edilizi mediante la rappresentazione assometrica e diagrammi compositivo funzionali: in rosso spazi delle camere, in verde spazio esterno; in blu gli spazi aggregativi, in giallo gli spazi assistenziali e di servizio.

ai centri di assistenza. Tuttavia, i limiti di questo documenti risiedono nell'interpretazione spaziale di questi luoghi, la quale si dimostra carente in contenuti sinteticamente interpretativi e formali. Infatti, i luoghi vengono descritti prevalentemente attraverso delle categorie percettive degli utenti e non in chiave morfologico-compositiva degli spazi. E inoltre, la sovrabbondanza di casi studio nonché la differenza sostanziale nell'areale di distribuzione dei casi analizzati, ossia l'intero globo terrestre, diventano limiti strutturali alla lettura interpretativa, che troppo spesso non può procedere in maniera sinottica.

Un altro significativo modello di analisi della realtà costruita è quello che viene proposto dalle linee guida redatte dal Centro Interuniversitario di ricerca TESIS². Nel primo volume dello studio, si propone un metodo di analisi incentrato sulla interpretazione in chiave analitico formale dei principi dell'*Environmental-Behaviour mode*^β. Si propongono alcuni casi derivanti dalla osservazione diretta del fenomeno edilizio sul territorio, attraverso una descrizione spaziale. Le schede sono sempre correlate da una lettura critica degli autori che individuano negli edifici criticità e punti di forza. Nel secondo volume, la parte maggiormente dedicata alle linee guida per il progetto, si forniscono schede di comprensione spaziale che partono dalla ricerca di requisiti funzionali a cui lo spazio deve rispondere.

Questi due modalità di lettura possono rappresentare due estremi: da un lato, una lettura effettuata da non addetti ai lavori (nel campo del progetto per l'edilizia) aiuta a immedesimarsi all'interno del quadro delle esigenze dei fruitori attraverso una comprensione percettiva dello spazio costruito; dall'altro, una lettura analitica e strettamente funzionalistica effettuata da professionisti esperti della costruzione dello spazio, ma che risponde in maniera molto assertiva, attraverso cioè prescrizioni e raccomandazioni, che si configurano come un limite alle contingenze del progetto.

Facendo tesoro di queste due lezioni, si propone in questo studio, un tipo di lettura basato sulla interpretazione formale della realtà costruita, cercando in questo senso di trarre delle riflessioni sullo spazio generato e sulla sua percezione agli occhi dell'utilizzatore finale. Per questo motivo, sono stati selezionati 18 casi studio, derivanti da una ricognizione della realtà costruita in materia e dall'impatto che questi edifici hanno avuto sul

dibattito internazionale in merito alla questione dei nuovi luoghi di cura. I casi presentati sono stati ricondotti alla medesima scala di rappresentazione, mediante una attività di rilievo da testo, e successivamente sono stati analizzati attraverso le proprie parti costitutive secondo un procedimento scalare che ne ha permesso di individuare le peculiarità spaziali.

3.2.1 Strutture monoblocco, la residenza come edificio singolo

Una prima macro-suddivisione in categorie può essere effettuata alla scala dell'organismo edilizio, considerando la natura morfologico strutturale. Questo genere di lettura permettere di discernere gli edifici singoli dalle aggregazioni.

Alla prima categoria, quella degli edifici singoli, appartengono tutte le residenze che si configurano come una struttura unica. Questo genere di edifici è quello che si riscontra maggiormente soprattutto a causa delle ridotte dimensioni in pianta che riesce ad assicurare. Il contenimento delle superfici non corrisponde tuttavia ad un contenimento dei volumi, che molto spesso si configurano su più livelli, generando non pochi problemi di accessibilità per l'ospite.

Le ridotte dimensioni degli impianti edilizi consentono tuttavia di descrivere uno spazio circoscritto entro il suo perimetro, riconoscibile e ben definito: Il dentro ed il fuori dell'edificio divengono una componente fondamentale della mappa mentale che ogni ospite si costruisce. Questa caratteristica assicura all'anziano un grado di riconoscibilità e appropriazione degli spazi molto più alto facendo percepire l'edificio univocamente e consentendo un maggiore orientamento spaziale. L'edificio singolo, a causa della sua natura si presenta molto spesso all'interno di condizioni urbane in stretto rapporto con il contesto circostante.

Il rapporto dentro-fuori, può essere percepito dall'ospite come un limite alla sua libertà: ad esempio, ci si può sentire in una condizione di reclusione anche solo osservando la finestra e vedendo che all'esterno c'è una strada trafficata, senza avere la possibilità di accedervi. La contemplazione dello spazio esterno, come il controllo degli accessi sono tutte tematiche strettamente

derivate dalla compressione della struttura residenziale in un solo edificio. Utile in questo senso è una accurata analisi degli spazi di affaccio delle stanze, e delle relazioni che queste possono avere nei confronti della realtà circostante.

La configurazione volumetrica formale di questo tipo di edifici può avere differenti nature, riscontrate nell'analisi dei casi studio di seguito riportata. È possibile riscontrare edifici compatti, composti cioè da un singolo blocco; edifici a stecca, composti secondo una disposizione lineare; edifici ad ali, composti cioè secondo uno schema simmetrico lungo un solo asse; edifici a corte, i cui i volumi si dispongono secondo uno schema che identifica uno spazio vuoto centrale; edifici a patio, i cui volumi si dispongono secondo uno schema che identifica uno spazio vuoto aperto; edifici a più corti; nei quali i volumi sono interrotti dalla presenza di più spazi vuoti interni, edifici a più patii, nei quali i volumi si distribuiscono di modo da identificare più di uno spazio vuoto.

Per meglio comprendere la natura spaziale in relazione al quadro delle esigenze, un ulteriore contributo può essere dato dalla lettura analitica secondo alcune delle caratteristiche dell'*Environmental Behaviour model*.

In particolare, considerando gli organismi edilizi ad una scala che permetta di comprenderne la composizione volumetrica, si possono descrivere i parametri relativi al controllo delle uscite, ai percorsi di vagabondaggio, alla libertà esterna, alla residenzialità, al supporto dell'autonomia e alla comprensione sensoriale:

1. Controllo delle uscite: la scala, spesso contenuta nell'edificio e la immediata riconoscibilità tra le parti interne ed esterne permette di avere un elevato livello di controllo delle uscite ed una alta visibilità;
2. Percorsi di vagabondaggio: la limitatezza dell'impianto spesso condiziona la continuità del percorso ma ne favorisce sicuramente l'orientamento da parte del fruitore;
3. Libertà esterna: la disponibilità di spazi esterni può essere un fattore strettamente limitato in base alla collocazione nell'ambito urbano dell'edificio. Un limitato numero di aree verdi consente tuttavia una maggiore cura nelle dotazioni di accessibilità per assicurare la fruizione degli spazi;
4. Residenzialità: la dimensione delle strutture consente di

inserire spazi di dimensione adeguata all'uso domestico con un rapporto tra le parti decisamente più contenuto;

5. Supporto all'autonomia: la scala dell'edificio consente di avere una maggiore accortezza in termini di dotazioni di sicurezza e accessibilità dello spazio;

6. Comprensione sensoriale: uno spazio di piccole dimensioni, molto spesso immerso in un contesto urbano, dovrà prevedere accurate prescrizioni per la limitazione del rumore. Il contenimento dimensionale è una caratteristica che aiuta l'ospite nell'individuazione degli spazi.

3.2.2 Strutture a padiglioni, la residenza come "aggregato urbano"

La seconda categoria spaziale è quella delle aggregazioni. Si tratta di un genere di strutture composte da più elementi disconnessi da cui scaturiscono differenti condizioni spaziali. Sono generalmente di scala molto più ampia rispetto ai precedenti e identificano condizioni di rapporti tra le parti che per certi aspetti si configurano come urbane.

Questo genere di residenze trova collocazione frequentemente in ambito extraurbano o al più in zone periferiche. La grande dilatazione delle superfici permette di avere edifici monopiano, o per lo meno con un alto livello di accessibilità. I complessi di questo tipo consentono il trattamento di ampie superfici a verde e permettono la collocazione di numerosi spazi esterni per le attività di riabilitazione.

La composizione dei volumi favorisce la possibilità di inscenare condizioni urbane tipiche della strada o della piazza facendo percepire all'anziano di vivere la dimensione di un quartiere. Vivere lo spazio pubblico può consentire ai soggetti Alzheimer di riscoprire aspetti della quotidianità e del vissuto individuale. In questo senso, lo spazio esterno non prevede dei limiti ben definiti e questo può dar luogo ad un senso di smarrimento nell'anziano, soprattutto se si considera la tendenza di questi soggetti all'allontanamento ed al wandering. Risulta di fondamentale importanza un adeguato progetto del verde che possa integrare anche il sistema dei percorsi e dei camminamenti in maniera da favorire la fruizione degli spazi. Considerando la vastità degli

impianti e la dislocazione delle parti, la natura di questi complessi presuppone un alto livello di servizi assistenziali a corredo della residenza con un conseguente dispendio di risorse in termini economici e di personale a supporto.

Anche il livello di inclusività nei rapporti quotidiani e nella pianificazione delle attività risulta fondamentale al fine di attenuare il senso di smarrimento e spersonalizzazione dato dalla profonda dilatazione degli spazi, nonché dalla compresenza di un numero ben maggiore di attori.

Gli aggregati, data la loro natura, seguono delle definizioni compositivo formali molto simili a quelle urbane. In particolare, si riscontrano: aggregati attorno ad una polarità, sono complessi formati da una aggregazione di elementi ripetuti serialmente attorno ad un polo attrattore; aggregati in forma di tessuto, si tratta di complessi costituiti da elementi disposti secondo una griglia geometrica che ne definisce le percorrenze e i perimetri di afferenza; aggregazioni in nuclei, si tratta di complessi costituiti secondo dei gruppi di elementi gerarchicamente subordinati rispetto ad un cardine (elemento con una valenza maggiore).

Anche in questo caso si propone una lettura attraverso le caratteristiche dell'*Environmental Behaviour model*. In particolare, analogamente a quanto fatto per le strutture a edificio singolo, si possono descrivere i parametri relativi al controllo delle uscite, ai percorsi di vagabondaggio, alla libertà esterna, alla residenzialità, al supporto dell'autonomia e alla comprensione sensoriale:

1. Controllo delle uscite: la scala dilatata dei complessi permette di non avere immediatezza del controllo, visto l'ampio numero di uscite. La visibilità delle stesse può essere favorita se si considerano opportuni accorgimenti di caratterizzazione materica delle uscite;
2. Percorsi di vagabondaggio: la presenza di spazi esterni ampi permette di realizzare una certa continuità nei percorsi di vagabondaggio e di connetterne le percorrenze. L'orientamento risulta sfavorito dalla scala del complesso ma può essere assicurato attraverso accorgimenti progettuali;
3. Libertà esterna: vi è sempre una ampia disponibilità di spazi esterni che tuttavia deve prevedere un supporto non sempre delegabile alle componenti progettuali. Infatti, la superficie estesa delle aree verdi non consente sempre una fruizione

libera da parte dell'anziano;

4. Residenzialità: la dimensione del complesso può generare un senso di smarrimento nell'anziano che però può essere affrontato mediante l'utilizzo nel progetto di accorgimenti che rendano lo spazio simile a quello domestico e familiare;
5. Supporto all'autonomia: la scala del complesso è tale da costituire un limite alle dotazioni di sicurezza per l'anziano, e questo avviene specialmente nelle ampie aree esterne;
6. Comprensione sensoriale: la collocazione extraurbana e l'ampia disponibilità di verde, che si configura come un naturale filtro, consentono di costituire un'ambiente con maggiore serenità e assenza di rumore. La dilatazione delle dimensioni si configura come un limite fisico alla comprensione dello spazio.

Note

1. L'ADI è la federazione internazionale delle associazioni Alzheimer e demenza nel mondo. Associazione che intrattiene rapporti ufficiali con gli organi delle Nazioni Unite come l'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'associazione si occupa di sensibilizzare sul tema della demenza al fine di evidenziare quanto questa sia una priorità sanitaria globale. Tra le sue attività vi è la promozione di politiche migliori da parte dei governi e l'incoraggiamento negli investimenti, nonché l'innovazione nella ricerca sulla demenza.
2. Regione Toscana Giunta Regionale, Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS, Università degli Studi di Firenze, (2002), *Architettura per l'Alzheimer. Il malato di Alzheimer e l'ambiente*, Volume primo e volume secondo. Firenze.
3. Si rimanda alla trattazione proposta nella parte seconda di questo elaborato.

3.3 Organizzazione spaziale e sequenze

Nella descrizione dello spazio costruito un ruolo fondamentale è assunto dalla configurazione interna che si esplicita nella concatenazione spaziale, cioè nel rapporto tra gli elementi che costituiscono l'ambiente. Nello specifico caso dell'Alzheimer occorre considerare che non esiste una configurazione spaziale prediletta e univoca per le residenze e per i centri assistenziali poiché, a fasi differenti della malattia corrispondono differenti gradi di autonomia fisica e mentale del soggetto.

In passato, la casa di riposo e la casa di cura hanno rappresentato un luogo configurato come un contenitore di stanze che potesse fornire servizi medici e assistenziali senza curarsi della qualità ambientale. L'evoluzione del modello del nucleo di cura ha portato ad una maggiore consapevolezza della visione percettiva dello spazio costruttivo. Esperienze più recenti hanno condotto alla definizione di unità ambientali basate su un corretto dimensionamento spaziale che scaturisce da caratteristiche come: il numero degli ospiti, il loro grado di autonomia e il retaggio culturale derivato dal loro vissuto. Di seguito si riportano una serie di modelli derivati dalla realtà costruita che hanno indirizzato la lettura degli spazi dei casi studio riportati nella parte finale degli apparati di questo testo.

Il primo elemento, cioè il numero di residenti nell'unità, rappresenta un fattore che influenza il benessere del soggetto Alzheimer. Numerosi studi clinici hanno sottolineato quanto le strutture che accolgono e forniscono l'assistenza a piccoli gruppi di residenti permettano di favorire la socialità e ridurre le situazioni di agitazione attraverso soprattutto il controllo del rumore. I residenti che vivono in grandi strutture sono spesso maggiormente soggetti ad aggressività e agitazione, a causa

della eccessiva stimolazione sociale. Al contrario, i soggetti con demenza che vivono in strutture più piccole incontrano meno agitazione, ansia e vivono situazioni meno stressanti.

Un genere di approccio alla composizione, detto per piccoli gruppi residenziali, si esplicita in una configurazione spaziale che richiede una scala dell'edificio ridotta. In questo senso i gruppi di residenti occupano unità collocate in strutture separate rispetto agli spazi dedicati alle cure.

Questo accorgimento serve ad evitare la presenza di oggetti che possano ricordare una situazione legata alle istituzioni sanitarie. L'approccio per piccoli gruppi è generalmente riservato a persone che hanno bisogno di un alto livello di assistenza e che quindi necessitano di maggiori stimoli dallo spazio costruito. Ad esempio, gli spazi collettivi prevedono elementi riconoscibili dai residenti e identificati come archetipici: un camino, una cucina, un soggiorno domestico. La modalità aggregativa per piccoli gruppi ha lo scopo principale di stimolare le relazioni sociali dei residenti nelle attività quotidiane.

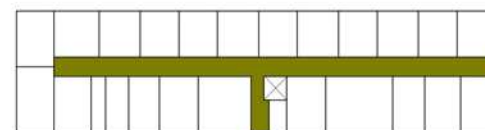
Un altro modo di intendere il gruppo residenziale è stato sviluppato nell'ambito nordeuropeo nei primi anni Novanta dove nacque il cosiddetto *Group Living*.

Questo modello consiste nella definizione di case o appartamenti indipendenti in forma di gruppo. Inizialmente inteso per garantire una forma di cure intermedie, non a lungo termine, questo genere di modello è stato sviluppato per soddisfare le esigenze delle persone con demenza moderata, con un certo grado di indipendenza. Molto spesso i complessi residenziali con un livello di assistenza basso si collocano vicino a strutture cliniche di modo da assicurare una continuità nell'assistenza in ogni fase della malattia.

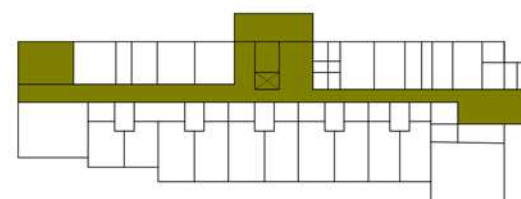
La struttura fisica di questo modello prevede delle caratteristiche molto eterogenee a causa dell'alto livello di personalizzazione degli spazi e della maggiore libertà consentita. Solitamente le unità ospitano gruppi di 6-8 persone, in cui i residenti hanno la propria stanza privata, o in alternativa un alloggio, e condividono una serie di aree comuni.

Nei Paesi Bassi, a partire dagli anni Ottanta, si è definito un'ulteriore tipo di modello residenziale, quello dello *Small Living*. Questo genere di residenza è caratterizzato dalle dimensioni molto contenute in quanto le piccole comunità abitative possono ospitarne un massimo di 6 residenti in un ambiente del tutto

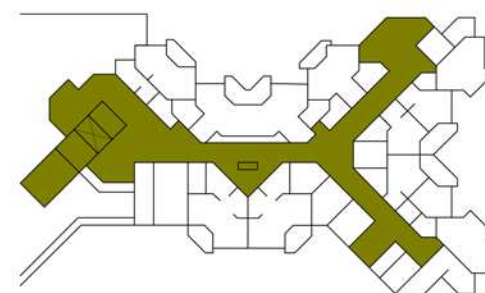
SCHEMA ISTITUZIONE



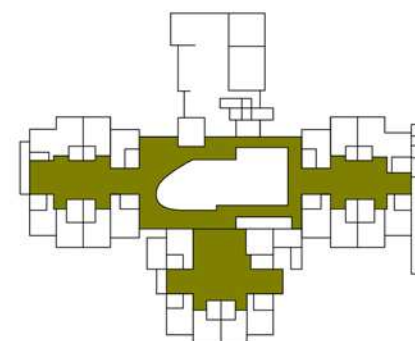
SCHEMA REPARTO OSPEDALIERO



SCHEMA DORMITORIO



SCHEMA CASA COMUNITA'



simile ad una casa. Per rafforzare questa caratteristica, la routine quotidiana è organizzata attorno alle normali attività della vita quotidiana. Questo concetto stimola inoltre i residenti a vivere una socialità di tipo domestico nel quale il personale che si dedica all'assistenza, solitamente due operatori, svolge attività che variano da quelle dell'assistenza ad alcune attività domestiche, incoraggiando gli anziani nella quotidianità, come avviene tra membri di una famiglia.

Un modello incentrato sulle teorie del *Eden Alternative* è quello delle *Green House* nato negli USA. Solitamente le strutture afferenti a questo modello sono concepite per ospitare piccoli gruppi di 6-12 persone. La caratteristica principale di questi luoghi è il rapporto di stretta vicinanza tra lo spazio costruito e quello verde. Questa relazione è spesso cercata attraverso l'utilizzo di una serra o di un giardino d'inverno. Nel modello *Green House* si dà inoltre molta importanza alle attività all'aperto ed a quelle legate alla alimentazione. Una componente fondamentale è quella dell'arredamento che deve ricordare un luogo vissuto e deve prevedere l'uso di decorazioni personali.

In Giappone si è sviluppato un modello terapeutico indicato dalla letteratura come *Group Homes*. Le comunità basate su questo approccio si configurano come gruppi di case tradizionali giapponesi in cui vivono solitamente 6-7 persone con demenza, assistite da due operatori. In questo approccio una componente fondamentale è quella dell'inclusività tra i soggetti Alzheimer e la collettività. Si cerca infatti una forte valorizzazione del rapporto di interdipendenza tra i residenti ed i componenti della comunità locale. Il modello è concepito per anziani con un alto livello di autonomia residua.

Modelli comunitari più ampi sono quelli ispirati dall'approccio *Environmental Building*. A questa categoria appartengono le residenze *Hearthstone Alzheimer Care* localizzate prevalentemente negli stati uniti e nel Massachussets. In questo caso i nuclei residenziali ospitano circa 30 persone attraverso una logica basata su nuclei di alloggi disposti attorno ad uno spazio comune.

Questo ha solitamente una caratterizzazione domestica con un ambiente che presenta il camino o la cucina accessibile e ben visibile a tutti i membri della comunità.

Il modello che assume infine una scala molto dilatata è quello del villaggio, il quale proviene dalla cultura dei Paesi Bassi. Il

villaggio è organizzato secondo case-famiglia raggruppate nella forma di quartiere. I vari nuclei di volta in volta si collegano tra di loro e spesso è presente un centro medico assistenziale a supportare i servizi. L'idea di fondo è quella di permettere l'insediamento di una comunità *Dementia friendly*, in cui residenti e persone con demenza possano convivere e condividere la quotidianità del quartiere. L'inclusività è il principale elemento di questo modello ed è favorita attraverso l'assenza di barriere fisiche allo spazio che delimita la casa. Il limite non è più quello della porta o del muro di cinta ma diventa quello del quartiere e del gruppo di case-famiglia.¹

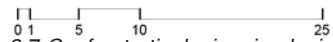
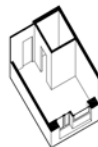
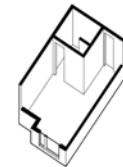
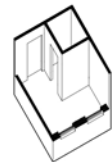
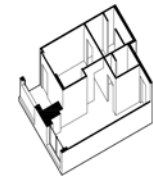
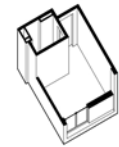
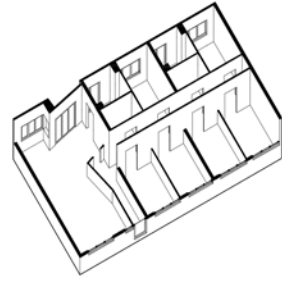
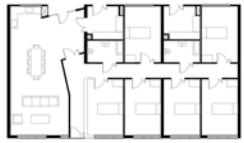
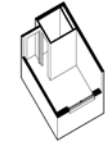
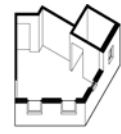
La sperimentazione di un modello analogo è avvenuta in Italia con il progetto *GRACE*, che vede la nascita di una comunità generativa e protetta, studiata per offrire assistenza e rispondere ai bisogni delle famiglie. Il concept del progetto è quello di costituire una piccola comunità protetta, un quartiere a misura di demenza. La ricaduta formale è stata la riqualificazione dell'area del quartiere di Figino a Milano, dove si è costituito il "Borgo sostenibile", un progetto di housing sociale dotato di servizi innovativi e concepito per valorizzare la dimensione sociale di borgo in cui convivono e si supportano soggetti Alzheimer e famiglie residenti.²

3.3.1 La stanza

Nella descrizione della organizzazione spaziale un ruolo centrale è quello assolto dallo spazio minimo abitato. La conformazione spaziale dell'unità minima dipende in gran parte dall'applicazione del modello compositivo alla base della residenza, che condiziona non solo il numero delle unità, ma anche la tipologia. L'unità minima si configura infatti come lo spazio strettamente abitato dall'anziano e solo marginalmente frequentato da assistenti e caregiver.

Lo spazio minimo coincide con la funzione base della residenza e pertanto si configura come la componente essenziale di una residenza. La presenza di questo elemento si caratterizza inoltre il discrimine tra una residenza ed un centro di assistenza. In questo senso lo spazio dell'unità minima può assumere due connotazioni principali: la stanza e l'unità alloggio.

Il primo tipo fa coincidere lo spazio abitato con lo spazio



3.7 Confronto tipologico, in planimetria e spaccato assometrico, relativo alle unità minime dei casi studio di seguito analizzati.



dedicato al riposo dell'anziano. La stanza è il luogo più intimo e quello che dovrebbe prevedere il più alto livello di privacy della residenza. La stanza per sua natura si configura come il luogo dalle dimensioni umane per eccellenza attestandosi su dimensioni che difficilmente superano i 25 mq. Dal punto di vista formale questo spazio può prevedere la presenza di un solo posto letto o di due, a seconda che si preveda la presenza di un assistente o di un caregiver a supporto dell'anziano. Può prevedere o meno un servizio igienico ad uso esclusivo, cioè con accesso interno diretto.

La presenza del bagno di pertinenza può rappresentare un elemento di discontinuità all'interno dello spazio di riposo. Infatti, il blocco del bagno può configurarsi come interno al perimetro della stanza, aggettante, oppure totalmente esterno. In base a questa configurazione si determina un particolare spazio vestibolare di ingresso alla stanza che rappresenta una zona di filtro rispetto alle parti comuni.

La stanza prevede sempre la presenza di almeno una finestra la quale, analogamente a quanto avviene per il bagno, può trovare una collocazione parallela alla parete perimetrale, presentare un imbottito intradosso che la fa avanzare rispetto alla parete della stanza oppure determinare una nicchia estradossata, che configura un luogo dedicato all'affaccio. La tipologia di finestra condiziona l'illuminamento interno formulando differenti condizioni di rapporto tra lo spazio interno e quello esterno.

Il modo di aggregare tra loro le stanze definisce condizioni spaziali differenti: le stanze possono essere ripetute serialmente, in una condizione di omogeneità percettiva; oppure specchiate lungo la parete che ha i bagni in comune di modo da prevedere una caratterizzazione tra le stanze contigue³.

La seconda categoria di spazio minimo è quella dell'alloggio. Si tratta di uno spazio caratterizzato dalla compresenza di più funzioni. È sempre presente uno spazio per il riposo, in forma di stanza singola o doppia, ma a questo si associa sempre un servizio igienico ed almeno uno spazio dedicato alle attività diurne, nella forma di cucina-soggiorno living. L'alloggio è concepito nella forma di una piccola unità residenziale ed è spesso destinata a persone con un elevato grado di autonomia residua. Le modalità di aggregazione dell'alloggio risultano in genere aderenti ad una composizione di tipo seriale, con elementi che vengono ripetuti mediante giustapposizione.

Tra le due tipologie la più utilizzata risulta quella della stanza a causa della libertà di composizione, della possibilità di personalizzazione ed accessibilità da parte degli assistenti.

3.3.2 Gli spazi di aggregazione e il laboratorio

Le unità minime, pur essendo gli spazi fondamentali della residenza, appaiono insufficienti a garantire i livelli minimi di comfort abitativo. La composizione spaziale dei luoghi di cura si struttura attraverso una serie di spazi che assolvono a molteplici funzioni. Nel progetto per le residenze e per i centri di assistenza Alzheimer, un ruolo molto importante nella terapia spaziale è assunto dagli spazi di aggregazione.

Si tratta anzitutto di luoghi dove il soggetto trascorre gran parte delle ore diurne, dove svolge numerose attività ricreative e laboratoriali, ma soprattutto questi si configurano come gli spazi della socialità. Gli spazi di aggregazione possono essere di diversa natura e prevedere più funzioni. Quelle base sono assolate da spazi come quello del soggiorno, della sala da pranzo o della cucina. Ambiti spaziali più specifici sono invece quelli riguardanti attività laboratoriali come il laboratorio musicale, la palestra, la stanza sensoriale.

Tutti questi spazi devono fondamentalmente prevedere di poter essere fruiti liberamente dagli ospiti attraverso una serie di accorgimenti che favoriscono l'accessibilità. In linea generale questo parametro viene assolto quando lo spazio aggregativo si colloca in diretta adiacenza con le unità minime, divenendo una zona di passaggio obbligato per l'anziano. Questo tipo di configurazione può avvenire principalmente in due modi: collocando le stanze attorno allo spazio aggregativo o posizionando lo spazio aggregativo all'ingresso del nucleo delle stanze.

Nella collocazione di questi spazi in relazione alle unità minime è opportuno considerare che questi sono soggetti ad una frequenza molto maggiore rispetto alle stanze e pertanto si dimostra necessario valutare l'impatto del rumore generato dallo spazio aggregativo all'interno degli ambienti più privati.

Le caratteristiche dimensionali variano molto in base al tipo di attività che viene esercitata, come avviene sempre per il progetto delle residenze Alzheimer, grossi spazi generano

un disorientamento nel soggetto che può condurre a stati di agitazione. Molto dipende inoltre dalla componente culturale e dal retaggio personale dell'ospite il quale può essere abituato alla frequentazione di ambienti spaziosi ed ariosi.

La caratterizzazione spaziale avviene attraverso l'utilizzo di elementi che possono evocare l'idea di uno spazio domestico: ad esempio si è riscontrato che la presenza di un camino come luogo di aggregazione possa favorire la relazione sociale tra i soggetti, oppure che attività di cucina in gruppo possano stimolare le capacità pratiche residue. La caratterizzazione spaziale passa anche dall'utilizzo di finiture che possano evocare uno spazio semplice, casalingo e confortevole. È questo il caso delle finiture in essenze di legno naturale chiaro, come avviene in molti ambiti dell'apprendimento come nel caso del metodo Montessori: materiali che invitano l'anziano ad avere un rapporto diretto con lo spazio circostante stimolandone istintivamente sia la vista e sia il tatto.

La preparazione e il consumo dei cibi in particolare, si configurano come attività integrate poiché prevedono una serie di azioni da svolgere in sequenza e consentono all'anziano l'esercizio insieme ad altre persone. È questo il caso di altre attività come quelle che riguardano la sfera della creatività: pittura, manipolazione di oggetti, ricamo e tessitura, musica.

Una esperienza di socialità è quella dell'Alzheimer Caffè⁴. Questo fenomeno nacque in Olanda nel 1997, per iniziativa dello psicogeriatra Bère Misen, il quale si accorse della necessità di coadiuvare la terapia tradizionale con una componente psicosociale. In questo senso il Caffè Alzheimer si configura come un evento, una occasione di scambio e comunicazione che viene fatta con cadenza nel tempo e prevede la compresenza di soggetti Alzheimer e di residenti del territorio. Le attività riguardano l'inclusione sociale, la prevenzione dell'isolamento, lo scambio di esperienze tra le famiglie, una maggiore conoscenza della malattia e la semplificazione dell'accesso ai servizi territoriali. Questo genere di attività può essere sempre organizzata all'interno degli spazi comuni dei centri di assistenza. Altre attività che un centro assistenziale può prevedere sono quelle relative alla attività motoria e sensoriale.

Per la prima non è sempre necessario allestire uno spazio dedicato poiché, sebbene sia preferibile il contatto con la natura e l'attività motoria all'aperto, nella logica di una configurazione

flessibile è possibile progettare uno spazio collettivo multifunzione, che possa essere allestito all'occorrenza per l'attività di ginnastica dolce.

Un tipo di terapia sensoriale è quella effettuata col metodo snoezelen. La terapia è stata originariamente utilizzata nei Paesi Bassi per assistere i pazienti affetti da disturbi cognitivi o dello sviluppo. Per questa terapia viene allestito uno spazio apposito detto "stanza multisensoriale". Gli ambienti snoezelen, a differenza degli spazi aperti, evitano il sovraccarico sensoriale. A volte è sufficiente una sovrapposizione di voci, il rombo di un motore, il televisore o la radio accesi per creare una sensazione di perdita di controllo, di disorientamento, di incapacità di creare relazioni di causa ed effetto. Lo scopo, dunque, è quello di stimolare senza sconvolgere creando un contatto con il mondo interiore. Studi clinici dimostrano che circa trenta minuti di permanenza garantiscono, nelle quattro ore successive, una riduzione fenomeno del wandering. Gli stimoli sensoriali possono essere di tipo tattile (superfici di consistenza diversa), di tipo olfattivo (aromaterapia), colonne snoezelen (cilindri luminosi pieni d'acqua, talora interattivi), stimoli acustici (altoparlanti con suoni e rumori rassicuranti), bagno snoezelen (vasche con stimoli sensoriali), visivi (luci, colori, proiezioni). La snoezelen room determina un significativo incremento dell'autostima: il risultato è dovuto ad un miglioramento della consapevolezza di sé stessi e dell'ambiente circostante, che contribuisce ad un maggior senso di controllo e di accettazione della propria condizione.

3.3.3 Il giardino terapeutico

La componente del verde assume una caratterizzazione fondamentale nel progetto per i luoghi di cura. L'approccio alla natura è sempre molto intimo e riguarda numerosi aspetti della persona quali la propria sensibilità, il proprio vissuto nonché il retaggio culturale. Il verde assume una connotazione terapeutica in termini di serenità e miglioramento dell'umore, sia che si pratichi attività diretta nel giardino, sia che si goda semplicemente della sua sola vista.

Nel vasto panorama di attività all'aperto il giardinaggio rappresenta una di quelle tradizionalmente effettuate. Mettendo le mani a contatto con la terra, si impara a prendersi cura

di un altro essere vivente ed a confrontarsi con le proprie capacità. L'attenzione riposta alle piante permette di diventare responsabile dell'altro, nonché di sé stessi.

L'*Horticulture Therapy* e la *Therapeutic Horticulture*⁵, ortoterapia o orticoltura, sono i principali approcci che prevedono attività di orto e giardinaggio al fine di generare benefici nell'uomo ed in particolare per i soggetti fragili. Le attività sono svolte all'aperto o in una serra e prevedono la coltivazione diretta di piante, per lo più ad uso alimentare, in tutte le fasi dello sviluppo, dalla semina alla raccolta. Attraverso questa attività si domina l'ansia, si controlla lo stress e si eseguono piccoli esercizi fisici. I benefici aggiunti riguardano la stimolazione della socializzazione e della collaborazione e l'apprendimento di attività sequenziali.

Le attività di orticoltura prevedono inoltre una importante coinvolgimento sensoriale del soggetto Alzheimer, attraverso la stimolazione dei cinque sensi: la vista, attraverso i colori delle piante e dei fiori; l'olfatto, attraverso il profumo delle erbe aromatiche e dei fiori; il tatto, dovendo manipolare piante e fiori, il gusto, potendo quando possibile cogliere frutti; l'udito, percependo i rumori della natura come il fruscio delle foglie o gli uccelli tra gli alberi.

La componente del verde nelle residenze e nei centri di assistenza assume natura e forme molto eterogenee. Una classificazione può essere effettuata in merito al contatto tra soggetto ed elemento naturale, ossia se l'individuo entra in relazione direttamente con il verde o se questa relazione è di tipo contemplativo. Tra gli spazi verdi si possono annoverare differenti condizioni caratterizzate da grandi variazioni nel dimensionamento: il parco, il giardino, il cortile interno e il giardino terapeutico.

Il parco si configura come uno spazio aperto dalle notevoli dimensioni che viene a costituirsi mediante una serie di percorsi immersi in un prato, dove trovano collocazione aree di sosta con alberature più alte. Data la natura e la grande dimensione del parco, è sempre necessaria la presenza di operatori per l'accompagnamento degli ospiti nelle ampie aree esterne, e di conseguenza è usuale che questa condizione non sia sempre direttamente fruibile dall'anziano ma possa avere una connotazione parzialmente contemplativa. Inoltre, risulta fondamentale, la corretta disposizione dei percorsi che deve

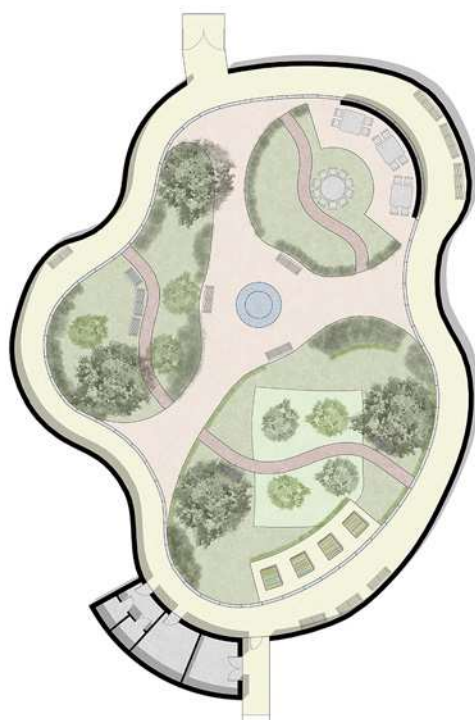
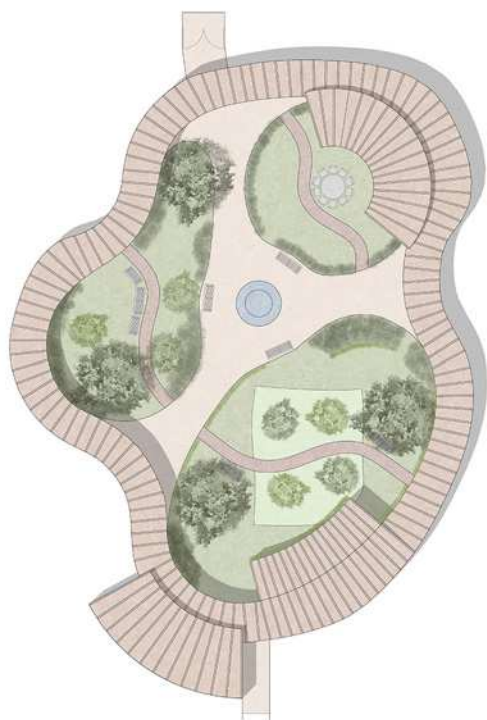
favorire l'orientamento del visitatore.

La condizione di giardino nelle residenze e nei centri di assistenza Alzheimer si configura secondo dimensioni più contenute. Il giardino può essere interno alla parte alloggi e prevedere l'accesso diretto da parte degli ospiti. Solitamente questi spazi sono in stretta relazione con le aree comuni e ne costituiscono la quinta scenica.

Analogo al giardino, ma delimitato su tutti i lati, è il cortile interno, che può prevedere anche dimensioni abbastanza dilatate ed alterna un verde in forma di giardino formale a percorsi solitamente geometrici ed obbligati.

Una esperienza degli ultimi anni è quella del giardino terapeutico che si configura come uno spazio verde altamente accessibile, cioè a disposizione del soggetto in ogni momento, in cui possono essere effettuate numerose attività. Un caso emblematico è rappresentato dalla sperimentazione di giardino Alzheimer nella RSA Casa di Narnali a Prato, effettuata nei primi anni duemila dal Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS con a capo il professor Romano Del Nord⁶.

Il progetto vuole negare innanzi tutto il concetto del parco naturalistico, di estetica passiva, per affermare invece l'idea di un luogo dove il fruitore può avvalersi di diversi stimoli, seguire esperienze interattive, maturare delle conoscenze, apprendere rilassandosi o svagarsi semplicemente. Il percorso, infatti, può essere definito come una "passeggiata cinematografica", lungo la quale si succedono tre aree a tema, concepite come "stanze" vivibili dal visitatore. Il percorso anulare è l'elemento generatore e strutturante del progetto, enfatizzato dalla copertura che ne segue le forme. Esso realizza una sequenza controllata di stimoli percettivi (colori, suoni, profumi), ha uno sviluppo anulare per evitare bivi ed incroci e permette al malato di tornare sempre al punto di partenza. Il suo scopo è quello di distrarre il paziente dal continuo vagabondare e di renderlo partecipe di situazioni diverse. In questo senso è importante che il percorso sia scandito dalle tre aree di sosta. Tali aree sono di forma e dimensioni variabili, a seconda della funzione e del numero di utenti; sono luoghi dove le attività possono andare dalla sosta contemplativa al lavoro manuale. L'intenzione è quella di realizzare uno spazio "da scoprire", quasi un "luogo delle meraviglie", in cui il paziente si senta protetto e possa riappropriarsi del proprio tempo, del



3.8 Il giardino Alzheimer della RSA Casa di Narnali a Prato. In alto pianta delle coperture, in basso pianta sezionata ad 1,00 m.

proprio spazio, del proprio corpo. I luoghi dove ciò può avvenire sono:

1. lo spazio del colore, in cui viene stimolata la percezione visiva attraverso il colore della vegetazione (fiori, foglie e corteccia degli alberi);
2. lo spazio del gusto, e dell'olfatto e del tatto, in cui è possibile cogliere frutti, assaporare l'aroma delle piante officinali e avere contatto diretto con le piante stesse;
3. lo spazio della concentrazione, che consiste in uno spazio di forma circolare, attrezzato per lo svolgimento di attività manuali e ricreative, che permette di attrarre il paziente al suo interno;
4. il luogo della stimolazione uditiva, individuato da una voliera, collocata in posizione centrale rispetto all'intero giardino, in quanto elemento di riferimento visivo anche a distanza.

Una delimitazione netta attraverso un muro ed un terrapieno definisce chiaramente e percettivamente lo spazio in cui l'anziano può circolare e ne perimetra il campo di azione permettendo una chiara riconoscibilità dello spazio costruito.

Note

1. Cfr. Gramegna S., (2021), *Interior design as a tool for dementia care*, Franco Angeli, Milano. pp.103 – 122.
2. Cfr. Biamonti A., (2018), *Design & Alzheimer. Dalle esperienze degli Habitat Terapeutici al Modello GRACE*, Franco Angeli, Milano. pp 135-169.
3. Cfr. Sunder W., Moellman J., 2020, *The Patient Room, Planning, Design, Layout*, Birkhäuser Verlag. pp. 29-36.
4. Cfr. Gallo D., Barba S., (2017), *Facciamo un caffè. Dall'idea all'organizzazione: istruzioni per l'uso di un Alzheimer Caffè*, Hogrefe.
5. Nel mondo anglosassone dove la disciplina è nata si distinguono nettamente i due termini. *L'Horticultural Therapy*, in italiano *Terapia Orticolturale* è quel processo attraverso il quale le piante, l'attività di giardinaggio e la vicinanza che il soggetto percepisce con la natura vengono utilizzate come strumenti nei programmi di terapia e riabilitazione. La terapia è parte dei trattamenti ergoterapici. La *Therapeutic Horticulture*, in italiano *Orticoltura terapeutica* è definita come quel processo attraverso cui le piante e la relazione con esse da parte dell'individuo sono utilizzate per creare benessere fisico e psicologico.
6. Cfr. Regione Toscana Giunta Regionale, Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS, Università degli Studi di Firenze, (2002), *Architettura per l'Alzheimer. Il malato di Alzheimer e l'ambiente*, Volume secondo, Firenze. pp 175-195.

3.4 I luoghi della memoria tra architettura e natura

La perdita progressiva della memoria è uno dei sintomi più comuni della malattia di Alzheimer. È spesso il primo segnale che induce a sospettare l'insorgere della malattia. Si riscontrano vari tipi di perdita di memoria. Nella malattia di Alzheimer, la memoria dei fatti recenti tende ad essere la più colpita, mentre la memoria a lungo termine resiste per molti anni dall'inizio della malattia. Accade così che soggetti ricordino cose che hanno fatto anni prima, ma non riescano a ricordare se hanno già fatto colazione. La perdita di memoria a breve termine interferisce con le attività quotidiane e con la capacità di tenere una conversazione, ma una delle conseguenze più drammatiche è l'incapacità di imparare. Situazioni molto frequenti riguardano il mancato riconoscimento di una persona con cui si sta parlando, oppure una dimenticanza nelle azioni sequenziali tale da compromettere la riuscita dell'atto (ad esempio ci si dimentica di spegnere un fornello, di chiudere un cassetto o di spegnere una lampadina). Il soggetto Alzheimer può esserne estremamente turbato, manifestando confusione, umiliazione e vergogna. Specialmente allo stadio iniziale, è facile che egli cerchi di nascondere, per imbarazzo o vergogna, alcune conseguenze della sua perdita di memoria. La perdita della memoria può essere affrontata in prima istanza attraverso un cambio di atteggiamento, che non deve mai essere di rimprovero nei confronti del soggetto Alzheimer, ma deve favorire la costruzione di una routine che aiuti l'anziano a ricordare i passaggi da effettuare nelle azioni quotidiane. In questo senso l'ambiente costruito può configurarsi come un valido strumento di prevenzione e stimolo del ricordo. Numerose associazioni di sensibilizzazione sul tema¹ indicano che può essere utile, specialmente negli stadi iniziali della

malattia, ricordare ogni tanto all'anziano cosa deve fare, cosa sta succedendo, chi sono determinate persone, ecc. Tuttavia, è importante che questo sia fatto in modo tale da sembrare naturale, senza creare imbarazzo. Possono a questo scopo essere apposti bigliettini e promemoria, può essere di aiuto stabilire dei punti di riferimento come agende, tabelloni, segnali sulle porte, foglietti auto-adesivi sul frigorifero (post-it), calendari (cancellando i giorni uno ad uno), orologi (con il quadrante chiaro e un ticchettio marcato), fotografie (con i nomi scritti sotto). È importante quindi che il soggetto Alzheimer riconosca in alcuni punti di riferimento dello spazio fisico una sorta di luoghi "salvagente", opportunamente visibili e segnalati, in cui rifugiarsi nel momento di smarrimento, e nei quali recuperare il filo del proprio pensiero.

Costruire un ambiente protesico significa infatti realizzare dei luoghi che permettano di facilitarne l'utilizzo anche attraverso strategie tese alla segnaletica ed al wayfounding². Proprio l'orientamento rappresenta la componente principale legata alla memoria dei luoghi. Per favorire l'orientamento domestico può essere utile mantenere stabile l'ambiente circostante, mettendo sempre le cose allo stesso posto e non facendo troppi drastici cambiamenti. Applicare disegni o scritte sulle porte può aiutare il malato a muoversi in casa sua, anche quando non gli sembra più un posto familiare, come nel caso del trasferimento in una residenza. Un'altra componente è rappresentata dalla continuità delle superfici che indicano una azione, come ad esempio il pavimento di un percorso o il corrimano di una percorrenza. Tutto questo contribuirà a ridurre l'ansia del non sapere che strada prendere. Etichette o simboli applicati sulle dispense e sui cassetti aiuteranno il malato a trovare ciò che cerca senza dover chiedere e senza attirare l'attenzione sul suo problema. Mentre la memoria a breve termine è quella maggiormente intaccata dalla condizione patologica, nell'anziano si registra una lucidità nella memoria a lungo termine. Questa caratteristica della malattia di Alzheimer fa sì che la persona ricordi perfettamente fatti accaduti anni addietro e che ai suoi occhi appaiono spesso come contemporanei. La memoria a lungo termine suscita nell'individuo il ricordo di fatti che lo coinvolgono emotivamente e capita spesso che, a seguito di un ricordo, l'anziano manifesti forti espressioni emotive. Il questo senso lo spazio, nella sua

componente evocativa, svolge un ruolo fondamentale che può essere indirizzato mediante alcuni elementi. Questo può avvenire, ad esempio, attraverso configurazioni di arredo analoghe a situazioni che ricordano un luogo. Rievocare parte del vissuto della persona consente di associare alla casa le stesse sensazioni legate al luogo ricordato.

Questo genere di approccio alla memoria è detto terapia della reminiscenza. I primi studi effettuati a partire dagli anni Ottanta hanno dimostrato miglioramenti nelle capacità cognitive, potenziamento della qualità della vita, umore e benessere delle persone con demenza. La terapia della reminiscenza prevede la discussione di attività passate, eventi ed esperienze con un'altra persona o gruppo di persone, di solito con l'aiuto di suggerimenti come fotografie, oggetti domestici e altri oggetti familiari del passato, registrazioni musicali e di archivio.

La creazione di collegamenti tra i ricordi passati e il presente favorisce la costruzione di un senso di continuità, rafforzando la propria identità personale. Pertanto, la reminiscenza può migliorare il benessere personale e capacità di comunicazione sotto ogni forma. Gli elementi della reminiscenza sono fisici, come oggetti e fotografie, ma anche immateriali, come suoni, profumi, luoghi e paesaggi.

Nella ricognizione degli edifici effettuata si riscontra molto frequentemente la riproposizione di condizioni, urbane o naturali legate alla reminiscenza. Si tratta spesso di strade, piazze, giardini o comunque luoghi che alludono ad una condizione ben chiara nella memoria collettiva dello spazio pubblico. Questi spazi hanno a che fare solitamente con una forte componente locale e si sostanziano nella proposizione di luoghi analoghi. È il caso del centro Waveny care in Connecticut³, dove la parte più innovativa del complesso è rappresentata dalla "Main Street", uno spazio situato vicino alle zone destinate a residenza utilizzabile direttamente dagli ospiti e dagli operatori. Lungo la "Main Street" si ricrea una tipica strada del centro di New Canaan, con negozi, gelaterie e ristoranti. Particolare attenzione è stata posta nell'uso dei materiali che sono quelli tipici della città: mattoni per i muri, vetrine dei negozi e pavimentazione in ciottoli come quella delle strade. Questo luogo risulta essere in tal modo riconoscibile ai residenti che si sentono maggiormente a loro agio nello spazio, poiché questo evoca una continuità con

la propria esperienza di vita nella città. La componente materiale in questo senso assume una grande valenza evocativa e favorisce la possibilità per l'individuo di rivivere una condizione propria del suo vissuto. Immagini evocative scaturiscono dal contatto con elementi naturali, anche essi fortemente materici, i quali sono percepiti come generatori di calma e serenità. Si analizzano di seguito i rapporti formali tra gli spazi costruiti e alcuni elementi evocativi della natura: l'acqua, il verde di natura, il verde antropizzato.

3.4.1 Il rapporto con l'elemento acqua

Nel progetto per la residenza e il centro di assistenza Alzheimer una componente fortemente evocativa è quella legata all'acqua. Nella maggior parte delle culture essa assume un significato simbolico di elemento della purificazione ed è spesso associato a riti di transizione e di passaggio.

In relazione all'architettura l'acqua assume il valore di elemento estetico e poetico, capace di determinare un'atmosfera di pace propizia alla meditazione. Il suo utilizzo negli spazi esterni, in forma di vasche o fontane, permette di costruire immagini archetipiche del giardino. Il rapporto con l'acqua, allo stesso modo di ciò che avviene con il verde, può essere essenzialmente di due modalità: diretto, quando la persona può accedere mediante il senso del tatto all'elemento; oppure indiretto, quando cioè il soggetto ne gode solamente attraverso la vista e l'udito. La stimolazione della percezione uditiva è quella principalmente utilizzata dalla terapia snoezelen⁴. Nelle stanze sensoriali, infatti, è frequente l'ascolto di rumori della natura come la pioggia o lo scroscio delle onde, suoni evocativi, che vengono associati a situazioni di calma e relax.

La stimolazione visiva è supportata dalla corretta collocazione dell'elemento acqua all'interno dei complessi edilizi. I soggetti Alzheimer beneficiano dell'introduzione dell'acquario nelle sale comuni, soprattutto nella sala da pranzo. Una serie di studi ha riscontrato che i pazienti che tendevano a vagare senza meta hanno passato più tempo seduti a osservare i pesci; quelli invece più letargici si sono mostrati più vigili grazie all'aumento dei livelli di attenzione e di interesse. Queste risposte comportamentali hanno portato anche ad un aumento significativo di assunzione

di cibo, con la conseguente diminuzione dell'integrazione nutrizionale, del costo sanitario e dell'aumento di peso⁵.

Nella progettazione degli spazi esterni, l'acqua si configura come un elemento utile a definire alcuni ambiti. Il ruolo dell'acqua nel parco è quello di limite tra lo spazio praticabile a piedi e quello invalicabile dell'acqua. Questa condizione deve essere ben chiara ai progettisti al fine di assicurare comunque un alto livello di sicurezza per gli utilizzatori, che molto spesso risultano inconsapevoli di questo limite spaziale.

Nei parchi la presenza di un piccolo vaso o di una fontana identifica un elemento riconoscibile nella mente dell'anziano ed un punto di attrazione per i suoi movimenti. Fontane e rivoli d'acqua possono rappresentare piccole esperienze di contatto con la natura necessarie in una condizione in cui questo rapporto può essere negato dalla malattia.

3.4.2 Il rapporto con il verde naturale: il bosco

La componente naturale svolge un ruolo particolarmente importante nell'indurre un senso di quiete e di calma nel soggetto Alzheimer. Le piante sono fondamentali per la vita dell'uomo, poiché assolvono ad una serie di servizi ecosistemici essenziali. Esse sono utili nella mitigazione del clima, nell'attenuazione delle isole di calore, nell'assorbimento degli inquinanti e dell'anidride carbonica. Diversi studi dimostrano che le piante, ed in particolare gli alberi, forniscono inoltre alcuni effetti terapeutici: Immergersi nel verde protegge verso malattie neurodegenerative quali Parkinson e Alzheimer, specialmente se si effettua esercizio fisico moderato, e questo può avere grandi capacità neuro riparative. Nel cervello si formano nuovi neuroni a ogni età e fenomeni di neurogenesi (formazione delle cellule cerebrali) sono favoriti proprio dal contatto col verde ricco di biodiversità. Camminare in una foresta ha effetti positivi sull'organismo in generale: riequilibra la pressione arteriosa e la funzionalità cardiorespiratoria, stimola il sistema immunitario, attenua i fenomeni infiammatori, riduce le emozioni negative e incrementa il benessere⁶.

Per questi motivi sarebbe auspicabile considerare la presenza di piante nelle vicinanze degli edifici delle residenze e dei centri di assistenza Alzheimer. La presenza di un parco, o di un bosco

con alte alberature si configura come un elemento distintivo delle residenze che trovano una collocazione ai margini degli abitati urbani. Questi luoghi consentono di effettuare sedute di *Tree Therapy*. La silvoterapia è una terapia destinata prevalentemente a quei soggetti che soffrono di disturbi di ansia e depressione, nonché alle persone con un forte livello di stress. La pratica consiste essenzialmente nel riconoscere un benessere psicofisico procurato attraverso il contatto diretto tra la persona e la pianta, spesso mediante il gesto dell'abbraccio. La ricognizione delle strutture dedicate alla malattia di Alzheimer ha permesso di ricostruire le modalità di presenza delle aree boschive rispetto al costruito. In particolare, il bosco, quando presente, non si configura mai come un elemento anonimo ma assolve alla importante funzione di limite dell'occhio umano, divenendo il confine della casa. Il bosco può definire essenzialmente due condizioni: può costituirsi come il margine di una parte della residenza, in questo caso l'ospite riconosce nella profondità del bosco la terminazione percettiva del suo campo di azione in quella direzione; oppure si può costituire come un margine completo, venendo in questo caso a definire una radura all'interno della quale si colloca l'edificio.

148

3.4.3 Il rapporto con il verde antropizzato: il giardino

L'importanza del verde nella costruzione di un'ambiente terapeutico rappresenta una necessità se si considerano i numerosi benefici in termini di calma e serenità apportati agli utenti. La presenza di verde, come già visto, è condizionata in gran parte dalla disponibilità di aree nelle pertinenze della residenza. Molto spesso la collocazione delle strutture in ambiti urbani, con una alta densità edilizia, non consente la presenza di verde a bosco, lasciando questa condizione alle strutture residenziali che si collocano in aree periferiche. Laddove possibile il rapporto con il verde di natura si configura come il più genuino e autentico e quello che riesce inoltre, ad assicurare il maggior numero di benefici alla persona. Quando non è possibile ritrovare nelle vicinanze una componente naturale è sempre necessario che il progetto per le residenze integri la costruzione di spazi di verde antropizzato, in modo da favorire il rapporto tra uomo e natura. Nella ricognizione dei

casi studio si può evidenziare come emergano tre modalità di costruzione dello spazio del verde nel contesto dell'edilizia per l'Alzheimer: il giardino interno all'edificio, il giardino tra le parti dell'edificio, il giardino come sfondo. La prima modalità è quella che si riscontra negli edifici che presentano parchi centrali oppure delle corti interne. In questo caso i giardini presentano spesso percorsi anulari o comunque sentieri dalla percorrenza obbligata. Vengono percepiti come un luogo concluso dall'ospite e assumono la forte caratterizzazione di uno spazio pubblico poiché frequentati, o comunque visibili, da tutti i membri del gruppo. Il secondo tipo di aggregazione è quella del giardino tra le parti dell'edificio. Solitamente questo genere di spazio verde si configura nella forma di un cortile oppure in quella di un'aia esterna. La collocazione dello spazio verde risulta spesso tra i nuclei delle stanze e in diretto affaccio con lo spazio aggregativo principale. Anche in questo caso, sebbene il verde non si costituisca limitato, questo spazio viene percepito dall'ospite come uno spazio pubblico o semipubblico. L'ultima modalità è quella del verde come sfondo. In questo caso gli ambienti sono distribuiti in maniera da avere un affaccio obbligato sullo spazio verde che ne assume la caratteristica di quinta naturale. Questo genere di spazi solitamente è più piccolo e si presenta meno accessibile liberamente dalla persona. La natura contemplativa del verde permette la coltivazione di piante aromatiche e fiori, oppure consente di effettuare piccole attività di orticoltura.

149

Note

1. In questo caso si riporta quanto indicato sul sito web dalla Federazione Italiana Alzheimer <https://www.alzheimer.it/> (consultazione gennaio 2024).
2. Cfr. Colonnese F., (2011), *Architettura terapeutica. Wayfinding e percorsi per i malati di Alzheimer*, in A & A.
3. Cfr. Quesada-García S., Valero-Flores P, D'Ospina A., (2019) *Architettura e Alzheimer, 16 nuovi edifici per necessità emergenti*, HAC University Books, pp.28-35.
4. Si rimanda alla trattazione fatta sul tema nel paragrafo 3.3.2
5. Cfr. Edwards N.E., & Beck A.M., (2002), *Animal-Assisted Therapy and Nutrition in Alzheimer's Disease*. *Western Journal of Nursing Research*. e Edwards, N.E., & Beck, A.M. 2013, *The influence of aquariums on weight in individuals with dementia. Alzheimer disease and associated disorders*.
6. Cfr. Corrieri U., (2021), *Alberi e boschi sono vere medicine per le persone*, in *Epidemiologia & prevenzione. Rivista dell'associazione italiana di epidemiologia*, n.45 maggio-giugno 2021.

Conclusioni

L'ampia tematica della salute ha rappresentato il filo conduttore di questa ricerca. Attraverso la lettura di alcuni termini chiave, ossia cura, benessere e salute stessa, lo studio ha definito i suoi limiti di indagine in relazione all'altrettanto ampio tema dell'abitare.

Nella trattazione si è riscontrato quanto l'architettura abbia, nel corso della storia, espresso numerosi concetti elaborati dal mondo della clinica e come questa, in maniera più o meno efficace, abbia focalizzato l'attenzione soprattutto verso la malattia e non verso l'uomo. Nei tre episodi storici analizzati nella prima parte, l'emergenza sanitaria ha caratterizzato un limite alla comprensione dei fenomeni psicologici che sono parte integrante del processo di cura. L'allontanamento della cura dall'uomo ha generato in quei casi luoghi per il confinamento dei malati, in cui la società ha sperimentato la mera risoluzione di un problema igienico e sociale.

Con lo sviluppo di una coscienza clinica della malattia, il baricentro della salute è stato nuovamente ricollocato sull'uomo, riconducendo la cura ad uno stato di benessere totale dell'individuo. In questa nuova prospettiva del concetto di salute, ci si interroga su quali siano le nuove emergenze sanitarie e verso quali orizzonti la cura si sia spinta. Il cambiamento del quadro demografico ha permesso di individuare chiaramente l'ambito di definizione di questo nuovo tipo di emergenza sanitaria: l'invecchiamento della popolazione e la conseguente insorgenza di malattie legate ad essa.

L'Alzheimer, si configura come la piaga del nostro tempo e al pari delle grandi epidemie del passato, continua a generare un forte disagio sociale. Ma a differenza del passato, l'uomo oggi

non può esimersi dall'affrontare tali nuove necessità attraverso uno sguardo più attento all'individuo. In tal senso assume una importanza fondamentale il progetto degli spazi per questa malattia in grado di riconoscere la specificità della patologia, e che proprio attraverso le mancanze generate da essa, arrivi a dotare i luoghi di componenti di aiuto e di supporto.

La protesicità degli ambienti, l'inclusività degli spazi, la presenza delle persone care e non l'abbandono, sono caratteristiche che permettono di definire una qualità degli spazi non solo dal punto di vista tipologico o formale, ma anche e soprattutto dal punto di vista umano.

Questo studio si è posto come fine ambizioso proprio il riconoscimento di questa "umanità", un valore aggiunto che può scaturire anche da una migliore lettura degli aspetti compositivi del fenomeno edilizio in atto. L'analisi della realtà costruita alle differenti scale si configura, pertanto, come una tappa necessaria per la comprensione dei nuovi edifici sanitari al fine di fornire un chiave di lettura utile a interpretare il progetto dei nuovi luoghi di cura.

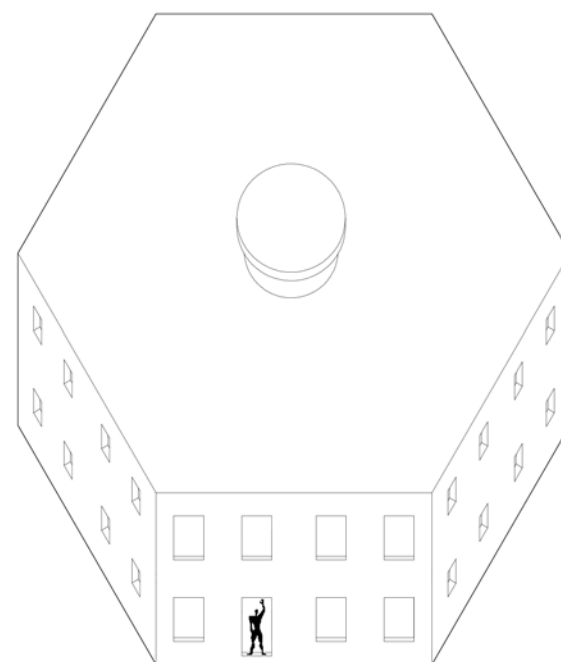
*Apparati:
Schede residenze Alzheimer*



VILLA KAMELEON

Progetto	FELT architecture & design
Localizzazione	Zoersel, Belgio
Anno	2021
Tipologia	Residenza assistita (di lungo periodo)
Ricettività	8 posti letto

157



Inquadramento

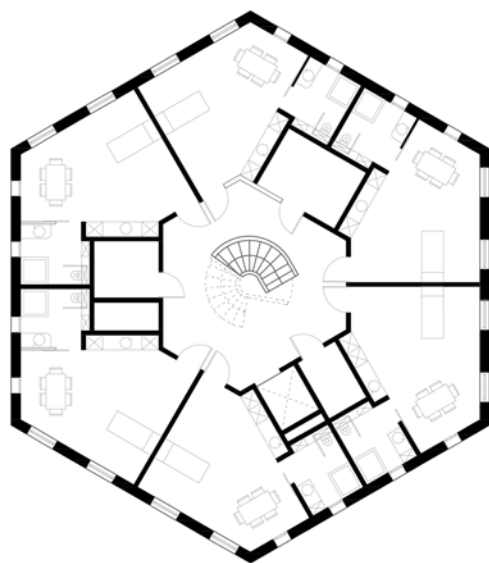
L'edificio si colloca nella periferia di un'area urbana di piccole dimensioni. La parte edificata del quartiere è costituita da un tessuto minuto di case isolate con un massimo di due livelli. Tuttavia, per la maggior parte l'intorno è caratterizzato dalla presenza di aree boschive all'interno del quale si colloca l'edificio in oggetto. Dal punto di vista piano altimetrico, l'edificio è collocato in una zona prevalentemente pianeggiante.

Descrizione

Villa Kameleon sorge all'interno di una piccola radura nel verde. Il progetto è stato concepito per permettere agli ospiti ed ai caregiver di avere il più alto grado di autonomia possibile. La struttura, di pianta esagonale, si articola secondo due livelli sovrapposti sui quali si collocano le otto unità minime previste. La volumetria pura del prisma a base esagonale, mai interrotta da spazi cavi, garantisce una facile riconoscibilità tra spazio interno e spazio esterno.

Letture dell'organismo edilizio

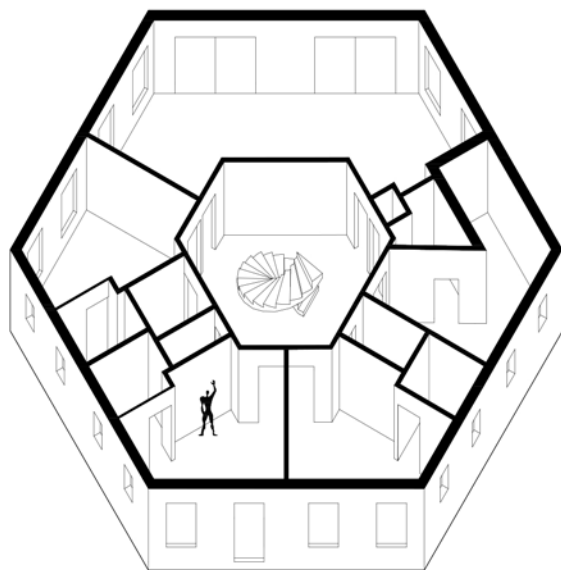
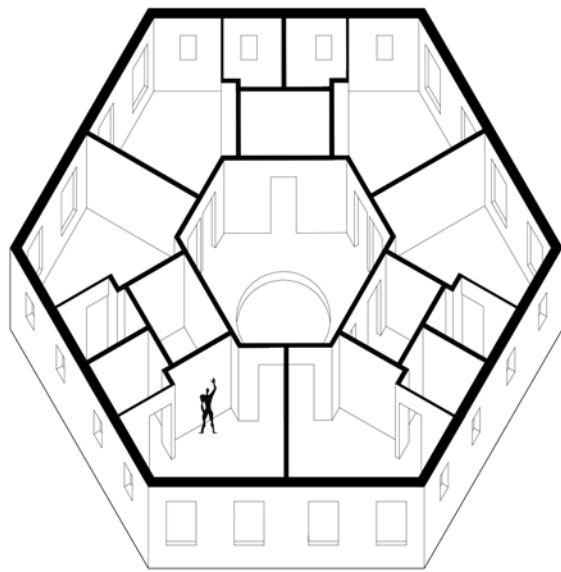
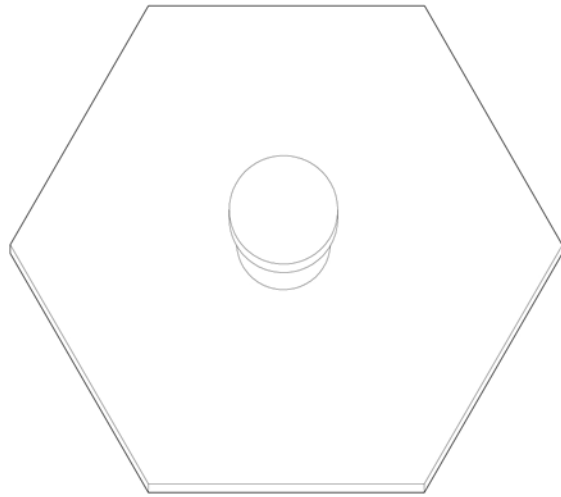
L'edificio si può definire a blocco. L'involucro edilizio si mostra come un unico volume esagonale dal quale fuoriesce un lucernario cilindrico in copertura. La planimetria è organizzata prevedendo gran parte degli spazi comuni al piano terra. Al primo piano si accede mediante una scala elicoidale posta in un vano a doppia altezza illuminato dal grande oculo centrale. Questo vano funge da dispositivo distributivo per gli alloggi del primo piano, caratterizzandosi per la immediata riconoscibilità. L'edificio è matericamente descritto esternamente dall'utilizzo di un rivestimento in ceramica smaltata con toni sul verde. Il motivo cromatico caratterizza tutti gli imbotti delle bucaure i quali sono trattati con un rivestimento in verde più scuro. Le pareti internamente sono di colore chiaro. Il netto distacco cromatico tra esterno ed interno aiuta l'ospite alla comprensione dello spazio. Lo schema funzionale, che può essere definito come radiale, si articola secondo un anello esterno di alloggi (in rosso), una corona interna di servizi (in giallo), ed uno spazio comune interno (in blu) che assolve a funzioni distributive



0 0,5 2,5 5 12,5
a.1 - Planimetria del piano primo.



a.2 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.



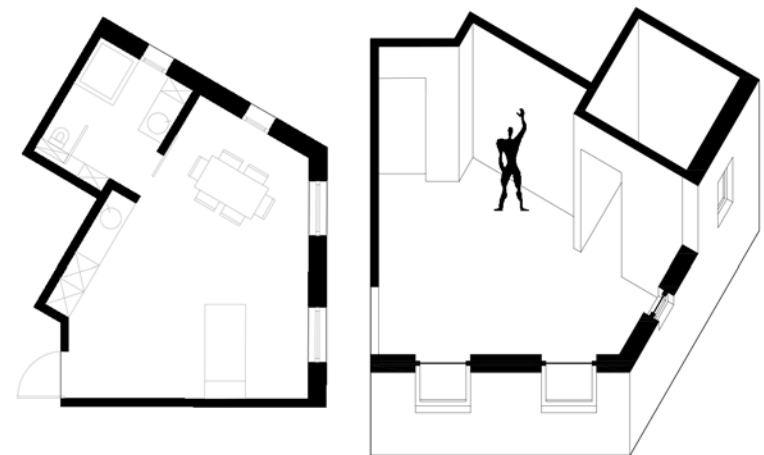
0 0.5 2.5 5 12.5

a.3 - Esploso assometrico dell'edificio.

configurandosi come lo spazio di relazione. Lo spazio esterno (in verde) circonda l'intero edificio.

Unità minima

L'edificio prevede una sola tipologia di unità minima che si configura nella forma del minialloggio. Le stanze prevedono infatti, uno spazio per il riposo, uno per la preparazione dei pasti, un piccolo spazio comune e un servizio igienico. Ogni alloggio, in una logica simmetricamente modulare, occupa un angolo. La conformazione dell'unità consente un doppio affaccio non ortogonale ma inclinato, garantendo la possibilità di avere una illuminazione naturale più costante durante tutto l'arco giornaliero. L'alloggio è concepito per accogliere oltre che l'ospite anche il caregiver, e pertanto presenta una superficie di circa 29 mq. Particolare attenzione è data alla scelta cromatica delle finiture e dell'arredo, al fine di assicurare la massima continuità delle superfici complanari ed il più alto grado possibile di riconoscibilità degli elementi, mediante un accurato contrasto cromatico tra superfici giustapposte.



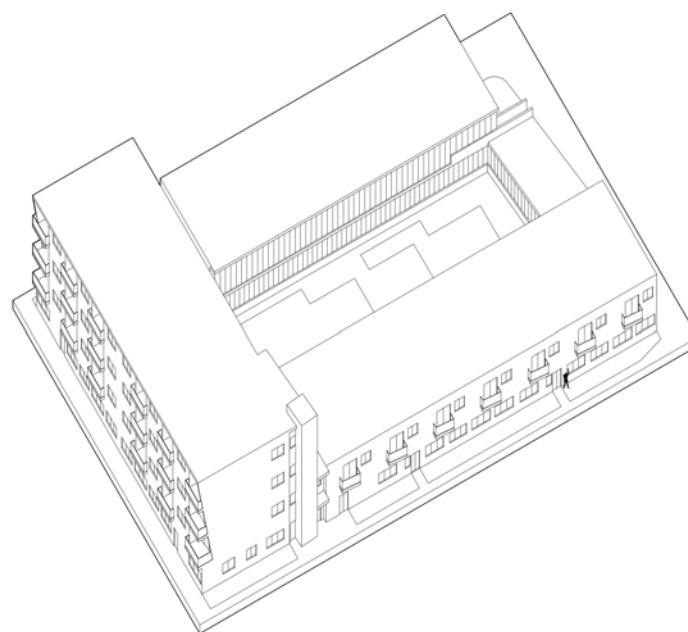
0 0.2 1 2 5

a.4 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



DE NABER

Progetto	Bureau Massa
Localizzazione	Rotterdam, Paesi Bassi
Anno	1995
Tipologia	Residenza assistita
Ricettività	73 posti letto



Inquadramento

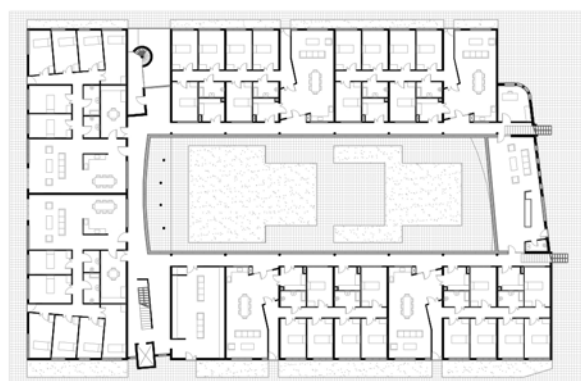
La struttura si colloca in una zona periurbana nella parte nord della città di Rotterdam. Si tratta di un quartiere prevalentemente residenziale caratterizzato dalla presenza di tessuti di case a schiera su due livelli. Il lotto su cui sorge l'edificio si colloca ai margini del sistema residenziale, in diretta connessione con una importante arteria urbana che lo collega al centro della città. La vicinanza alla strada è mediata dal distacco dell'edificio dal fondo stradale, nonché dalla presenza di vegetazione costituita da alberi ad alto fusto, i quali costituiscono un filtro naturale per le polveri ed il rumore urbano.

Descrizione

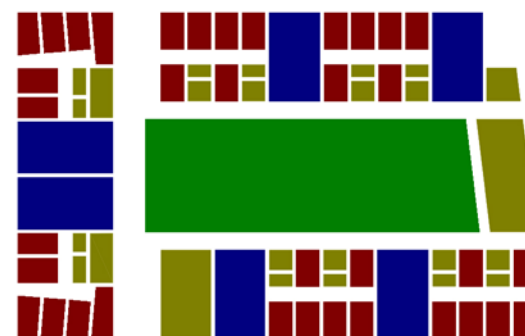
L'edificio insiste all'interno del più ampio complesso di residenza per anziani chiamato "Laurens De Hofstee", il quale si colloca nelle immediate vicinanze e presso cui vengono espletati alcuni servizi di assistenza sanitaria. De Naber si caratterizza per essere un edificio principalmente residenziale, per ospiti che conservano un grado di autonomia abbastanza alto, e pertanto

presenta un livello di servizi assistenziali abbastanza basso. La struttura si configura infatti come un insieme di appartamenti con limitati spazi comuni e pochi servizi assistenziali. L'edificio prevede alcuni servizi alla collettività come un punto di bike sharing, il quale è stato previsto al fine di favorire un flusso di visitatori esterni per gli ospiti.

Dal punto di vista formale, si compone di cinque livelli fuori terra organizzati principalmente secondo tre corpi di fabbrica, i quali sono disposti attorno ad uno spazio verde centrale. Il corpo più corto si sviluppa per cinque piani fuori terra risultando quello più alto, mentre i restanti due si attestano su una altezza di due livelli e vengono a costituire il basamento architettonico dell'edificio. I tre elementi sono connessi da un ballatoio vetrato, che si affaccia direttamente sul giardino interno e che contiene anche i sistemi di distribuzione verticale. Agli ospiti è consentito un grado di autonomia di spostamenti abbastanza limitata nello spazio, a causa soprattutto dell'assenza di veri e propri spazi comuni fuori dagli alloggi. Fanno eccezione il ballatoio di distribuzione, che ai piani ospita un affaccio di dimensioni maggiori sul giardino, e lo



0 2 10 20 50
a.5 - Planimetria del piano terra.



a.6 - Diagramma delle funzioni del piano terra: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

spazio interno della corte.

Le componenti materiche utilizzate nell'involucro edilizio sono principalmente tre: Le pareti opache sono intonacate e colorate secondo una netta differenza cromatica che tende a sottolineare le pareti di affaccio degli alloggi piuttosto che gli spazi di servizio, in particolare le pareti delle stanze presentano una colorazione giallo ocra mentre quelle degli spazi a servizio sono colorate di azzurro; gli aggetti, le balconate e gli sporti risultano essere tutti trattati con una finitura metallica satinata, che li rende riconoscibili quali elementi in aggiunta all'involucro murario; analogamente, il terzo elemento è quello del ballatoio in vetro e metallo, il quale definisce con un netto distacco materico la presenza di un altro elemento della composizione architettonica.

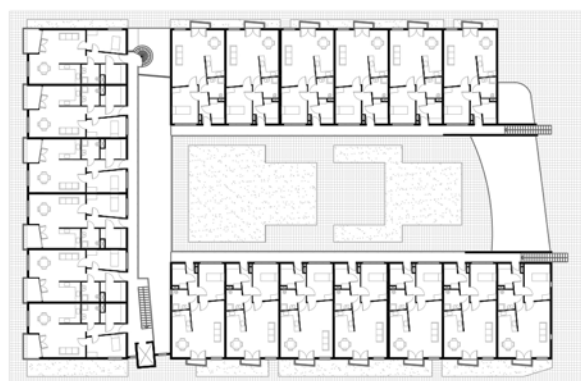
Lettura dell'organismo edilizio

La composizione dei tre volumi, dislocati in modo da comporre una "C", permette di identificare chiaramente uno spazio racchiuso tra i corpi. L'impianto si può pertanto ascrivere all'interno della categoria delle strutture a patio. Lo spazio interno del giardino

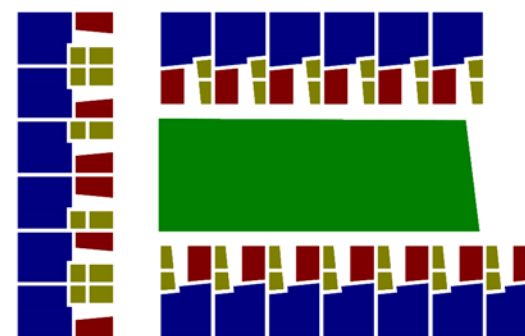
è quello verso cui si rivolge la distribuzione degli alloggi mentre lo spazio esterno, anche esso trattato a verde ma dallo spiccato carattere di verde di quartiere e comunque non direttamente fruibile dagli ospiti, è posto in relazione con le unità residenziali attraverso il sistema degli affacci a balcone. Il giardino interno assolve inoltre all'importante funzione di cattura delle radiazioni solari che vengono incanalate nell'edificio attraverso il sistema vetrato del ballatoio.

L'elemento unificatore dell'organismo è proprio il ballatoio, il quale conferisce unità al sistema edilizio permettendone la riconoscibilità e l'unità dello stesso all'esterno. Esso, inoltre configura l'accesso alla struttura che avviene sempre attraverso le parti evidenziate dalla sconnessione dei corpi strutturali. L'accesso ai piani alti avviene attraverso un blocco ascensore che si innesta secondo una inclinazione differente rispetto a quello degli ambienti dell'edificio, mentre la scala si mostra riconoscibile a causa della sua forma del tipo elicoidale.

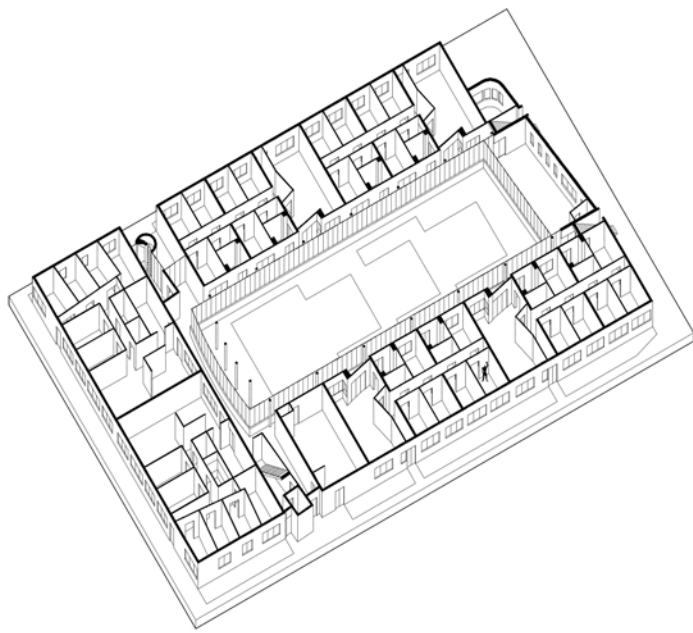
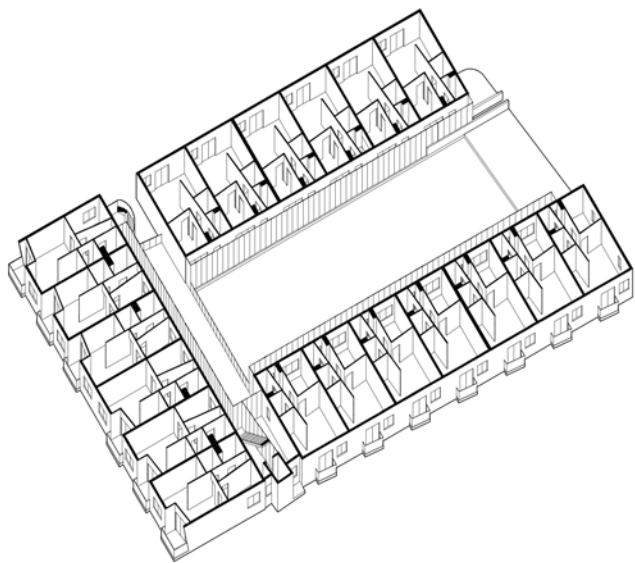
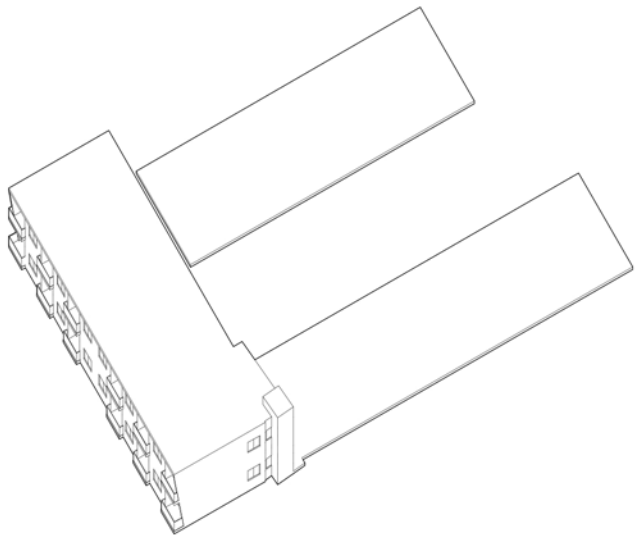
Dal punto di vista planimetrico, il piano terra si differenzia per la tipologia di alloggio utilizzato rispetto ai piani superiori.



0 2 10 20 50
a.7 - Planimetria del piano primo.



a.8 - Diagramma delle funzioni del piano primo: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.



0 2 10 20 50
a.9 - Esploso assometrico dell'edificio.

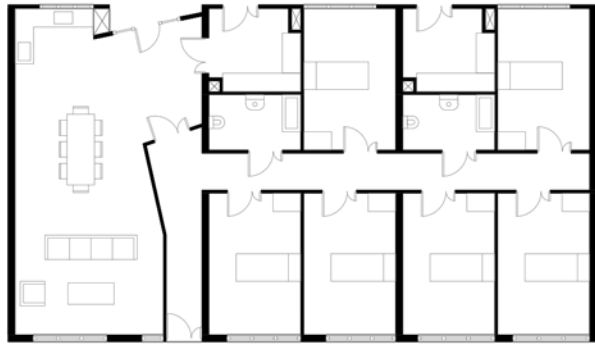
A questo, corrisponde anche una notevole differenza dello schema funzionale. Nel piano terra gli spazi residenziali (in rosso) si distribuiscono prevalentemente sul bordo dell'edificio, in relazione con lo spazio esterno, mentre gli spazi comuni (in blu) si collocano a separazione delle unità minime. Gli spazi dei servizi (in giallo) risultano contenuti attorno alle unità minime e si collocano in adiacenza rispetto al sistema distributivo. Lo spazio esterno (in verde) occupa una posizione centrale nell'impianto, configurandosi come gerarchicamente predominante rispetto agli altri. Il piano primo invece, si caratterizza per la serialità delle funzioni lungo i corpi strutturali. Le unità minime sono organizzate in alloggi ripetuti lungo tutto il perimetro. Gli spazi delle camere (in rosso) come anche i servizi (in giallo), si rivolgono all'interno verso lo spazio del patio (in verde). Al contrario lo spazio comune di ogni alloggio (in blu) si apre verso l'esterno.

Lo spazio del giardino interno pur essendo un elemento centrale dell'edificio si configura come inaccessibile dai piani superiori e pertanto questa condizione porta lo spazio a divenire piuttosto un luogo di contemplazione e non di fruizione diretta per gli ospiti della residenza.

Unità minima

L'edificio si può ascrivere dal punto di vista tipologico ad un edificio a ballatoio, il quale prevede due differenti tipologie di unità minime. Il tipo a ballatoio, consistente in una serie di alloggi su un solo livello che condividono una distribuzione orizzontale e verticale comune, e consente la possibilità di avere un doppio affaccio garantendo un'alta densità abitativa. La tipologia di alloggio cambia in relazione a due fattori: il grado di autonomia relativa dell'ospite ed il livello di accessibilità dell'alloggio.

Al piano terra, il più accessibile poiché in connessione diretta con lo spazio esterno, sono collocati i nuclei protetti, cioè quegli alloggi che prevedono un livello di assistenza maggiore e che sono destinati a ospiti con una ridotta autonomia. Si tratta di nuclei autonomi composti da sei stanze da letto, di dimensioni di circa 13 mq l'una, che presentano uno spazio comune per la preparazione e il consumo dei pasti, alcuni servizi assistenziali minimi e due bagni comuni. Questo genere di ambiente protetto si presenta di due tipi, i quali differiscono soltanto per la distribuzione interna. Questo tipo di alloggio permette un



limitato grado di autonomia dell'ospite, che si trova circoscritto all'interno di ognuno dei nuclei.

Al piano primo ed ai successivi sono collocati gli alloggi per gli ospiti che presentano un maggior grado di autonomia. L'unità minima si configura come un minialloggio che prevede una stanza da letto di circa 13 mq, una zona per la preparazione dei cibi, un soggiorno, un servizio igienico ed un affaccio con balcone sull'esterno del complesso. Anche in questo caso sono previste due soluzioni che si differenziano per le tramezzature interne. Questo tipo di alloggi è organizzato in modo da assicurare un livello di privacy per il paziente simile a quello di una abitazione. La riconoscibilità degli spazi è affidata ad alcune variazioni nella inclinazione dei tramezzi, i quali permettono all'ospite di essere indirizzato verso determinate mete. In particolare, gli accessi e gli spazi di distribuzione si innestano secondo una direzione inclinata all'interno dello spazio dell'unità minima, al fine di risultare facilmente individuabili.

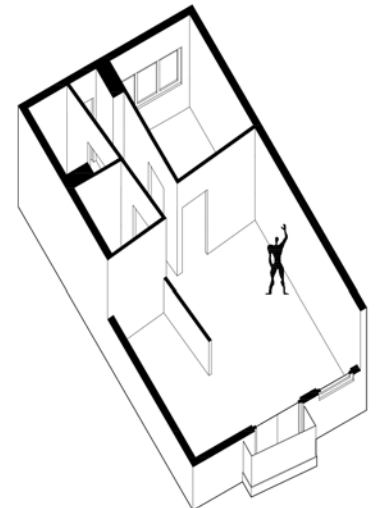
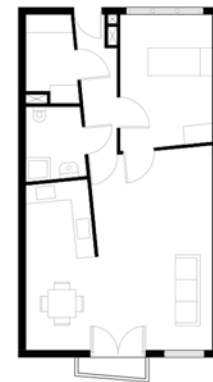
170



00.5 2.5 5 12.5

a.10 - Analisi dell'unità minima del piano terra, planimetria e spaccato assometrico.

171



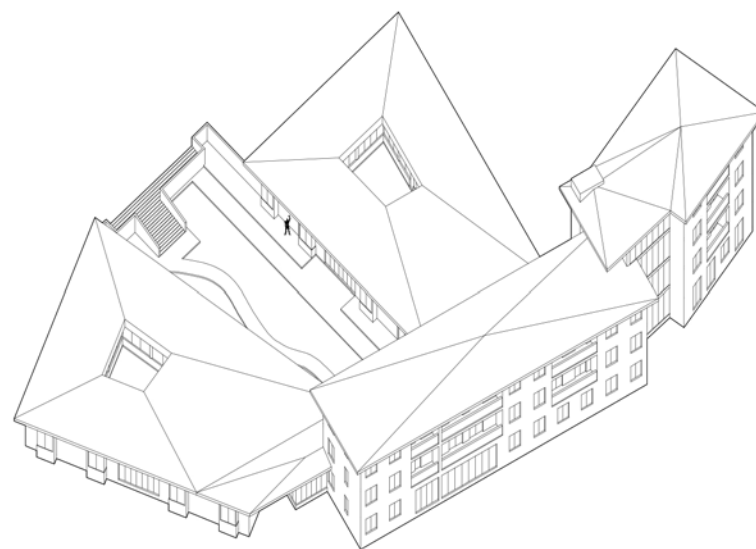
00.5 2.5 5 12.5

a.11 - Analisi dell'unità minima del piano primo, planimetria e spaccato assometrico.



GRANDMANN HAUS

Progetto	Herrmann+Bosch Architekten con Sibylle Heeg
Localizzazione	Kaltental, Stoccarda, Germania
Anno	2001
Tipologia	Residenza assistita e centro diurno
Ricettività	24 posti letto



Inquadramento

L'edificio sorge in un sobborgo della città di Stoccarda, nella Germania meridionale in un'area principalmente interessata dalla presenza di edilizia residenziale di varia natura e tipologia. Il rapporto con il verde naturale è accentuato, dalla presenza di un'ampia zona boschiva nelle immediate vicinanze.

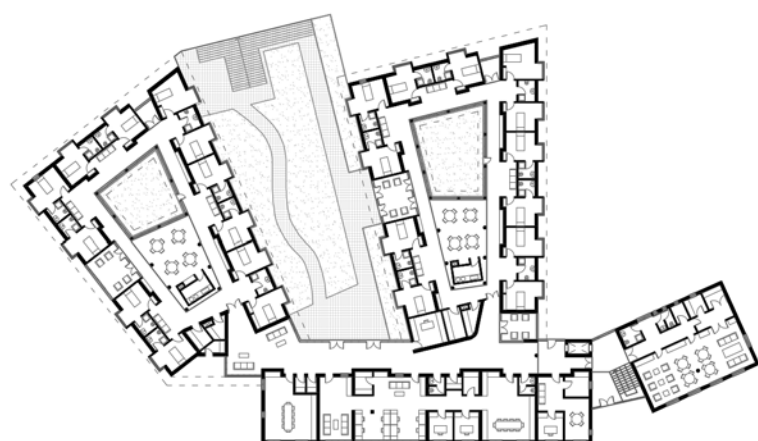
Descrizione

L'edificio si compone principalmente di quattro volumi organizzati secondo dei blocchi funzionali. Sono presenti due blocchi dedicati alla residenza, un blocco per i servizi assistenziali e medici ed uno dedicato a spazi comuni. Gli spazi dell'assistenza sono quelli più facilmente raggiungibili dalla strada e servono principalmente gli ambienti del centro diurno. I due blocchi della residenza si configurano di un solo livello e sono connessi tra loro mediante una galleria vetrata di connessione che viene a generare un ulteriore spazio comune. Tra i due ambiti residenziali trova spazio un ampio giardino ad uso esclusivo della struttura. Il rapporto tra natura ed edificio è molto forte ed è enfatizzato

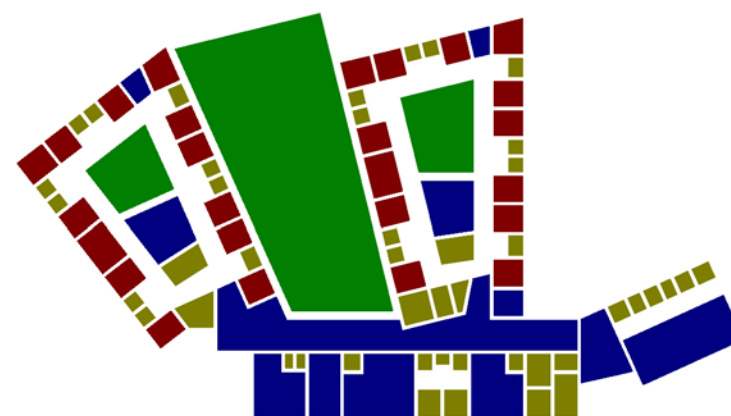
dalla presenza dei fitti boschi, dallo spazio del giardino interno e dal coronamento dell'edificio, il quale prevede un tetto verde,

Lettura dell'organismo edilizio

I quattro volumi di progetto si compongono di modo da formare un impianto edilizio a patio al quale partecipa il vuoto dello spazio del giardino che diventa il quinto elemento della composizione. I due volumi delle residenze si svuotano nella parte centrale dove trova posto una corte anch'essa trattata a verde. L'unità dell'organismo architettonico è assicurata dalla presenza di un sistema unificatore che funge da cerniera tra i diversi blocchi al piano terra, ma che ai piani superiori non interrompe la continuità volumetrica del blocco servizi. I corpi sono disposti secondo differenti giaciture in modo da individuare dinamicamente affacci e percorsi al fine di accogliere ed orientare gli ospiti verso le diverse parti dell'edificio. Lo schema funzionale si articola secondo un anello di stanze (in rosso) intervallate dai servizi igienici e assistenziali (in giallo). Al centro del singolo nucleo trova luogo lo spazio collettivo esterno (in



0 2 10 20 50
a.12 - Planimetria del piano terra.

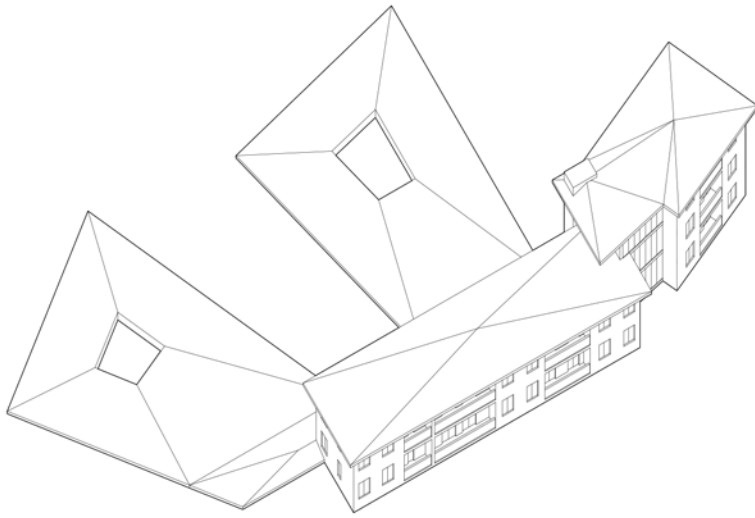


a.13 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

verde) che si ripropone in grande nello spazio tra i due blocchi. Gli spazi comuni (in blu) sono ridotti ad alcune sale e allo spazio di consumazione dei cibi nei nuclei, mentre trovano ampia distribuzione nella parte del centro diurno.

Unità minima

I blocchi dedicati alla residenza evidenziano una disposizione anulare delle unità minime attorno alla corte. Le unità minime si giustappoggiano secondo uno schema binato. Si riconosce pertanto un solo tipo di stanza dalle dimensioni modulari di 13 mq. L'accesso alle stanze è mediato da una rientranza nel sistema distributivo anulare che accoglie e si configura come uno spazio di filtro. Le parti finestrate rappresentano un elemento della plastica muraria poiché configurandosi a bow window consentono di identificare una porzione ben definita della camera. Questa attenzione formale nella declinazione degli angoli dell'unità permette una maggiore comprensione spaziale all'ospite il quale riconosce in ogni porzione della stanza una azione da compiere ben precisa.

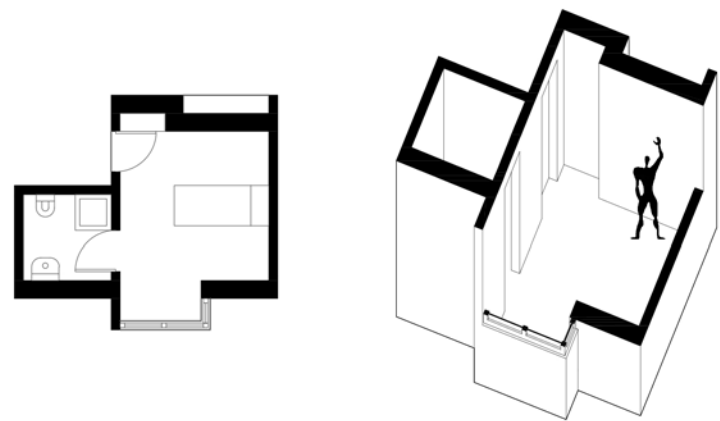


176



0 2 10 20 50
a.14 - Esploso assometrico dell'edificio.

177

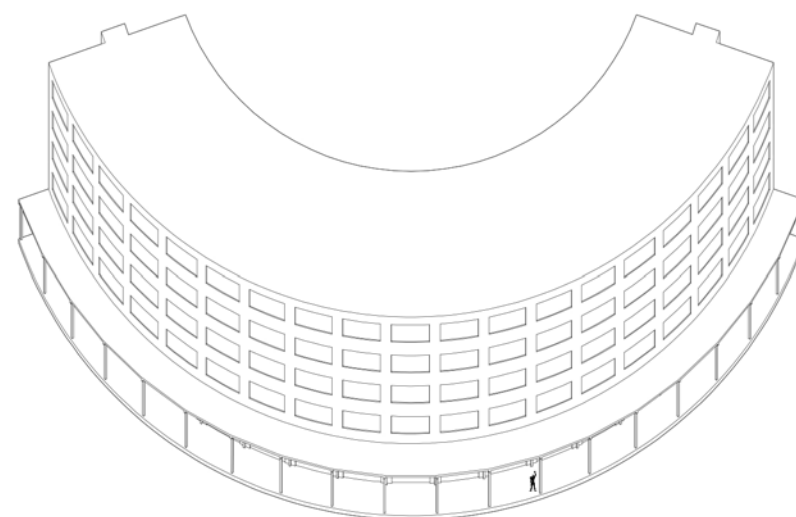


00.2 1 2 5
a.15 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



KATTRUMPSTULLEN

Progetto	White Arkitekter e Eva Berg
Localizzazione	Stoccolma, Svezia
Anno	2003
Tipologia	Residenza assistita (di lungo periodo)
Ricettività	97 posti letto



Inquadramento

L'edificio si colloca nell'area metropolitana di Stoccolma, più precisamente nel quadrante settentrionale della città, dove si posiziona una delle sedi universitarie, sul limite estremo del salto di quota identificato da uno sperone roccioso. L'intorno presenta il carattere tipico del quartiere nordeuropeo.

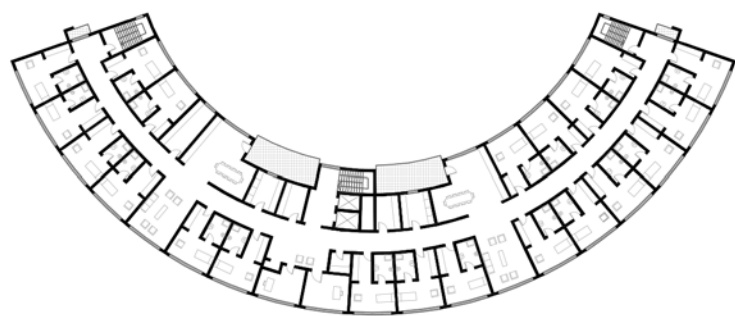
Descrizione

Kattrumpstullen è concepito come una struttura polifunzionale, per accogliere persone affette da diverse patologie con differenti gradi di autonomia. La struttura comprende cinque livelli su cui si distribuiscono gli ambienti secondo uno schema funzionale ripetuto. Su ogni piano trovano posto due unità residenziali divise da uno spazio di servizi comuni centrale. Gli ambienti vengono a collocarsi ai lati del corridoio mentre alla terminazione dello stesso trovano posto due bow window. Gli spazi comuni, che mediano tra un reparto e l'altro, si collocano in direzione ortogonale rispetto al corridoio, interrompendo la continuità del sistema distributivo. Il rapporto con il verde risulta prettamente

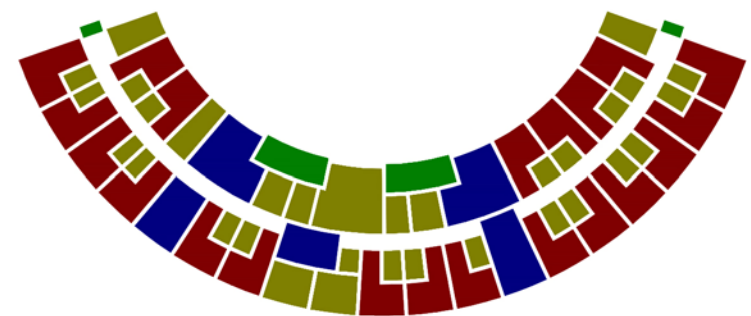
visivo ad eccezione dell'attacco a terra nella parete sud in cui è presente un portico che funge da filtro con lo spazio esterno.

Lettura dell'organismo edilizio

Il volume unico di cui è composto l'edificio si colloca in una posizione cospicua dal punto di vista plano altimetrico. La sua forma ad arco di cerchio è concepita per permettere di captare al massimo la radiazione solare. È possibile definire l'edificio come appartenente al tipo a blocco curvilineo. La forma curva permette di identificare due differenti tipologie di relazioni con lo spazio esterno. La parte concava della figura, quella a meridione, si apre al paesaggio circostante, diversamente la parte convessa, la facciata a nord, definisce una condizione di interno urbano. Dal punto di vista funzionale le unità residenziali (in rosso) si distribuiscono su entrambi i lati in maniera binata condividendo per una parete i blocchi dei servizi (in giallo). Lo spazio centrale della curva è occupato da servizi medici. Gli spazi comuni (in blu) si attestano a chiusura dei gruppi di stanze e prevedono una zona per il consumo dei pasti ed una



0 2 10 20 50
a.16 - Planimetria del piano tipo.

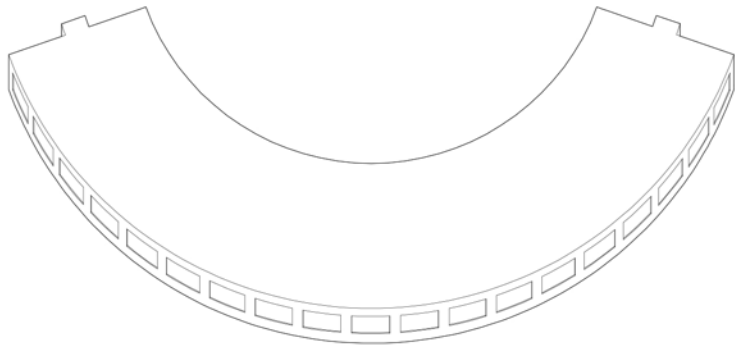


a.17 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

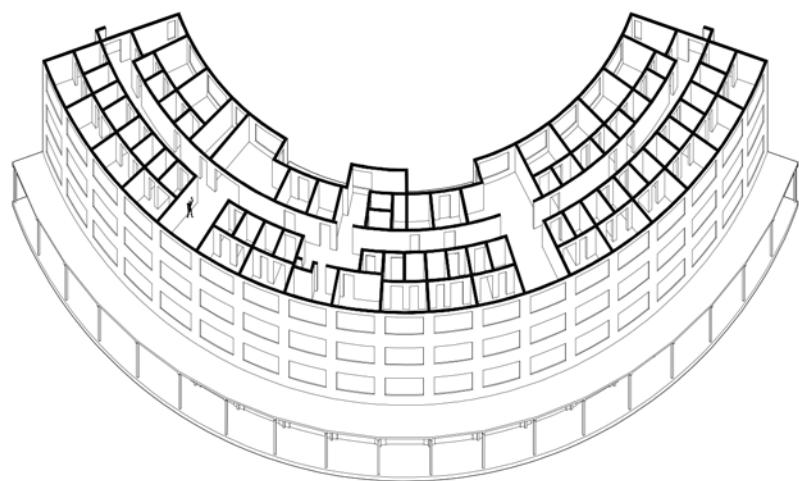
per le attività ricreative. Infine, in aderenza con gli spazi comuni si inseriscono i pochi spazi di rapporto con l'esterno fruibili dai pazienti (in verde) nella forma di balconi o di bow window.

Unità minima

Ogni camera prevede una superficie di circa 24 mq e si presenta nella forma di minialloggio. Le stanze presentano bagni ad uso esclusivo e si dispongono in coppia con la parete dei servizi igienici in condivisione. All'interno dell'unità minima è prevista una zona di filtro all'ingresso in cui sono collocati gli armadi. La camera prevede una parete con ampie finestrate per consentire di fruire al massimo della radiazione solare. Nell'edificio si è prestata maggiore attenzione nella possibilità di personalizzazione dello spazio comune e della singola unità edilizia simulando un'ambiente domestico attraverso l'utilizzo di complementi di arredo in linea con lo stile delle case tradizionali svedesi. Differentemente gli spazi connettivi risultano spogli e si percepiscono come parti di un reparto ospedaliero.

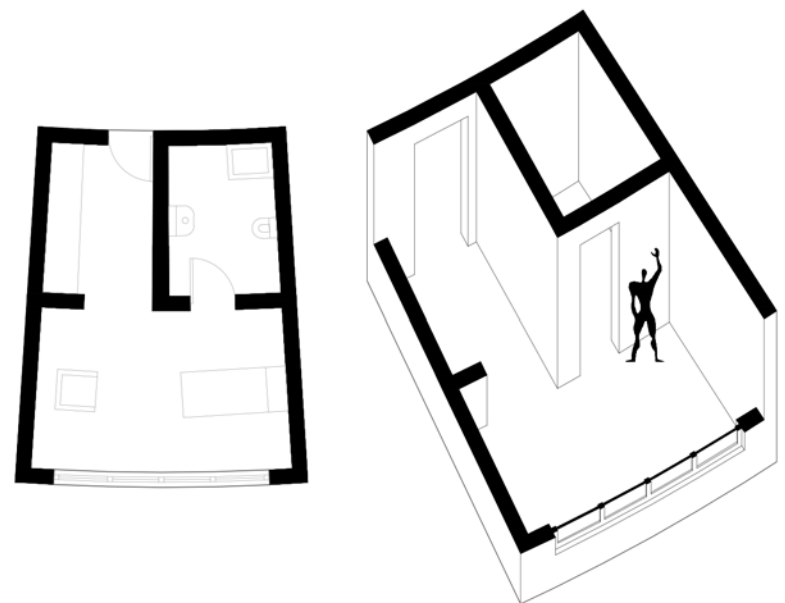


182



0 2 10 20 50
a.18 - Esploso assometrico dell'edificio.

183

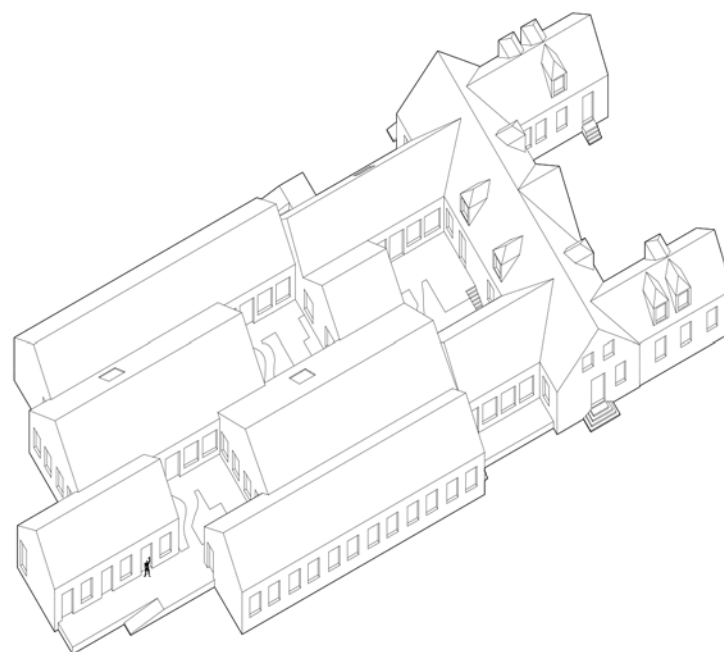


0 0.2 1 2 5
a.19 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



NORRA VRAM VÅRDBOENDE

Progetto	Marge Arkitekter
Localizzazione	Norra Vram, Bjuv, Svezia
Anno	2008
Tipologia	Residenza assistita (di lungo periodo)
Ricettività	26 posti letto



Inquadramento

La struttura si colloca nel contesto di un piccolo centro agricolo della campagna svedese. Il sobborgo di Norra Vram è una frazione della contea di Bjiuv e si presenta come un piccolo aggregato di case su massimo due livelli con i caratteristici tetti spioventi. L'intorno è immerso nella campagna con pochi edifici speciali, tra i quali è degna di nota la vicina chiesa del villaggio.

Descrizione

L'edificio è composto di due parti: una villa storica suburbana risalente al XIX sec. e la nuova costruzione della residenza. Il progetto ha previsto la ristrutturazione della villa al fine di prevederne la conversione a spazio di supporto per le attività della residenza. La villa storica si caratterizza per una pianta a "C" formata da tre corpi in muratura di mattoni su un livello, con un piano sottotetto coperto da falde spioventi. Il carattere della villa storica è quello della tipica abitazione rurale svedese a capanna. Il nuovo edificio ha voluto mantenere la forma a capanna prevedendo una serie di volumi che si innestano in

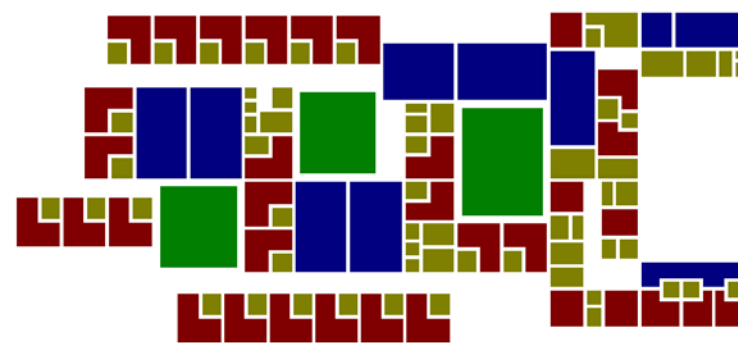
continuità con quelli della villa preesistente. Si viene pertanto a costituire un edificio aggregato dalle riconoscibili forme delle falde dei tetti.

Lettura dell'organismo edilizio

La residenza si presenta costituita mediante la giustapposizione di elementi seriali linearmente distribuiti. Il tipo edilizio è quello dell'edificio a più corti poiché nella concatenazione i volumi lasciano spazio a piccoli vuoti interni che definiscono dei cortili. Il sistema costruttivo prevede la reiterazione di elementi seriali costituiti da cavalletti. Il programma funzionale prevede che le camere (in rosso) si presentino disposte in maniera seriale e sempre in adiacenza ad un servizio (in giallo). Gli spazi comuni (in blu) si trovano in stretta relazione con le stanze e sono facilmente accessibili. Gli spazi esterni (in verde) si presentano sempre mediati dagli spazi collettivi permettendo all'ospite di fruirne liberamente, in una condizione di relativo controllo. La parte recuperata dell'edificio, presenta un maggior numero di spazi per i servizi assistenziali e di riabilitazione. L'edificio



0 2 10 20 50
a.20 - Planimetria dell'edificio.

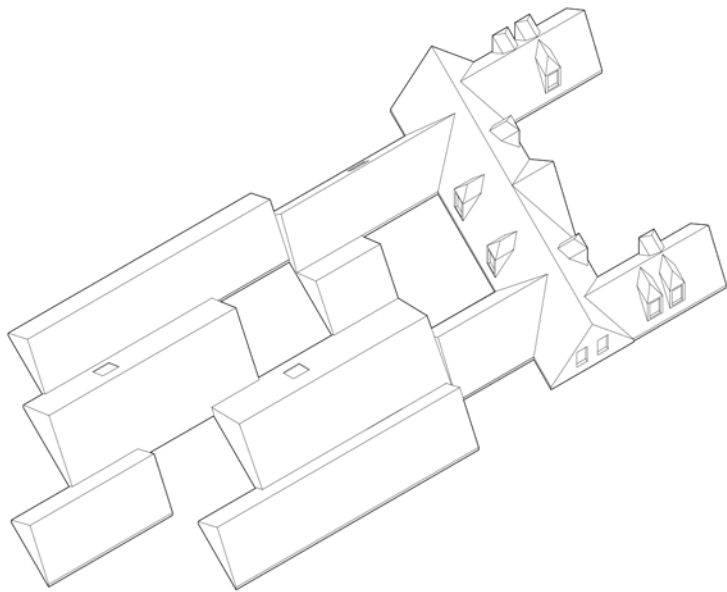


a.21 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

permette un buon livello di accessibilità agli ospiti che possono attraversare liberamente gli spazi senza necessariamente essere accompagnati. A favorire l'orientamento contribuisce la differenziazione dei solai interni che presentano una differente altezza interna tra spazi collettivi e spazi maggiormente privati.

Unità minima

Le camere presentano un solo tipo reiterato serialmente ed aggregato in blocchi linearmente distribuiti. La stanza si configura come una camera singola con bagno esclusivo con una superficie interna di 22 mq. Ogni unità presenta una zona di ingresso, con delle armadiature e accesso al bagno. Inoltre, sono presenti sempre due finestre apribili che permettono con affaccio diretto sull'intorno. Per rendere l'ambiente più simile ad una casa si utilizzano finiture in legno chiaro di abete per i pavimenti, per l'arredo e per le boiserie. Analogamente gli spazi comuni sono arredati in modo da simulare uno spazio più simile alla hall di un albergo o ad una caffetteria rispetto che ad un reparto ospedaliero.

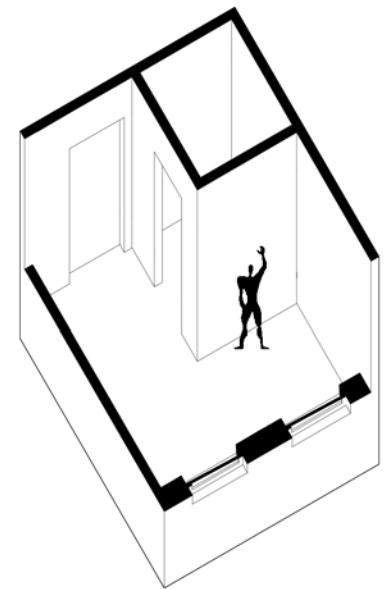
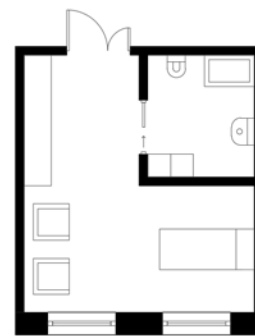


188



0 2 10 20 50
a.22 - Esploso assometrico dell'edificio.

189

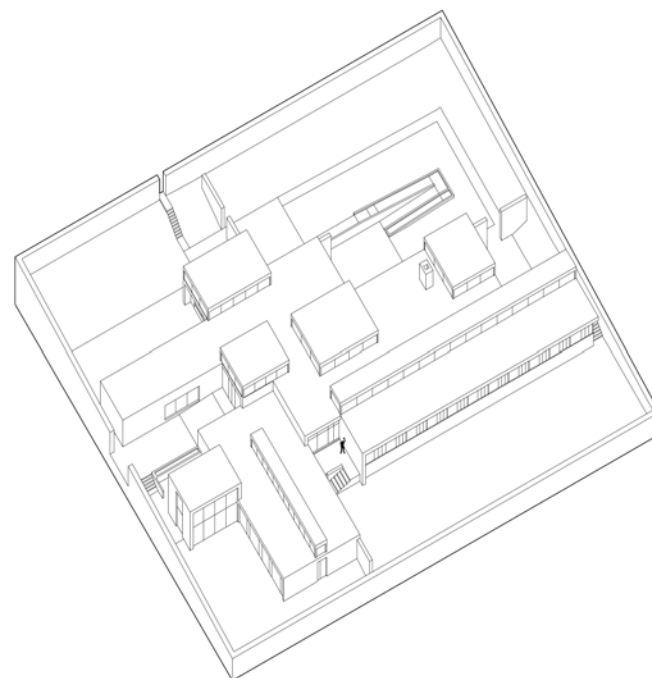


00.2 1 2 5
a.23 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



ALZHEIMER'S RESPITE CENTRE

Progetto	Níall McLaughlin Architects
Localizzazione	Rockfield, Dublino, Irlanda
Anno	2009
Tipologia	Residenza assistita (Ricovero di sollievo)
Ricettività	11 posti letto



Inquadramento

L'edificio si colloca all'interno dell'area metropolitana di Dublino, in un sobborgo della periferia irlandese a carattere prevalentemente residenziale. Il quartiere nel quale insiste il complesso è caratterizzato dalla presenza nell'intorno principalmente di abitazioni individuali di tipo a schiera su due livelli, a bassa densità abitativa. L'edificio, dal punto di vista altimetrico si colloca in una zona interessata da un lieve declivio sulla cui sommità si posiziona un grande parco pubblico a servizio del quartiere.

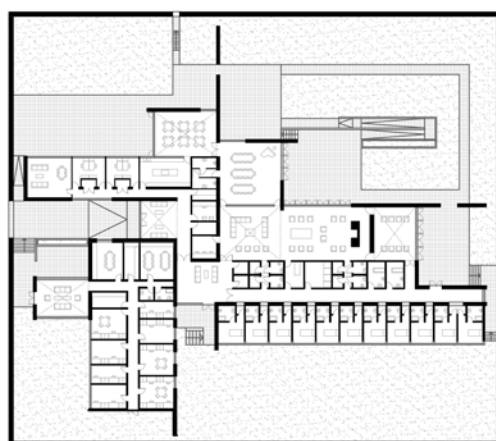
Descrizione

Il centro Alzheimer's Respite si compone di una serie di corpi su un unico livello comune, racchiusi all'interno di un perimetro ben definito e delimitato da un muro di cinta in mattoni gialli. I blocchi che costituiscono le varie parti dell'edificio si susseguono secondo due direzioni principali, ortogonali fra loro, e delimitano in rapporto con il recinto circostante, una netta separazione tra lo spazio interno e lo spazio esterno. Dal punto di vista volumetrico,

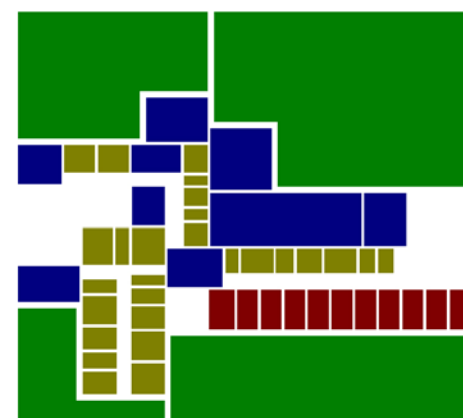
le varie parti dell'edificio risultano nettamente distinte poiché descritte attraverso differenti altezze dei solai di copertura.

Lettura dell'organismo edilizio

L'organismo edilizio può essere definito a blocchi inscritti in un recinto. La struttura, mediante la concatenazione di vari elementi rettilinei di differente altezza, presenta una netta scansione volumetrica alla quale corrisponde una distinzione funzionale. I volumi sono gerarchicamente disposti in modo da suddividere l'impianto in quattro quadranti, i quali si relazionano con il limite fisico del recinto attraverso la mediazione dello spazio verde del giardino. In particolare, il blocco dello spazio fruito dagli ospiti si colloca in connessione diretta con lo spazio esterno e con il giardino, consentendo un rapporto più stretto con la componente naturale (in verde). I quadranti definiscono anche differenti aree funzionali: il blocco delle stanze (in rosso), il blocco dei servizi comuni (in giallo) e degli spazi ricreativi (in blu), il blocco della mensa e della preparazione dei cibi, il blocco dei servizi medici e generali. La composizione planimetrica



0 2 10 20 50
a.24 - Planimetria dell'edificio.

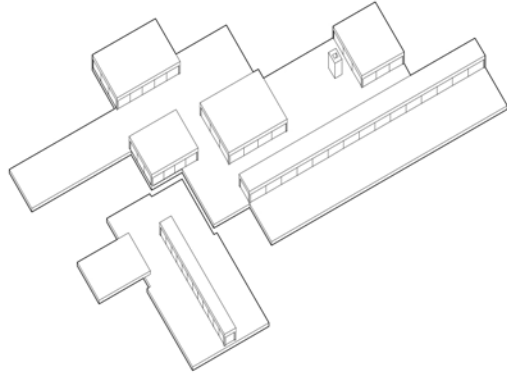


a.25 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

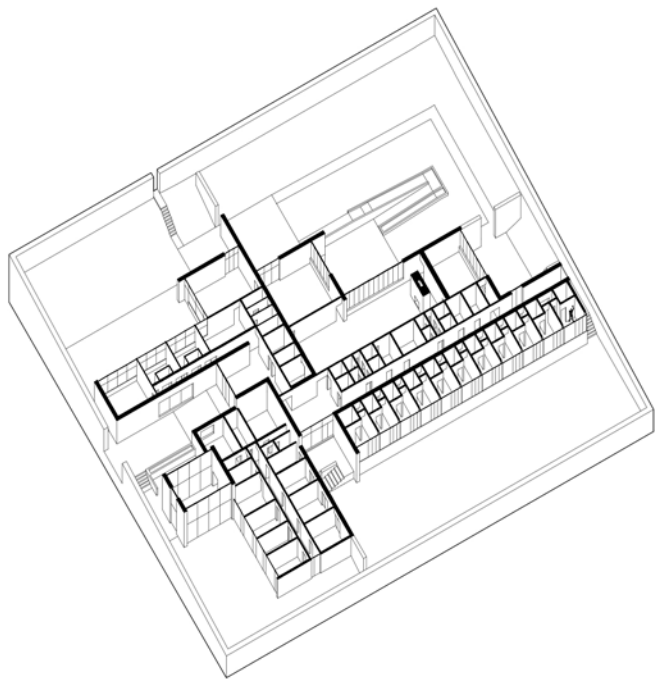
permette agli ospiti di raggiungere secondo differenti percorsi e con un relativo grado di autonomia gli spazi comuni, favorendo le relazioni sociali.

Unità minima

Le stanze sono collocate in modo da avere una esposizione solare privilegiata verso sud. Le camere si presentano in adiacenza ad un altro blocco, quello dei servizi medici ed assistenziali, il quale media lo spazio del riposo da quello della vita aggregativa. In questo modo all'ospite è consentito raggiungere gli spazi comuni garantendo comunque un certo livello di controllo delle azioni dello stesso. Le stanze sono singole con il servizio igienico ad uso esclusivo e presentano una superficie utile di circa 11 mq. L'illuminazione naturale è favorita dalla presenza di una parete interamente finestrata. Nel progetto si è tenuta particolare attenzione alla caratterizzazione materica. In particolare, le pareti che presentano finestrate sono in legno, mentre tutte le pareti opache presentano esternamente un rivestimento in mattoni gialli.

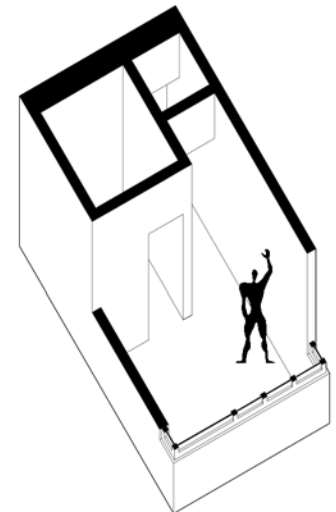
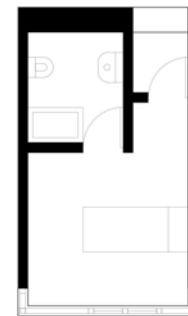


194



0 2 10 20 50
a.26 - Esploso assometrico dell'edificio.

195

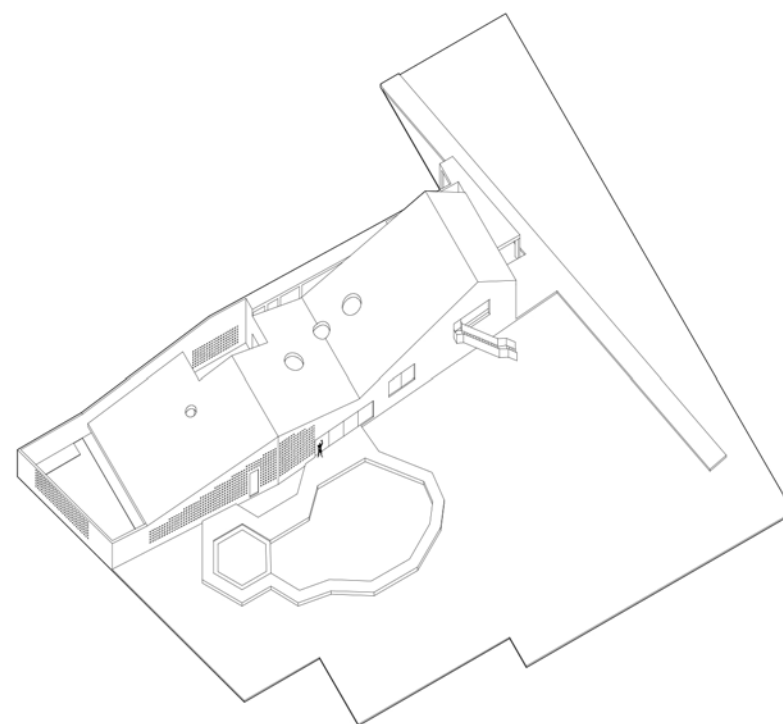


0 0.2 1 2 5
a.27 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



CENTRO DIURNO TERAPEUTICO ALZHEIMER

Progetto	Davanzo Architetti
Localizzazione	Castelfranco Veneto, Treviso, Italia
Anno	2018
Tipologia	Centro diurno
Ricettività	da 18 a 30 ospiti



Inquadramento

L'edificio si colloca nel borgo di Castelfranco a pochi passi dal castello. Nelle immediate vicinanze sono collocati differenti edifici per l'assistenza ospedaliera e per la residenza, tra cui la casa albergo per anziani progettata dall'architetto Giuseppe Davanzo negli anni '60. L'area si configura come una porzione abbastanza specializzata all'interno della città. Il complesso si presenta inoltre in adiacenza ad un grande parco urbano.

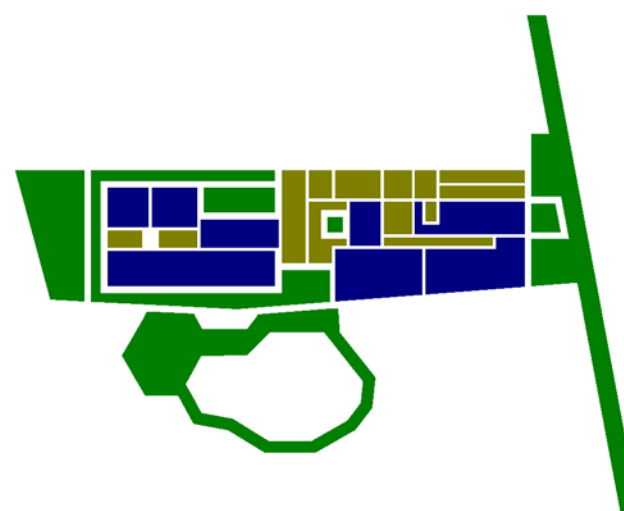
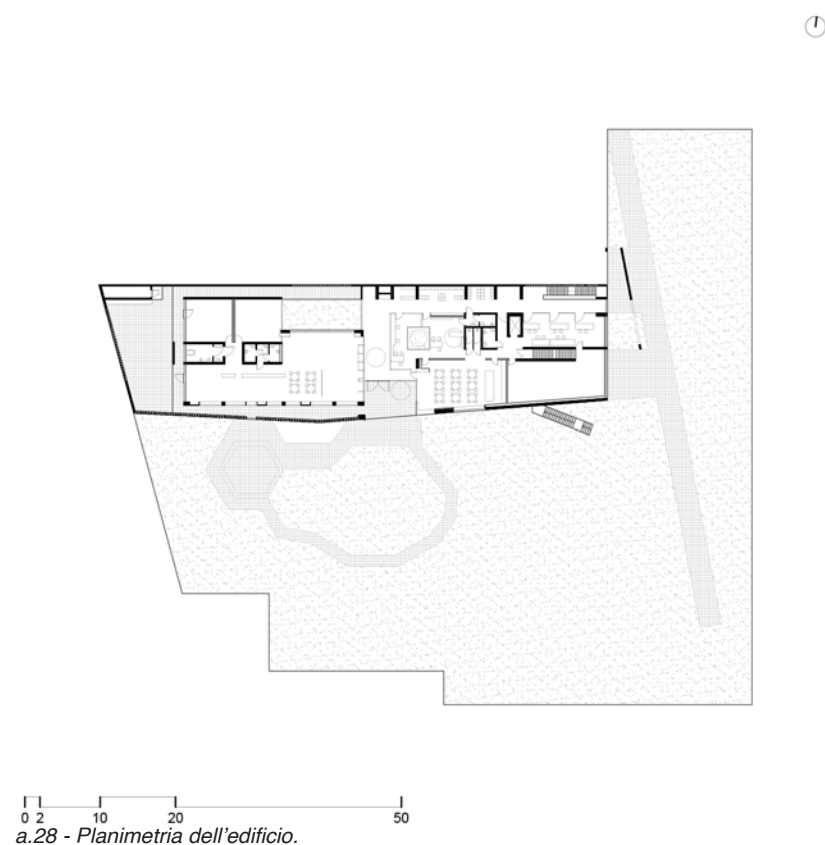
Descrizione

Il centro diurno si relaziona, dal punto di vista architettonico, con il contesto urbano esistente pur mostrando un'evidente autonomia figurativa e tipologica. Dall'esterno, l'edificio è percepito come un volume unico immerso all'interno della sua area verde. L'accesso alla struttura avviene dalla parete nord mediante la quale una cortina muraria separa l'esterno della parte a parcheggio dalla pertinenza interna. Il recinto esterno permette di scoprire uno spazio interno più intimo nel quale si colloca il vero e proprio volume identificato dal profilo a falda

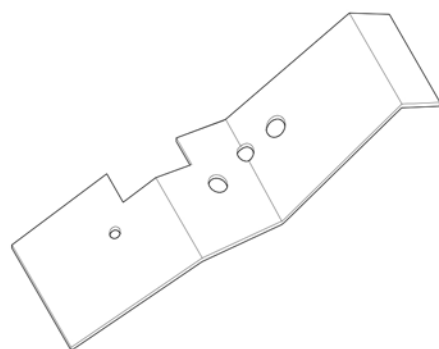
ripiegata su sé stessa della copertura. Questo doppio involucro è enfatizzato dalla natura del muro che lo costituisce. Questo è infatti traforato da innumerevoli buchi tondi che consentono di attenuare il valore di limite del muro stesso, facendolo al contrario percepire agli occhi del fruitore come un filtro rispetto all'esterno della struttura.

Lettura dell'organismo edilizio

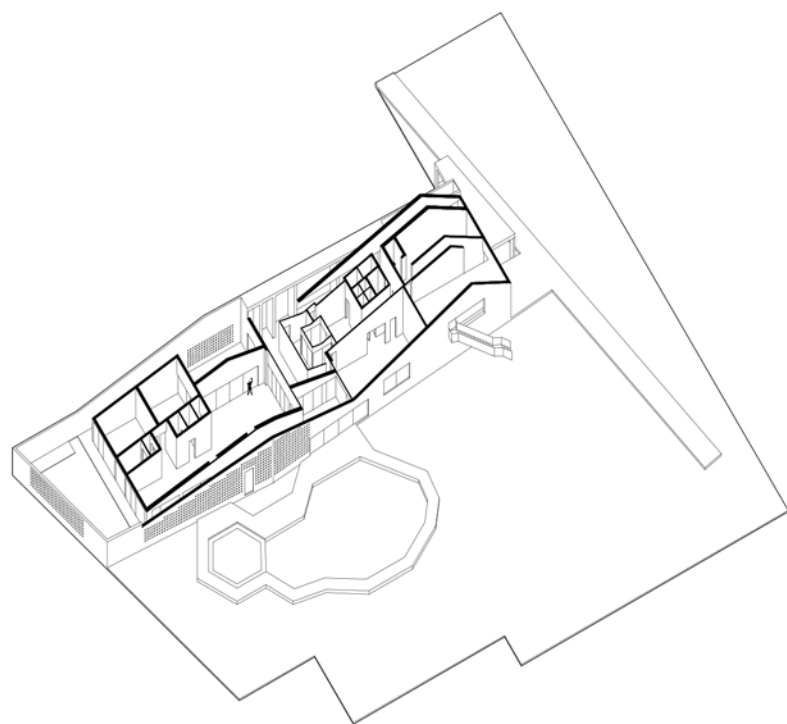
L'edificio è del tipo a blocco iscritto in un recinto. La composizione architettonica è articolata attraverso la giustapposizione di due volumi in un blocco unico. In particolare, si può individuare lo spazio della palestra e lo spazio dei laboratori come elementi gerarchicamente prevalenti. I due spazi sono identificati dai due tetti a due falde affiancati. L'unità planimetrica del volume è interrotta dalla presenza di alcune sottrazioni corrispondenti a giardini interni. Questi luoghi si configurano come ulteriori spazi per la contemplazione del verde oppure come spazi aperti per le attività all'aperto. La luce si configura come un elemento preponderante della composizione architettonica e penetra



a.29 - Diagramma delle funzioni: in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.



200



0 2 10 20 50
a.30 - Esploso assometrico dell'edificio.

nell'edificio secondo traiettorie precise. In particolare, oltre al muro traforato sono presenti fori nella copertura che, attraverso dei *canon lumiere*, indirizzano il flusso luminoso all'interno degli spazi laboratoriali. Nell'ampio spazio verde attorno è presente un giardino anulare ad uso diretto per gli ospiti del centro. Allo scopo di favorire la riconoscibilità dei luoghi ed evitare di standardizzare troppo i passaggi, nel progetto si sono eliminate le parti di distribuzione con il corridoio inserendo invece, allargamenti e soste in grado di interrompere la sequenza. La riconoscibilità degli spazi d'accoglienza degli assistiti, che sono anche d'attesa per la visita medica o occasioni di pausa, è stata ottenuta attraverso una diversa modulazione della luce, del colore o delle forme.

La struttura, presenta un'impostazione, flessibile, con ambienti di dimensione ridotta, che si possano contrarre, dividere, ma anche ampliare per un numero di ospiti maggiore o un nuovo utilizzo. La distribuzione planimetrica e spaziale differenzia le stanze come se fossero gli ambiti di una casa con diverse funzioni. La sala da pranzo si apre sulla cucina e si affaccia su una loggia verso il giardino. Il soggiorno è suddivisibile in spazi più piccoli per diverse attività personalizzate o per pochi ospiti. A completamento è stato realizzato anche uno spazio insonorizzato per la produzione o l'ascolto della musica e la terapia sensoriale.

201

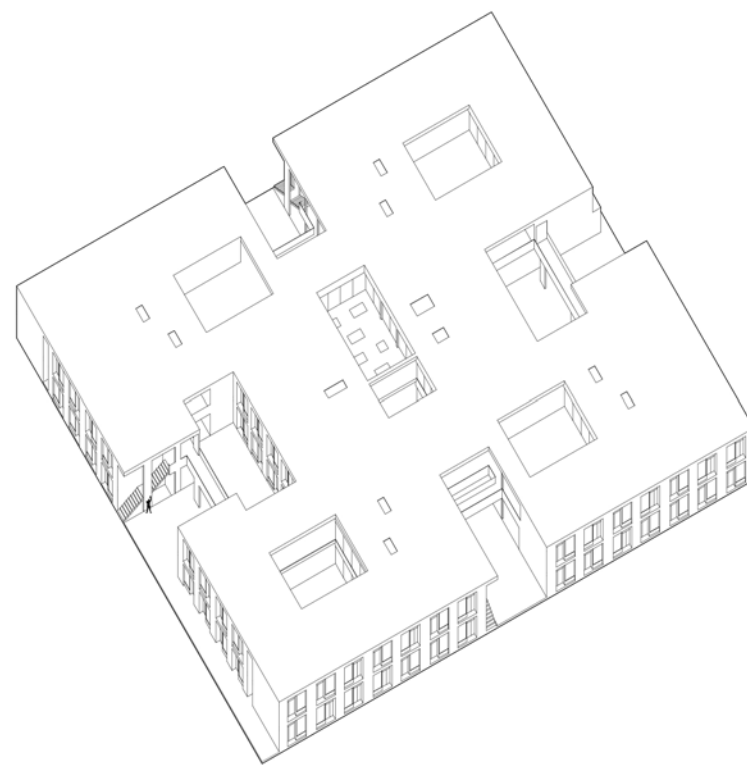
Tutte le aree funzionali sono controllate da un centro operativo, con lo scopo di proteggere gli ospiti pur garantendone l'indipendenza d'iniziativa e movimento. Gli spazi all'aperto sono in sequenza per aumentare le occasioni di utilizzo, anche personalizzato, e di socializzazione. Tutti i giardini sono infatti tra loro collegati attraverso un percorso circolare coperto per favorire, anche in condizioni di mal tempo, la deambulazione continua (*wandering*) tipica di alcuni pazienti a un certo stadio della malattia.

Il programma funzionale prevede una stretta relazione tra gli spazi comuni (in blu) e gli spazi esterni (in verde). Questi ultimi circondano completamente i laboratori e le sale e spesso si pongono in relazione diretta attraverso l'affaccio. Gli spazi assistenziali e di servizio (in giallo) si collocano nelle aree di ingresso o comunque lontane dal verde.



PFLEGEWOHNHEIM PETER ROSEGGER

Progetto	Dietger Wissounig Architekten
Localizzazione	Graz, Austria
Anno	2014
Tipologia	Residenza assistita (di lungo periodo)
Ricettività	105 posti letto



Inquadramento

La residenza Peter Rosegger sorge nella periferia sud ovest della città di Graz in Austria. L'edificio si colloca all'interno di un quartiere in cui sono presenti case dalla tipologia più svariata: case isolate, edifici in linea, edifici a torre e case a schiera. La struttura si colloca in un'area urbana che presenta per la quasi interezza soltanto una componente di verde urbano di quartiere.

Descrizione

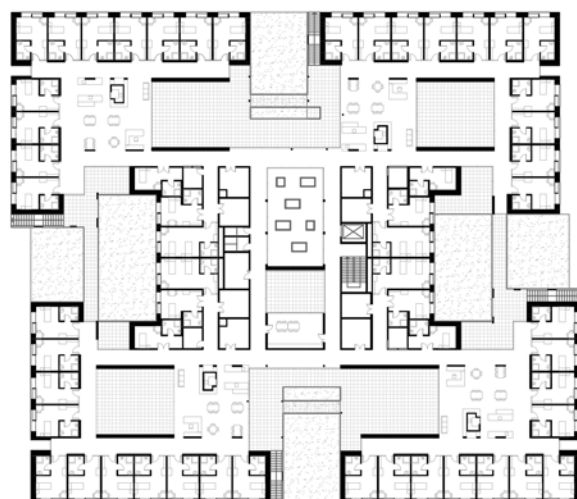
L'edificio si mostra come un volume compatto di due livelli dalla forma quadrangolare con ritagli asimmetrici che servono a dividere la casa in otto comunità abitative, quattro su ogni piano. Questi sono raggruppati attorno ad uno spazio centrale che assolve alla funzione di piazza coperta e si estende per tutta la lunghezza a piano terra, presentando invece parti a tutta altezza nel piano superiore. Ortogonalmente rispetto a questo spazio si collocano due patii a giardino riservati ai residenti. Ulteriori spazi aperti si collocano all'interno del singolo quadrante e permettono di traguardare per l'intera altezza la struttura dall'interno.

Ogni comunità abitativa è composta da stanze, una cucina e una sala da pranzo in modo da conferire una dimensione abbastanza familiare.

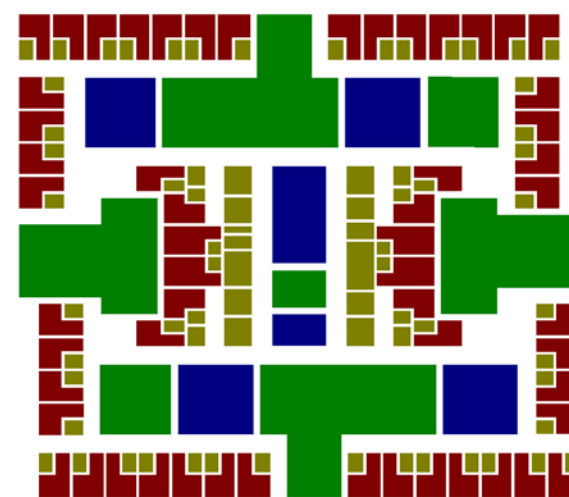
Lettura dell'organismo edilizio

L'edificio si può definire a blocchi aggregati ortogonalmente. La composizione delle stanze è polarizzata dallo spazio comune presente in ogni unità. Lo spazio di appartenenza della stanza al nucleo è reso riconoscibile anche attraverso caratteristiche cromatiche differenti, che permettono di aiutare i residenti a orientarsi. La composizione unitaria del volume si interrompe in corrispondenza delle terminazioni dei nuclei protetti.

Il programma funzionale dell'edificio prevede la disposizione delle stanze (in rosso) lungo il perimetro esterno, in una condizione di permeabilità visiva rispetto alla città. Gli spazi comuni (in blu) diventano centrali nella composizione dei singoli nuclei protetti nonché dell'intero organismo. I servizi e gli spazi di assistenza (in giallo) si collocano in aderenza ai blocchi della residenza e in continuità rispetto al sistema, configurandosi



0 2 10 20 50
a.31 - Planimetria del piano primo.

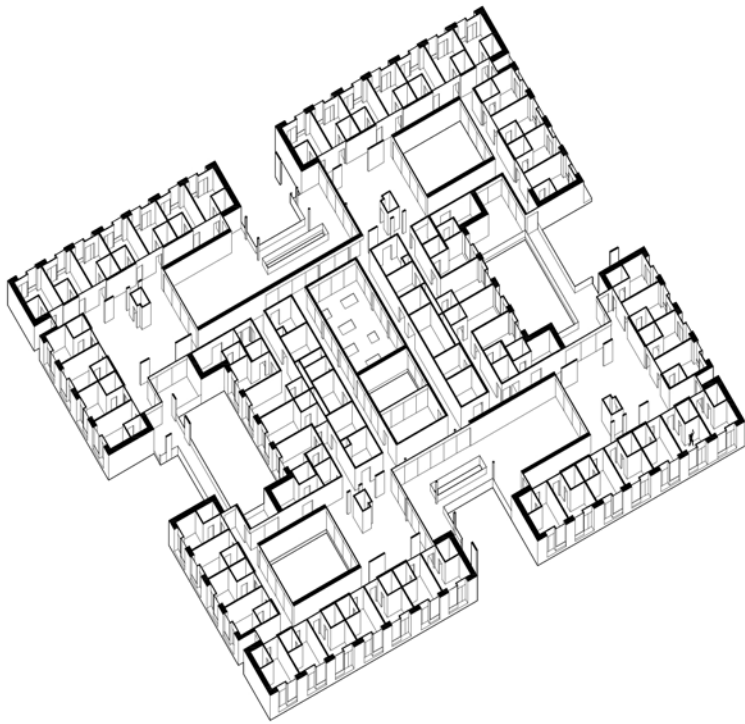


a.32 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

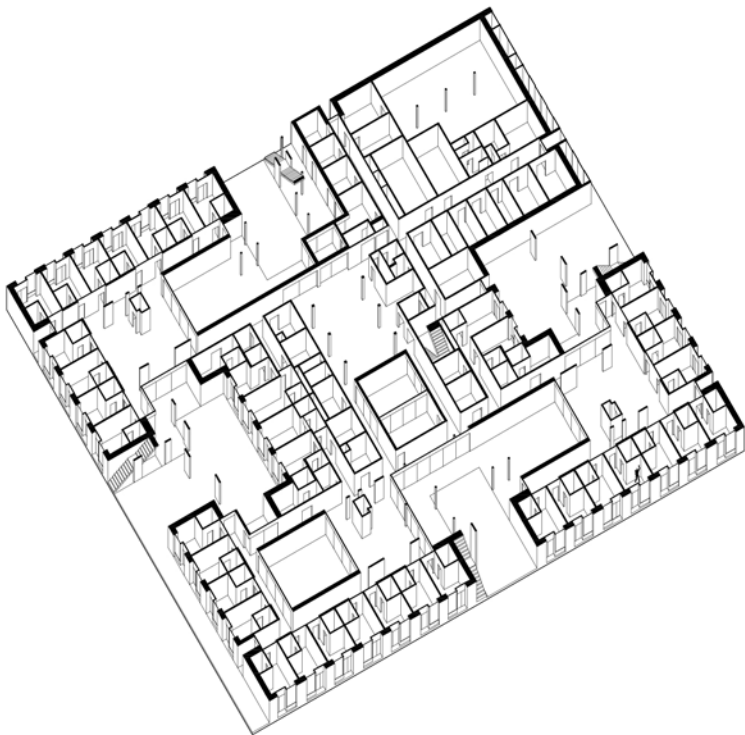
come cerniere tra i quattro nuclei e lo spazio centrale. Infine, lo spazio esterno fruibile (in verde) viene ad essere sempre attiguo ai luoghi di aggregazione sociale.

Unità minima

Le stanze si presentano di tutte afferenti allo stesso tipo, stanza singola, con una superficie di circa 20 mq. Queste variano leggermente in relazione alla posizione e all'orientamento, ma ogni stanza ha una finestra a battente e una finestra più grande con un parapetto basso e riscaldato che può fungere da seduta. Nel progetto, si è cercato di utilizzare materiali il più possibili simili a quelli della tradizione costruttiva austriaca. La facciata esterna è in larice, mentre sono lasciati a vista anche gran parte dei rivestimenti in legno utilizzati per gli interni. Al fine di creare un'atmosfera accogliente e allo stesso tempo spaziosa, per i soffitti delle sale comuni sono state utilizzate travi in legno.

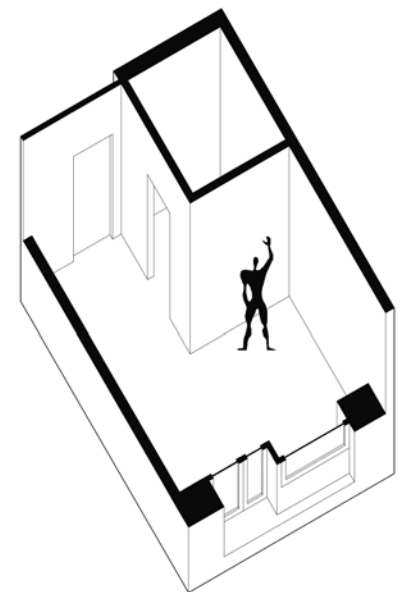
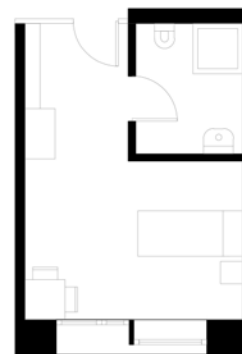


206



0 2 10 20 50
a.33 - Esploso assometrico dell'edificio.

207

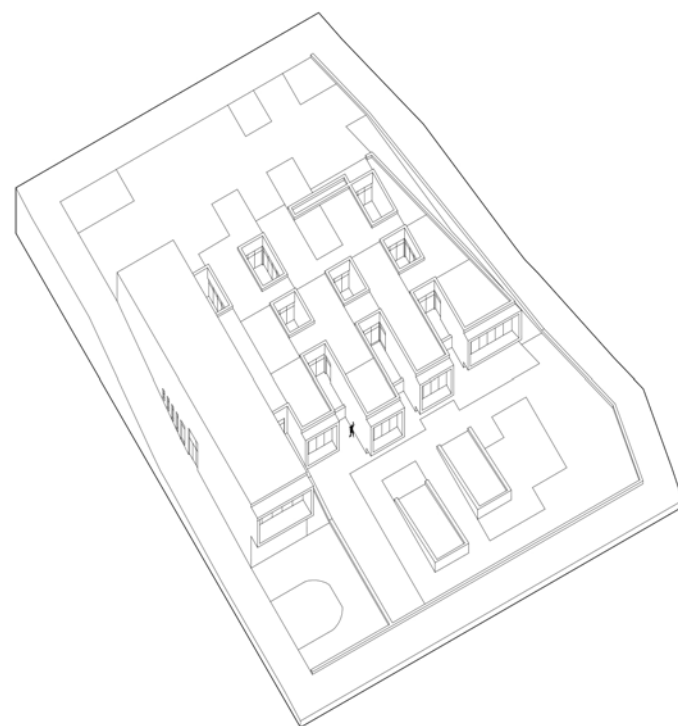


0 0.2 1 2 5
a.34 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



CENTRO DE DÍA PARE ENFERMOS DE ALZHEIMER EN BENAVENTE

Progetto	Studio VRA
Localizzazione	Benavente, Zamora, Spagna
Anno	2020
Tipologia	Centro diurno



Inquadramento

Il centro si colloca a limite del nucleo urbano di Benavente, in una condizione di confine urbano alla periferia della città in concomitanza con il grande altopiano castigliano. Dal punto di vista topografico l'edificio si colloca lungo il pendio di una collina e pertanto il progetto ha visto la necessità di livellare il suolo per accogliere la costruzione.

L'edificio è circondato da terreni agricoli ed inoltre, grazie alla condizione di pendenza del suolo gode di un affaccio sul paesaggio castigliano circostante. I pochi edifici limitrofi sono delle case isolate su massimo due livelli.

Descrizione

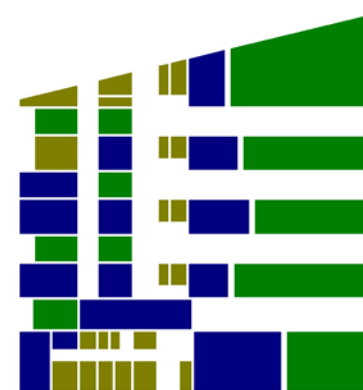
L'accesso all'edificio avviene da un lato del lotto in corrispondenza della quota più bassa. Da questo punto la struttura si innesta nel pendio mediante l'inserimento di una serie di corpi a stecca che penetrano all'interno della collina. I corpi sono distanziati di modo da permettere aerazione e illuminazione e sono intersecati da un secondo sistema che definisce una griglia distributiva interna

e permette di realizzare patii interni scoperti. L'edificio si attesta su un solo livello, fatta eccezione per il blocco più grande che si confrontano con la città e che presenta un secondo livello. Differentemente, il blocco di terminazione sulla campagna presenta una rotazione parallela alla forma del lotto, generando una dilatazione planimetrica dello spazio.

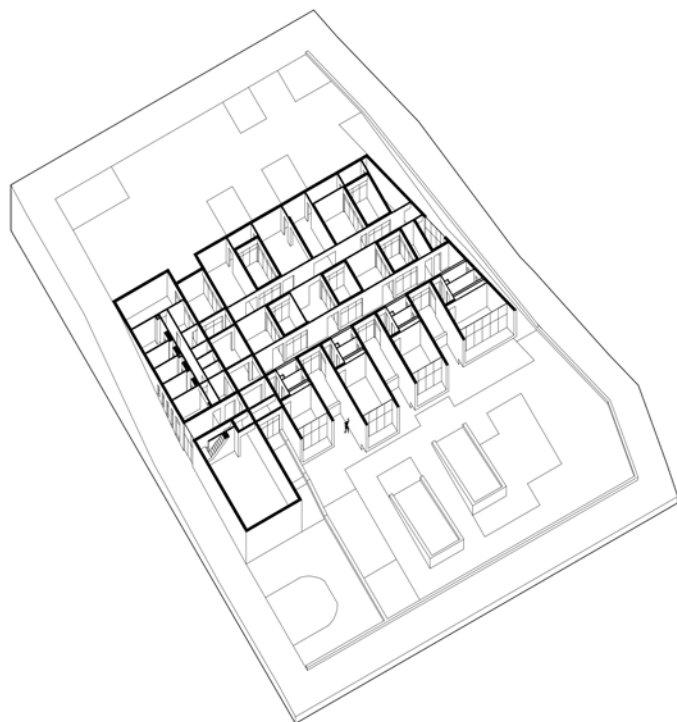
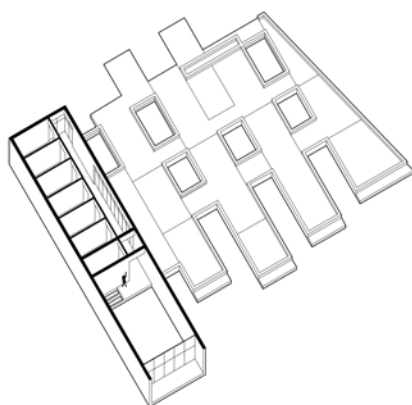
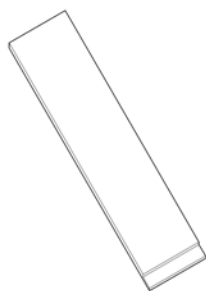
Nella struttura si è cercato di enfatizzare il tema dell'affaccio e del rapporto tra paesaggio e spazio interno. Le parti di diretto affaccio con la natura presentano pareti diaframmate con vetrate a tutta altezza ed ospitano gli spazi per le attività degli ospiti. Internamente lo spazio diventa seriale e segue la ripetizione ed il ritmo dei blocchi strutturali. Le aree verdi esterne sono nettamente divise tra la parte bassa e la parte alta. Nella prima troviamo una serie di parterre verdi che si collocano in continuità con il sistema dei corpi strutturali e ne definiscono un affaccio sul verde antropizzato. Nella parte alta invece, le coperture dei volumi si configurano come tetti verdi e spazi fruibili dai visitatori e per le attività all'aperto.



0 2 10 20 50
a.35 - Planimetria dell'edificio.



a.36 - Diagramma delle funzioni: in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.



Lettura dell'organismo edilizio

La composizione dell'edificio è articolata secondo tre gesti costruttivi principali: lo scavo, l'inserimento di elementi seriali, la realizzazione delle connessioni e la definizione della griglia. Dal punto di vista tipologico l'edificio è composto da una griglia di elementi seriali.

La composizione si interrompe lungo i due lati del pendio in maniere differenti: da un lato, sul fronte cittadino, il volume si alza permettendo di costituire un elemento di confronto con gli edifici realizzati lungo l'altro lato della strada; dall'altro lato il volume si piega ed accoglie il pendio riconoscendo il valore del paesaggio circostante e consentendo la realizzazione di un ulteriore affaccio in corrispondenza dell'incrocio dei corpi trasversali di collegamento tra i blocchi.

Alla composizione architettonica contribuisce la presenza degli scavi dei patii interni, i quali permettono l'affaccio dalla parte alta del giardino, oppure la penetrazione delle radiazioni solari all'interno delle parti altrimenti cieche dell'edificio.

Gli ambienti si distribuiscono occupando lo spazio delle stecche: in particolare le parti che si affacciano sul pendio sono quelle destinate ad attività collettive (laboratori, palestra, riabilitazione, soggiorno e sala da pranzo), e sono sempre affiancati da un blocco servizi dedicato.

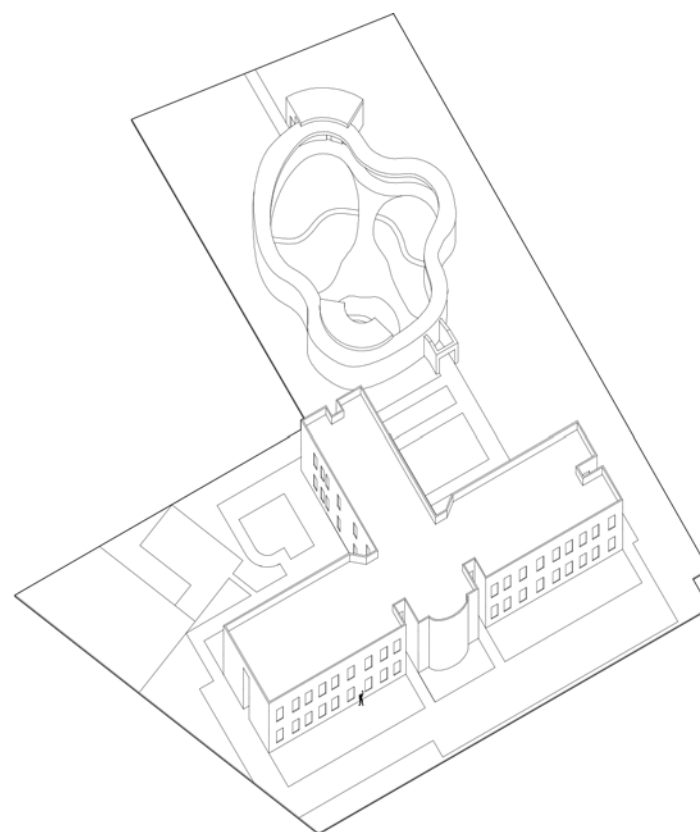
Le parti dedicate ad attività in cui è richiesto un certo grado di concentrazione sono ricavate nella parte più interna dell'edificio. La parte che richiede più privacy è inoltre sempre separata da quella più pubblica. A terminazione del sistema trova luogo il blocco più alto destinato ai servizi amministrativi. Il programma funzionale dell'edificio vede pertanto una netta prevalenza degli spazi per attività e spazi collettivi (in blu) a cui si associano alcuni spazi a servizi primari (in giallo). Nel centro diurno è prevista una cospicua presenza di aree a verde (in verde).

Da punto di vista materico, si è provveduto a garantire un apprezzabile grado di riconoscibilità agli spazi attraverso l'utilizzo di strutture in calcestruzzo a vista, in cui è evidente la listatura dei casseri. Internamente invece si prediligono le finiture chiare o comunque in legno, come le porte e i corrimani.



CASA DI NARNALI

Progetto	Centro interuniversitario di ricerca TESIS (supporto)
Localizzazione	Narnali, Prato, Italia
Anno	1998
Tipologia	Centro diurno
Ricettività	10 ospiti



Inquadramento

Il centro diurno si colloca nella frazione di Narnali nell'area periurbana della città di Prato. Il centro della borgata si compone principalmente di case a schiera e case binate su due livelli. L'intorno presenta una ampia disponibilità di aree verdi a causa della presenza di un ampio parco urbano nelle vicinanze dell'edificio. Sono riconoscibili alcuni edifici produttivi a carattere industriale.

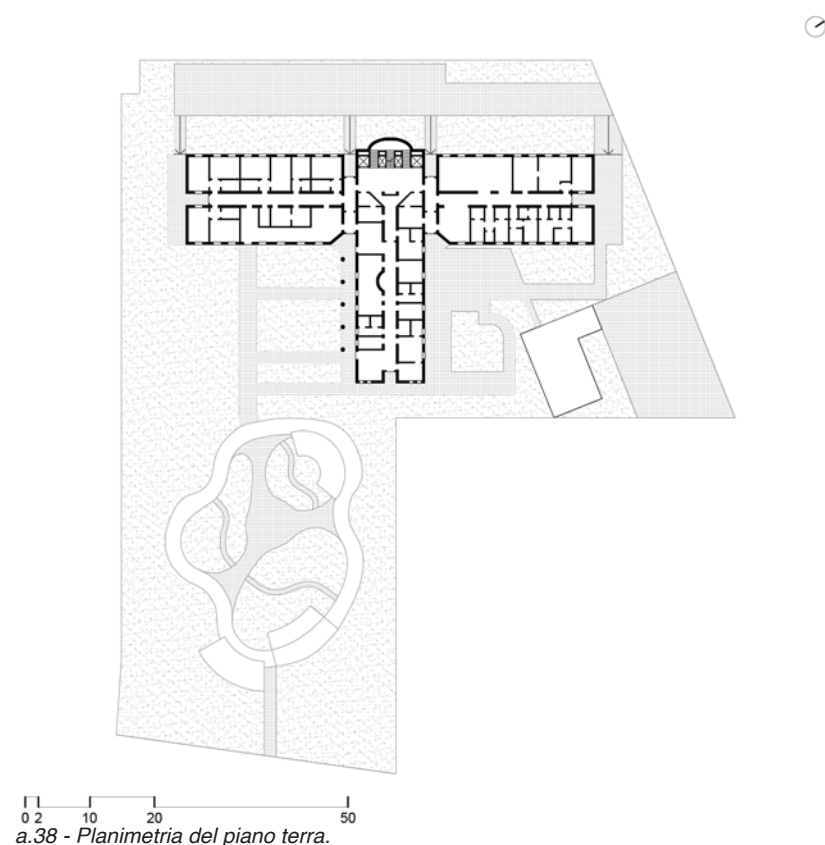
Descrizione

L'edificio si colloca all'interno di un lotto a forma di "L" circondato da verde. La struttura è composta da due corpi che si dispongono di maniera ortogonale tra loro e identificano la zona di ingresso nella parte centrale. La disposizione interna dei livelli prevede due piani: a piano terra si collocano la gran parte degli spazi aggregativi, laboratoriali e riabilitativi mentre al primo piano si distribuiscono le stanze dedicate ai servizi ambulatoriali e assistenziali. Dal punto di vista planimetrico l'edificio può essere suddiviso in due ali speculari. Internamente la pianta dell'edificio

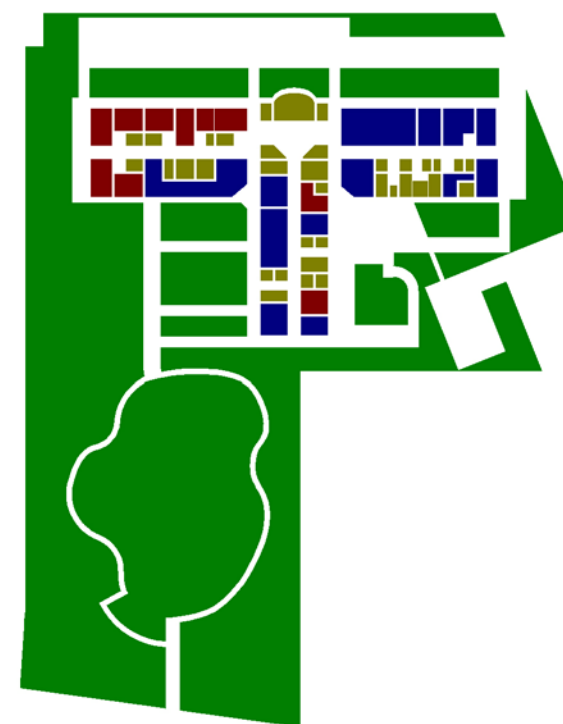
evidenzia la presenza di una distribuzione interna che separa nettamente gli ambienti in due file contrapposte. L'orientamento dell'edificio ha indirizzato la progettazione degli spazi interni, infatti le stanze per le attività motoria si collocano nelle parti orientate a sud. In questa porzione sono organizzate le aree esterne maggiormente fruite dagli ospiti. Si inserisce in questa parte il dispositivo del giardino Alzheimer.

Lettura dell'organismo edilizio

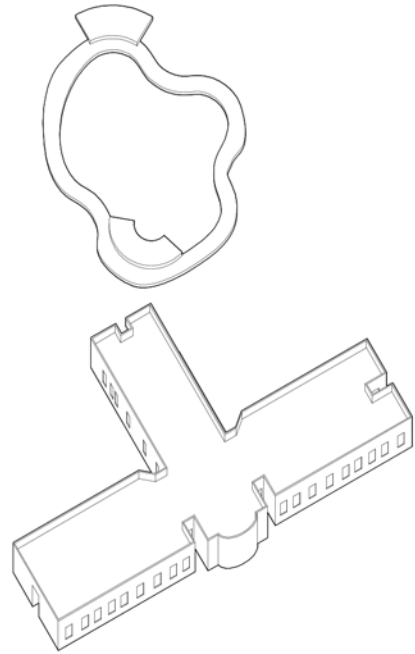
La natura planimetrica consente di descrivere l'edificio composto da tre volumi incernierati nella zona della hall di ingresso. Pertanto, è possibile riconoscere nella struttura un edificio a stecche intersecate. I volumi presentano alcuni aggetti e scatti nella forma che interrompono la continuità del fronte costruito. Questi accorgimenti identificano parti ben definite della composizione come accessi e porte sulle aree esterne. Elemento di discontinuità nella simmetria volumetrica è il portico posizionato nel fronte sud al fine di consentire l'arretramento della facciata. Tutti gli ambienti presentano porte finestre al fine



a.38 - Planimetria del piano terra.

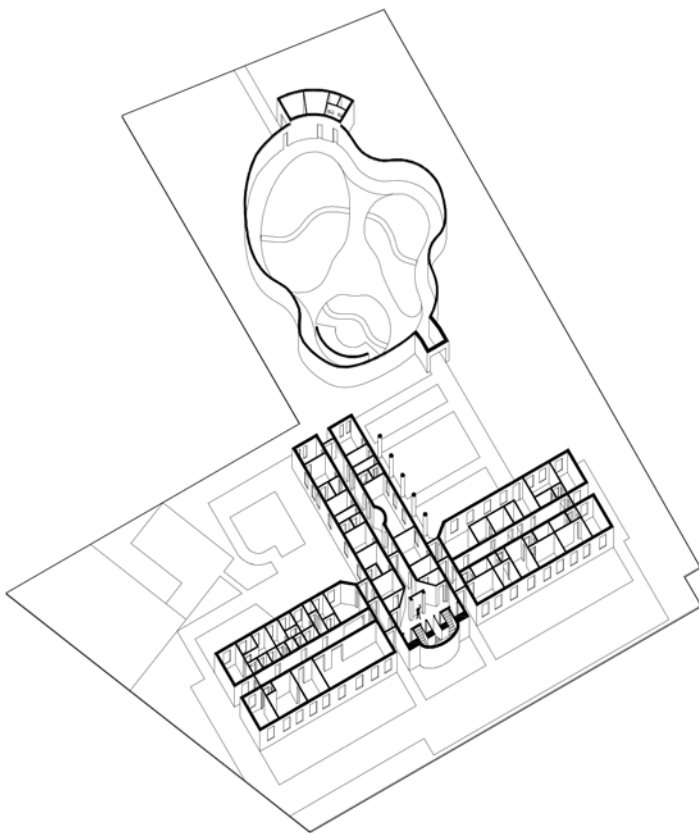


a.39 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.



di garantire la permeabilità verso lo spazio esterno. La parte del cortile sud, direttamente a contatto con la struttura, presenta una serie di percorsi rettilinei che identificano un tragitto continuo che, partendo dallo spazio della sala riabilitativa, conduce allo spazio della mensa e delle cucine. Dal cortile sud è possibile raggiungere il giardino Alzheimer, il quale si configura come uno spazio esterno recintato all'interno del suo perimetro. Il giardino costituendosi come un percorso circolare, consente all'ospite di girovagare in sicurezza anche grazie ai corrimani, installati lungo tutto il percorso. Nel giardino sono presenti tre differenti aree sensoriali: quella dell'olfatto, quella della vista e quella del tatto, in cui sono posizionate piante aromatiche e colorate per la terapia degli ospiti. Il programma funzionale della struttura prevede una grande presenza di spazi comuni dedicati a varie attività (in blu) i quali vengono ad occupare prioritariamente le parti con l'affaccio verso le parti esterne (in verde). Sono presenti alcune stanze (in rosso) utilizzate per il riposo temporaneo degli ospiti e del personale ma queste, come anche le aree a servizio (in giallo) vengono a collocarsi in parti marginali della struttura.

218



0 2 10 20 50
a.40 - Esploso assometrico dell'edificio.

219

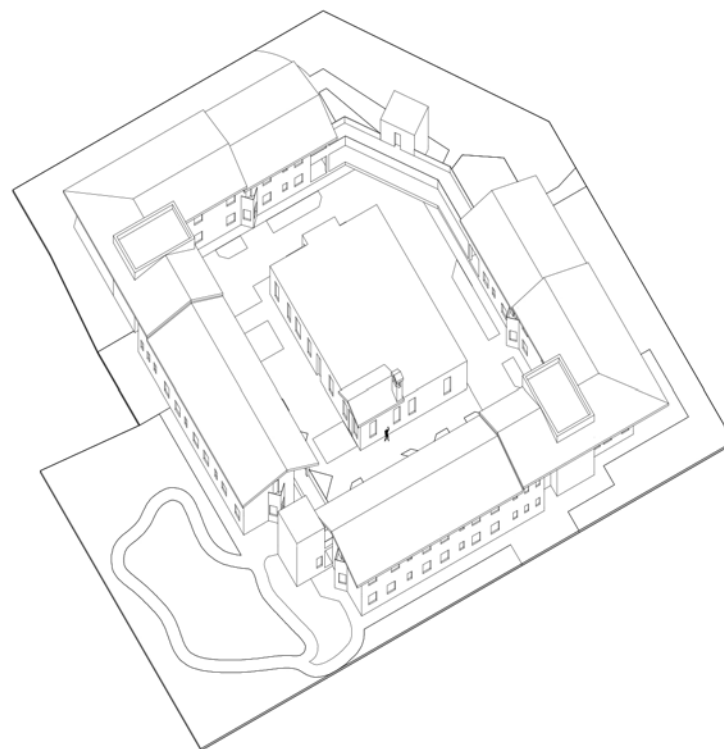


0 1 5 10 25
a.41 - Planimetria di dettaglio del giardino Alzheimer.



IL PAESE RITROVATO

Progetto	Studio Giovanni Ingraio
Localizzazione	Monza, Italia
Anno	2008
Tipologia	Residenza assistita (di lungo periodo)
Ricettività	64 posti letto



Inquadramento

La struttura si colloca nella periferia nord della città di Monza in un'area per servizi con una piccola aliquota di edifici residenziali del tipo in linea o al più a torre. L'edificio si dispone nelle immediate vicinanze di un centro di assistenza agli anziani gestito dalla stessa organizzazione.

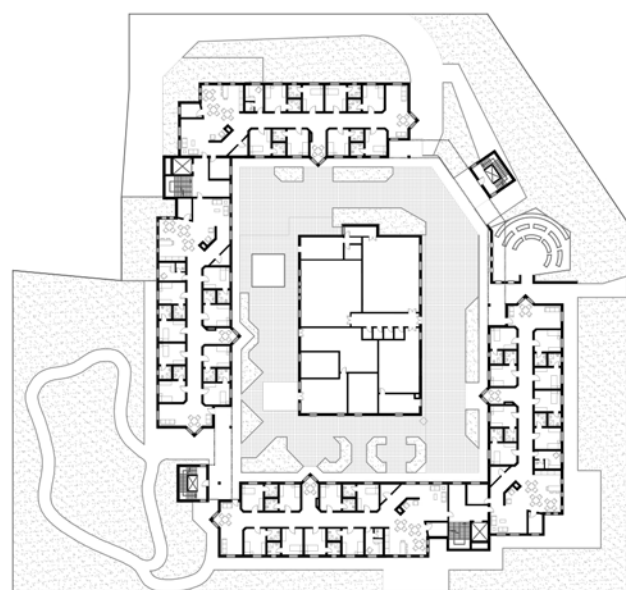
Descrizione

Il complesso del paese ritrovato è organizzato secondo una serie di edifici che alludono ad una condizione urbana. L'allusione ad una condizione di borgo è volutamente ricercata attraverso i richiami a caratteristiche tipiche dell'edilizia residenziale urbana. Le stecche delle case si compongono con tetti a falde con coperture a tegole. Altri elementi riconoscibili sono l'utilizzo di componenti materiche associabili all'edilizia residenziale privata come le pareti delle case dipinte in modo differente al fine di non costituire un'unicità cromatica del fronte. Lo spazio della piazza-strada si configura come il luogo pubblico del complesso e analogamente viene trattato attraverso continui richiami al

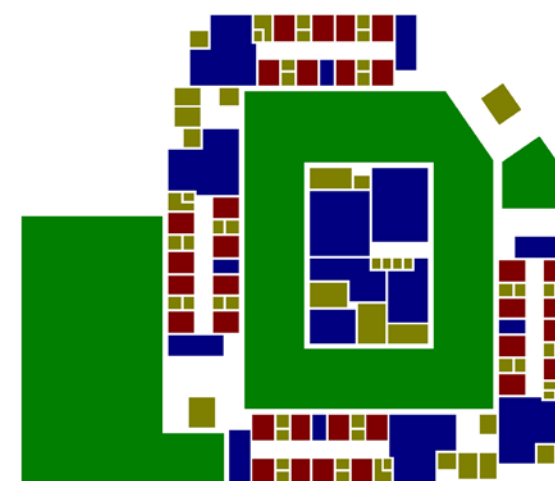
linguaggio costruttivo dello spazio pubblico urbano. Infine, il blocco a servizi è allestito in modo da simulare alcuni edifici pubblici come il teatro o la chiesa. Sono presenti spazi rivolti verso l'esterno trattati a giardino o ad orto con percorsi anulari.

Lettura dell'organismo edilizio

Il complesso può dirsi composto da corpi che definiscono un elemento centrale. I volumi residenziali sono organizzati su due livelli e si costituiscono secondo la concatenazione lineare di stanze binate lungo una distribuzione centrale a corridoio cui fine si collocano spazi comuni che sono enfatizzati da bow window. Al piano superiore i blocchi risultano connessi tra loro mediante un sistema di passerelle esterne. Il blocco servizi al centro ospita gli spazi della chiesa, della palestra e dei laboratori, tra cui la palestra sensoriale. Lo schema funzionale prevede che le stanze (in rosso) siano equamente distribuite sia in corrispondenza degli spazi con affaccio interno che con quelli ad affaccio esterno. I servizi (in giallo) si collocano principalmente in aree specializzate come il blocco centrale.

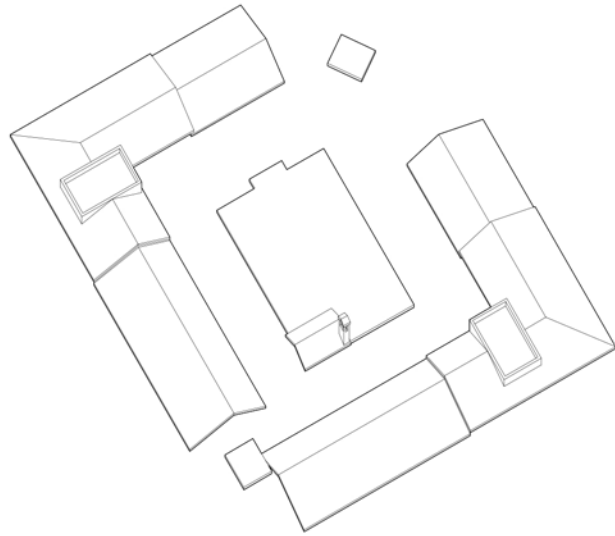


0 2 10 20 50
a.42 - Planimetria del piano terra.



a.43 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

Per quanto riguarda gli spazi collettivi (in blu), questi sono di due nature: quelli comuni al gruppo alloggio e quelli comuni all'intero complesso situati nel blocco servizi. Lo spazio esterno (in verde), pur presentando una natura eterogenea, trova ampia collocazione sia nello spazio interno della piazza che in quello esterno dei giardini.



Unità minima

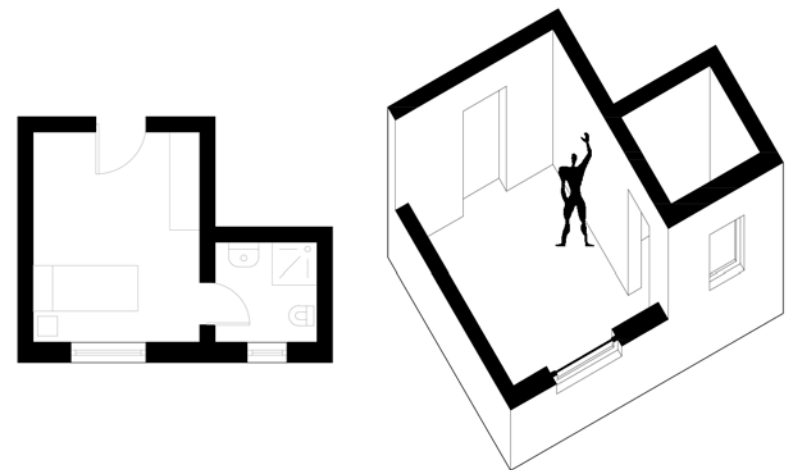
Nel progetto le unità minime sono organizzate in gruppi di nove. Si utilizza un solo tipo di camera di circa 13 mq, la stanza singola binata, associata alla successiva mediante l'incastro tra i due bagni. La stanza si pone in connessione con lo spazio della distribuzione interna per cui l'ospite può liberamente accedere agli spazi comuni rimanendo all'interno del nucleo protetto. Tutte le stanze prendono luce in modo indipendente mediante la sola finestra. La soluzione di arredo delle residenze è studiata in modo da simulare una condizione domestica lasciando grande spazio alla personalizzazione: si utilizzano pavimenti in parquet e luci prevalentemente dai toni caldi.

224



0 2 10 20 50
a.44 - Esploso assometrico dell'edificio.

225

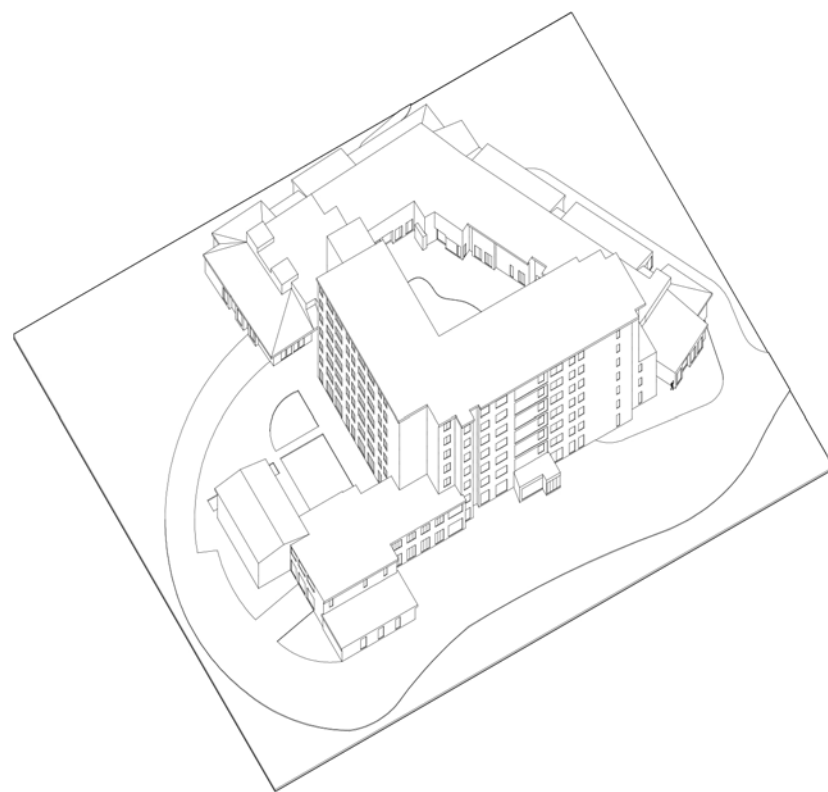


0 0,2 1 2 5
a.45 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



THE ABE'S GARDEN

Progetto	Manuel Zeitlin Architects
Localizzazione	Nashville, Tennessee, USA
Anno	2015
Tipologia	Residenza assistita
Ricettività	42 posti letto



Inquadramento

Il complesso edilizio si colloca all'interno di un'area alla periferia sudoccidentale della città di Nashville. Si tratta di un'area principalmente residenziale la cui tipologia principale risulta essere la casa isolata su due livelli. L'edificio si colloca sul limite di un salto di quota in corrispondenza del quale è presente un esteso parco urbano

Descrizione

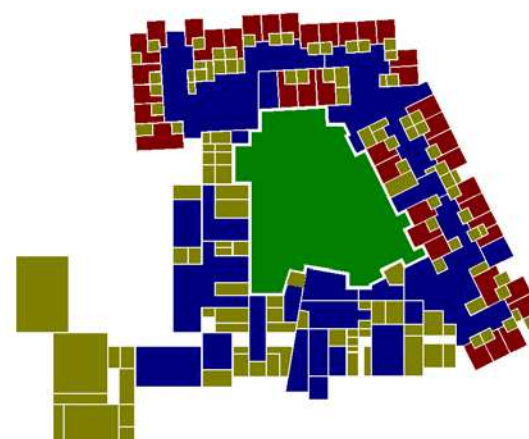
La struttura residenziale si colloca in aderenza ad un preesistente edificio dedicato all'assistenza per gli anziani. I due volumi, quello alto dei servizi assistenziali e quello basso della residenza Alzheimer, si giustappongono costituendo un volume unitario. In particolare, il blocco alto presenta un'articolazione su sette livelli, mentre il nuovo blocco residenziale si attesta su un solo piano. Nella parte centrale si viene a costituire un ampio spazio verde organizzato secondo percorsi anulari attorno ad aree organizzate attorno un giardino sensoriale, un orto ed un piccolo lago.

Letture dell'organismo edilizio

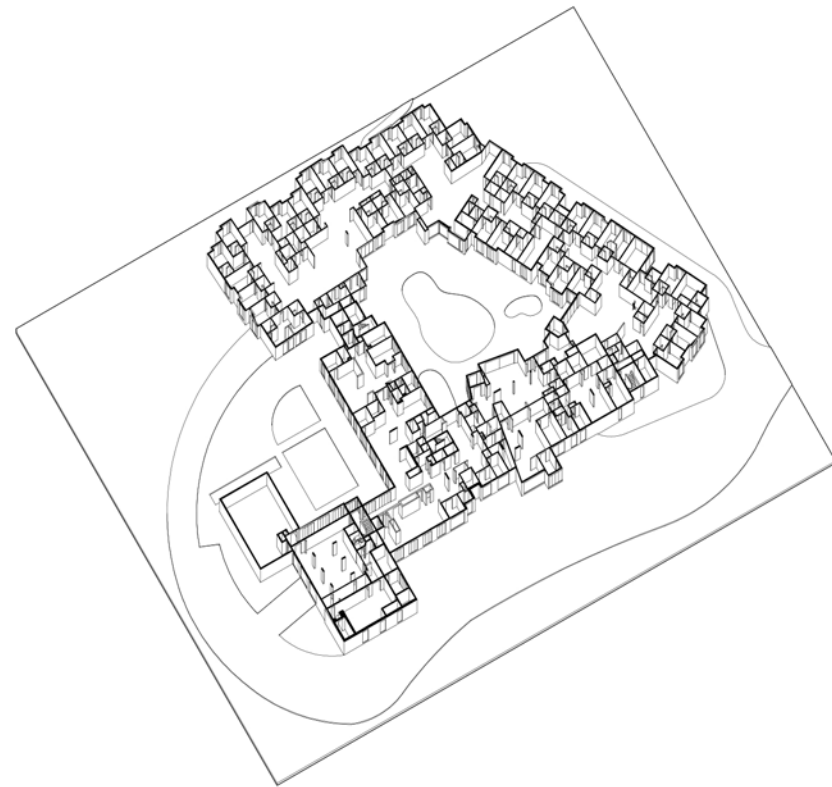
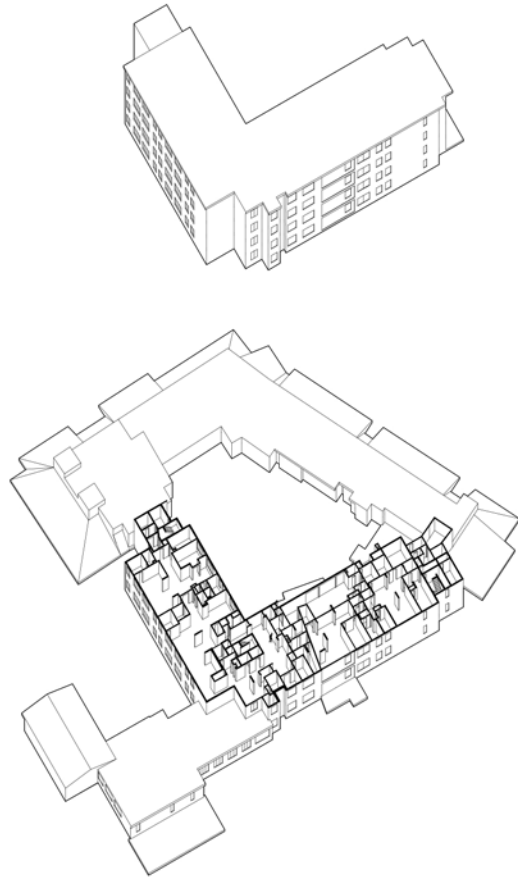
I due volumi dalla forma inclinata ad "L" si accostano generando un impianto a corte, al centro del quale trova luogo lo spazio verde. I volumi, pur mostrandosi di natura differente, si integrano per dimensioni planimetriche e per componenti materiche. Il corpo delle residenze è organizzato secondo la concatenazione di unità minime raggruppate in gruppi alloggio più piccoli. La riconoscibilità degli spazi è affidata alle numerose pieghe e rientranze che si generano nella associazione dei volumi delle unità minime. Lo schema funzionale prevede la disposizione delle stanze (in rosso), lungo il perimetro dell'edificio, definendo una condizione privilegiata di affaccio. Lo spazio collettivo (in blu) si trova al centro dei nuclei residenziali e determina una polarizzazione delle stanze attorno ad esso. Gli spazi dell'assistenza (in giallo) si collocano prettamente nel blocco dei servizi, assieme agli spazi della riabilitazione. Infine, lo spazio pubblico esterno (in verde) è il nodo di tutto l'impianto compositivo.



0 5 25 50 125
a.46 - Planimetria del piano terra.



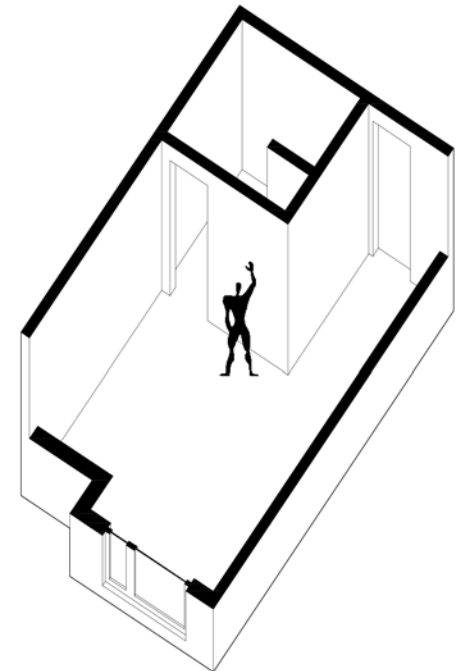
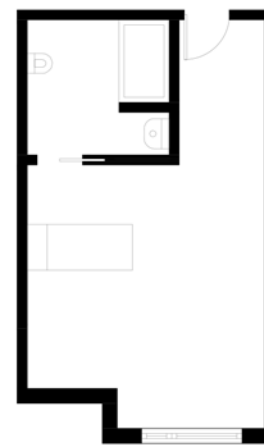
a.47 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.



0 5 25 50 125
a.48 - Esploso assometrico dell'edificio.

Unità minima

I gruppi alloggio, pur presentando una forma differente in base all'aggregazione, prevedono tutti l'utilizzo della stessa unità minima: la stanza singola con servizio esclusivo. Non si riconosce una serialità nell'aggregazione delle stanze poiché si presentano a volte in forma binata ed altre in maniera libera. Le camere presentano una superficie di circa 28 mq configurandosi nella forma di stanza singola o doppia, al fine di prevedere la presenza di un accompagnatore dell'ospite. La stanza ha sempre un affaccio sullo spazio esterno direttamente fruibile dall'ospite mediante una portafinestra. Lo spazio della finestra presenta una rientranza di modo da consentire una maggiore riconoscibilità come luogo dedicato all'affaccio. Dal punto di vista materico si è scelto di dare ampia personalizzazione agli spazi e di differenziare i gruppi stanza in base ad una tematica, in questo caso un tono cromatico differente delle finiture. Esternamente i materiali utilizzati richiamano alla tradizione costruttiva del mattone e del legno.

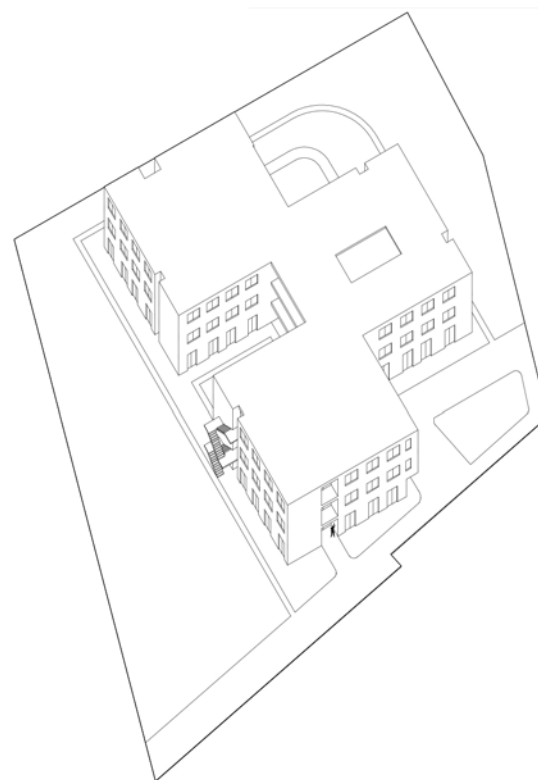


0 0.2 1 2 5
a.49 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



KOMPETENZZENTRUM DEMENZ FORCHHEIM BERATEN WOHNEN PFLEGEN

Progetto	Feddersen Architekten
Localizzazione	Forchheim, Germania
Anno	2014
Tipologia	Residenza assistita
Ricettività	96 posti letto





Inquadramento

La residenza si colloca nell'area urbana della città di Forchheim in una zona principalmente residenziale vicina alle rive del fiume che lambisce la città. La struttura fa parte di un complesso residenziale per anziani alla quale afferiscono altri quattro edifici a stecca adibiti ad alloggi per anziani autosufficienti.

Descrizione

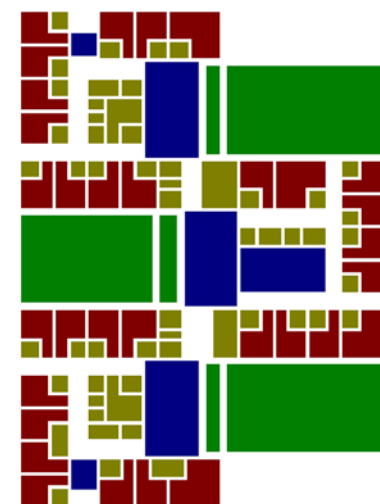
L'edificio si compone di tre blocchi connessi da una distribuzione rettilinea. I volumi si attestano su due livelli e prevedono un nucleo protetto per ogni livello. Le parti di giunzione tra i vari blocchi presentano pareti vetrate di affaccio sulla natura circostante e sono sempre messi in relazione ad uno spazio interno collettivo. La struttura presenta pareti intonacate in grigio con imbotti in bianco, infissi e parapetti in metallo scuro.

Lettura dell'organismo edilizio

La residenza si può definire come una concatenazione di elementi serialmente ripetuti lungo un asse. Nello spazio

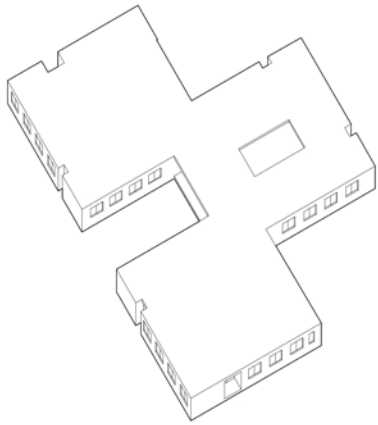
234

235



a.51 - Planimetria del piano primo.

a.52 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

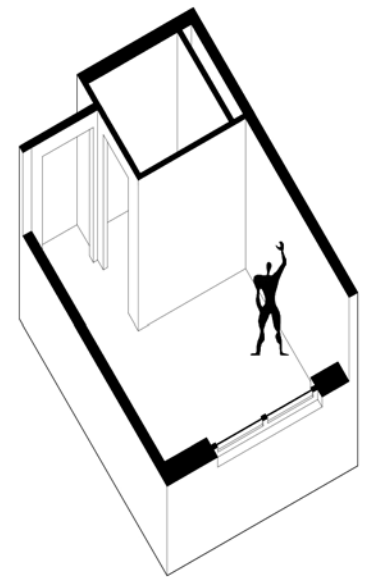
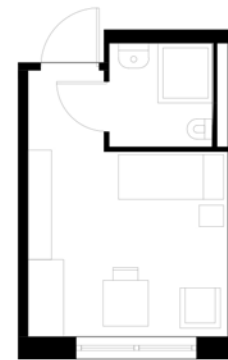


0 2 10 20 50
a.53 - Esploso assometrico dell'edificio.

così definito trovano posto i nuclei residenziali protetti. La disposizione a quinconce degli elementi definisce tre patii esterni. Internamente vi è un largo uso del colore al fine di permettere l'associazione di una azione ad un luogo. Lo schema funzionale è organizzato facendo coincidere le stanze (in rosso) con il perimetro dell'edificio. Gli spazi collettivi (in blu) si collocano in posizione centrale rispetto al nucleo protetto analogamente ai servizi (in giallo). Lo spazio esterno (in verde) si contrappone agli spazi interni di aggregazione.

Unità minima

La struttura si compone in maniera seriale: è prevista un tipo di stanza singola con servizio all'interno del volume dell'unità. Questa si presenta delle dimensioni di 18 mq circa e prevede un arretramento nell'ingresso di modo da assicurare un filtro con lo spazio della distribuzione esterna. È presente un'ampia finestratura con finestre a doppio battente. Nelle parti angolari sono presenti stanze doppie, nel numero di sei in tutto l'edificio, le uniche con un doppio affaccio sulle pareti ortogonali.

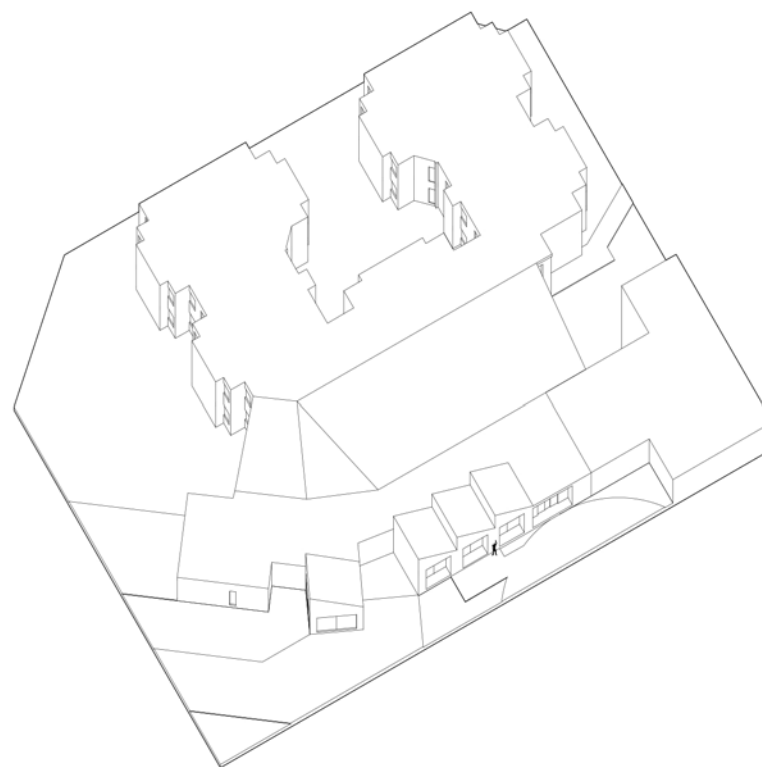


0 0.2 1 2 5
a.54 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



WAVENY CARE CENTER

Progetto	RLPS Architects
Localizzazione	New Canaan, Connecticut, USA
Anno	2002
Tipologia	Residenza assistita
Ricettività	52 posti letto



Inquadramento

Il centro si colloca in un'area periurbana prevalentemente interessata da edilizia residenziale nonché da alcuni edifici scolastici. Nelle vicinanze sono presenti parchi e boschi che circondano completamente l'edificio.

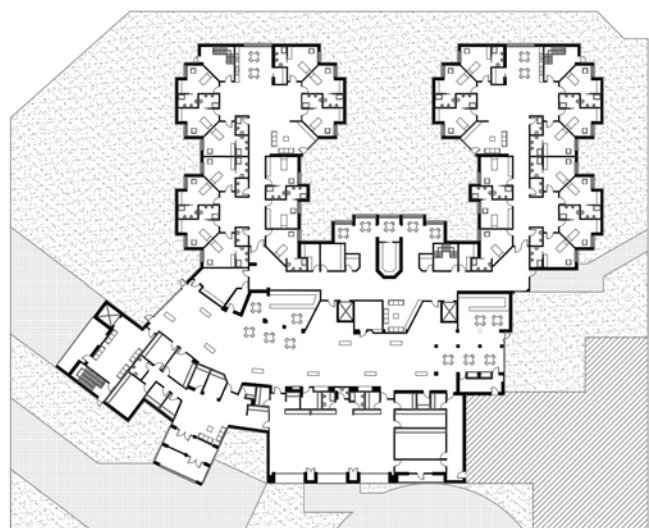
Descrizione

L'edificio si pone in continuità rispetto ad un altro preesistente dedicato all'assistenza degli anziani. La struttura si compone di tre parti che si susseguono: il corpo dell'ingresso e delle sale multifunzionali, la galleria interna, il corpo delle residenze. La prima parte, quella dell'ingresso, si attesta su un'altezza di un solo piano, in continuità con l'edificio della struttura preesistente. Il corpo delle residenze differentemente si configura su due livelli. Lo spazio della galleria raccorda i due volumi con una copertura spiovente. Lo spazio delle residenze è quello più privato, nettamente separato dagli spazi dell'assistenza e delle attività mediante la galleria, e si configura come un dispositivo della memoria simulando una condizione urbana. Tutti gli

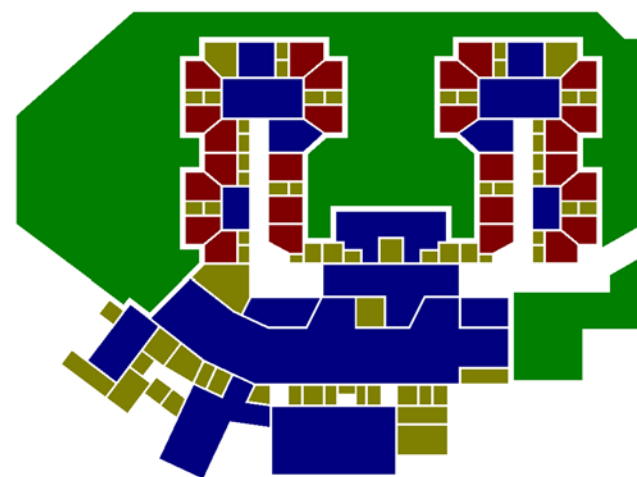
elementi, soprattutto quelli materici, concorrono a definire lo spazio come urbano: si è scelto di rappresentare le facciate con il rivestimento in mattoni, inserire una pavimentazione in cubetti di porfido, elementi di arredo urbano ed un grande orologio come quello delle torri civiche.

Lettura dell'organismo edilizio

La composizione dell'organismo è formata dalla concatenazione dei tre volumi. Il corpo delle residenze è suddiviso in due ali divise dalla distribuzione verticale al centro. Ogni braccio è organizzato secondo due gruppi di stanze aggregate attorno ad uno spazio centrale. La struttura è pertanto ascrivibile al tipo a patio. I nuclei protetti risultano separati dallo spazio "pubblico" della galleria attraverso la distribuzione interna ai piani. La mediazione di questo spazio allontana l'ospite dalla possibilità di fruire dei luoghi in maniera indipendente. Il blocco delle stanze individua differenti configurazioni di verdi descritte dagli spazi laterali nonché dallo spazio tra i bracci. Il programma funzionale dell'edificio prevede che le stanze (in rosso) si dispongano



0 2 10 20 50
a.55 - Planimetria del piano terra.

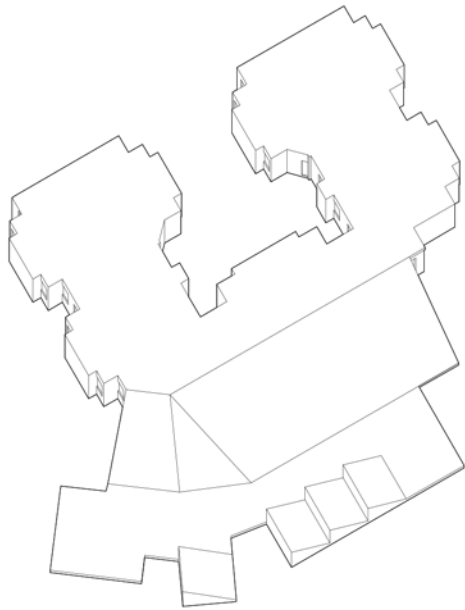


a.56 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

nella perimetrale del blocco residenze, mentre gli spazi collettivi (in blu) si distribuiscono prevalentemente al centro dei nuclei residenziali o in corrispondenza delle parti pubbliche di ingresso. Gli spazi assistenziali (in giallo) si collocano nel blocco d'ingresso maggiormente specializzato. Gli spazi esterni (in verde) sono a diretto contatto con i nuclei protetti.

Unità minima

Le stanze si dispongono in posizione polare rispetto allo spazio del soggiorno identificando degli assi interni che conducono da uno spazio comune all'altro e generando un percorso naturalmente percepito dagli ospiti. Le camere, del tipo singolo accoppiate attraverso l'incastro del blocco servizi, presentano una superficie di 22 mq. La forma della stanza non è regolare e presenta nicchie per la collocazione delle armadiature. La finestra avanza nella parete portandosi il più vicino possibile al letto. La soluzione di arredo prevede la massima personalizzazione dello spazio di modo da rendere la camera il più possibile uno spazio domestico.

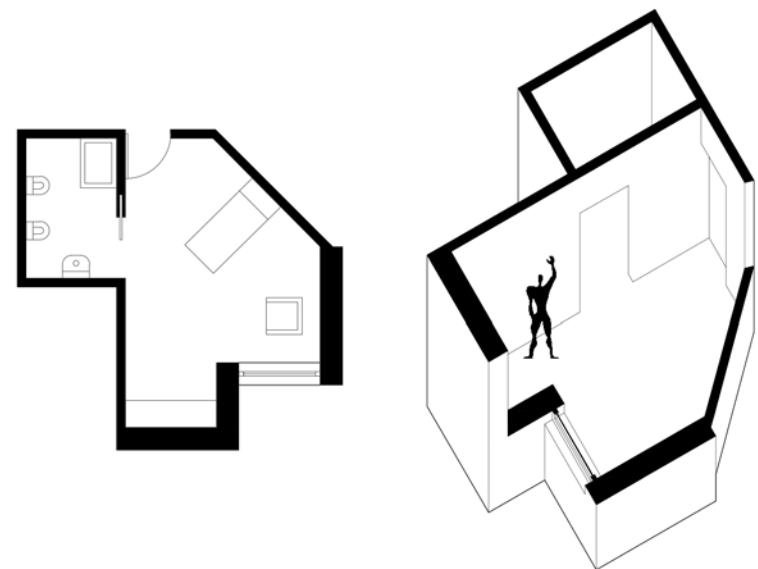


242



0 2 10 20 50
a.57 - Esploso assometrico dell'edificio.

243

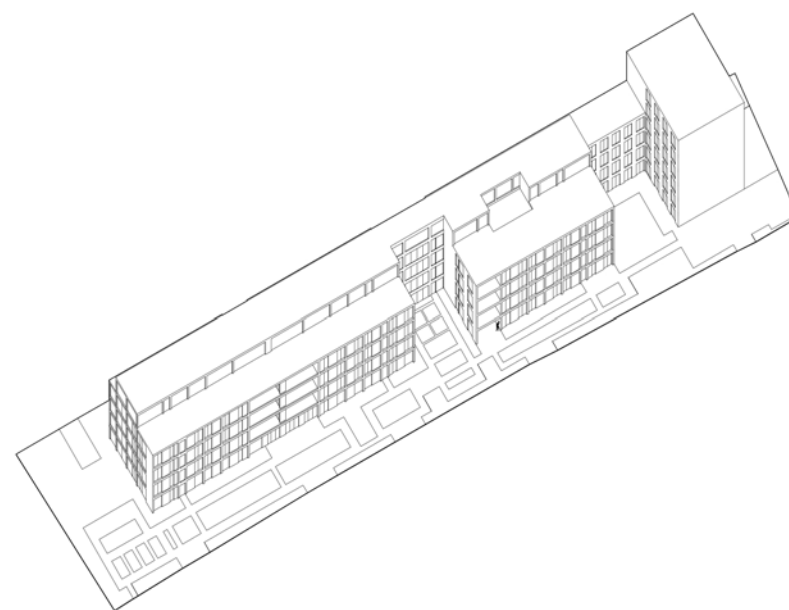


0 0.2 1 2 5
a.58 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



KOMPETENZZENTRUM DEMENZ MÜNCHEN

Progetto	Feddersen Architekten
Localizzazione	Monaco di Baviera, Germania
Anno	2014
Tipologia	Residenza assistita
Ricettività	118 posti letto





a.59 - a sinistra, planimetria del piano terra; al centro planimetria del primo piano; a destra diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

Inquadramento

L'edificio sorge a limite di un'area residenziale nella parte occidentale della città di Monaco di Baviera, in corrispondenza di una zona a carattere produttivo. L'intorno si configura come fortemente urbanizzato e costituito principalmente da un tessuto circostante di case a schiera dall'altezza massima di due livelli. Lungo le grandi arterie di comunicazione la densità abitativa cresce attraverso l'utilizzo di un tipo di case in linea su cinque livelli.

Descrizione

Il centro si caratterizza per la sua forma lineare dovuta alla collocazione su un lotto stretto e lungo prospiciente una importante via di comunicazione urbana. Esternamente l'edificio si mostra attraverso la sua struttura intelaiata su cinque livelli. La planimetria dell'edificio rivela la presenza di tre nuclei collegati mediante un corridoio rettilineo di connessione, il quale accoglie lo spazio di ingresso.

La struttura compatta dell'edificio è resa dinamica dalla presenza di numerosi aggetti e rientranze che definiscono affacci, balconi e inviti agli ingressi. Il volume di terminazione della stecca è il più alto e accoglie una serie di servizi e funzioni non strettamente legate all'assistenza. In particolare, nei livelli inferiori, ospita un nido per le famiglie in modo da consentire e favorire una compresenza di funzioni.

Lettura dell'organismo edilizio

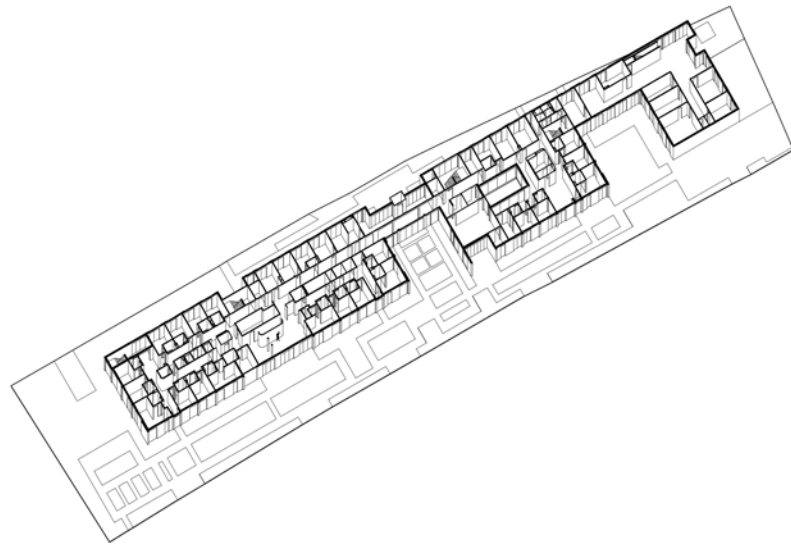
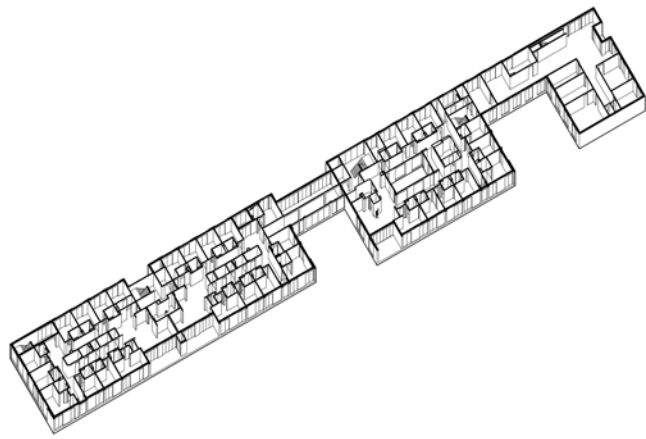
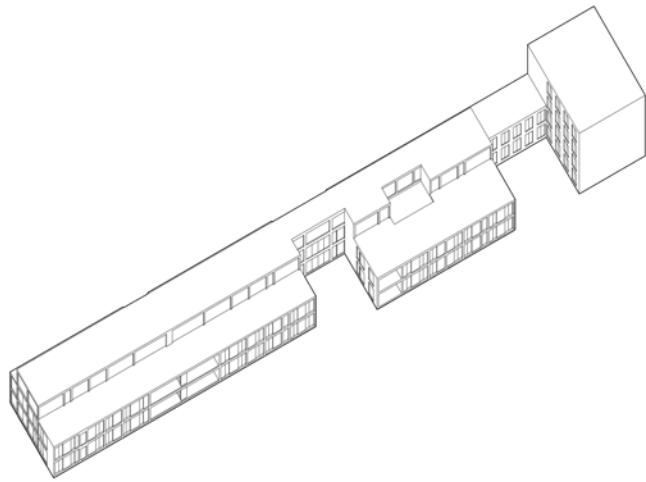
I volumi si compongono secondo una concatenazione lineare di blocchi e si configurano in maniera da non essere gerarchicamente individuabili. I tre blocchi presentano una natura differente l'uno dall'altro: il primo, quello più grande, si presenta composto da due nuclei protetti che identificano nella loro giunzione lo spazio della collettività; il secondo blocco è polarizzato verso lo spazio della corte centrale, che si configura come un luogo di affaccio ed un dispositivo di captazione della luce; infine, il terzo blocco, a terminazione del sistema, ospita prevalentemente servizi di varia natura. Lo schema funzionale individua la distribuzione delle stanze (in rosso) lungo il perimetro dei blocchi. Gli spazi collettivi (in blu) si collocano principalmente nel blocco servizi ad eccezione degli spazi per la consumazione dei pasti. I servizi (in giallo) si dispongono nelle immediate

adiacenze delle stanze. La concatenazione dei volumi permette di identificare negli spazi di sconnesione alcuni ambiti esterni (in verde) che si caratterizzano come le poche aree verdi.

Unità minima

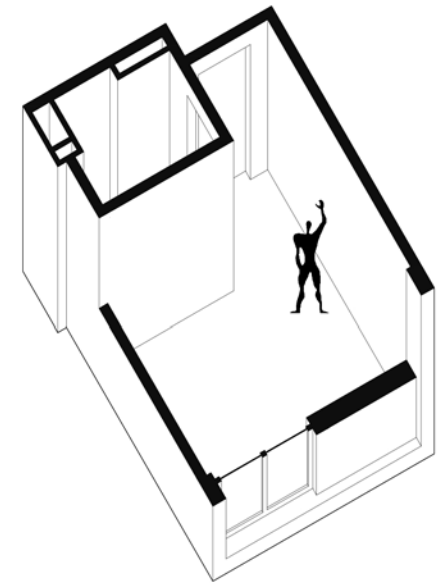
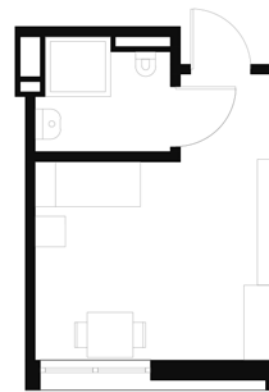
Le camere degli ospiti prevedono due tipologie: la prevalente è la stanza singola con servizio interno al perimetro della stanza, la secondaria è quella della stanza doppia, anche essa con servizio interno. La stanza singola presenta una superficie di 22 mq, e si aggrega solitamente condividendo la parete del bagno con la successiva. L'illuminazione naturale avviene tramite la finestra a due battenti, la quale esternamente presenta una specchiatura che ne allarga l'ambito. Le stanze doppie prevedono un sistema di affaccio analogo ma con un raddoppio delle finestre lungo la medesima parete. Le stanze prevedono un piccolo ambito di ingresso e mediazione rispetto alla distribuzione interna dell'edificio. Nell'edificio si prediligono soluzioni di illuminazione diffusa, pavimentazioni e finiture in legno e colorazioni sui toni azzurri.

248



0 5 25 50 125
a.60 - Esploso assometrico dell'edificio.

249

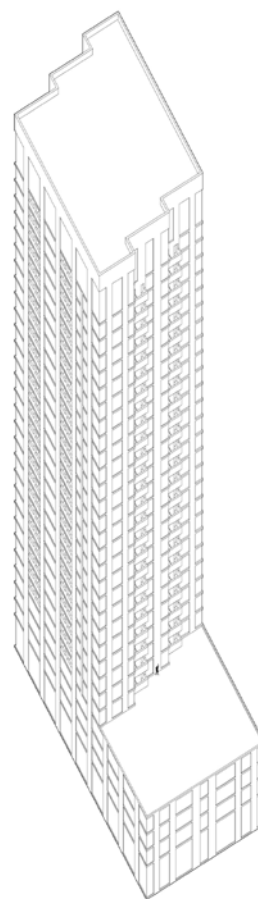


0 0.2 1 2 5
a.61 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



SUN CITY GINZA EAST

Progetto	Perkins Eastman
Localizzazione	Tokyo, Giappone
Anno	2006
Tipologia	Residenza con servizi assistenziali
Ricettività	276 appartamenti circa 714 posti letto



Inquadramento

L'edificio si colloca nel cuore dell'area urbana di Tokyo in corrispondenza della baia. L'area è densamente urbanizzata, presenta ampie strade ad alto volume di traffico ed un tessuto di alti edifici a torre del distretto commerciale.

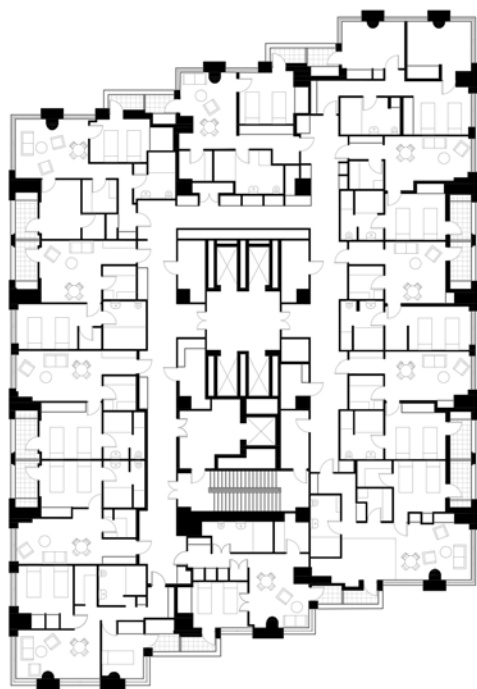
Descrizione

L'edificio si mostra nella forma di torre grattacielo di 32 piani. È organizzato secondo una scansione verticale, prevedendo un basamento di sei livelli su cui si dispongono principalmente servizi commerciali e unità di degenza ad alto livello di assistenza e una elevazione su cui si dispongono quasi trecento appartamenti destinati ad anziani ed accompagnatori. Alcuni piani sono totalmente adibiti a servizi come, ad esempio, il livello che prevede un ampio terrazzo a servizio dell'area ristoro. L'edificio nel complesso è concepito per permettere ai residenti di vivere una condizione familiare e poter fruire dei servizi assistenziali direttamente fruibili dagli abitanti.

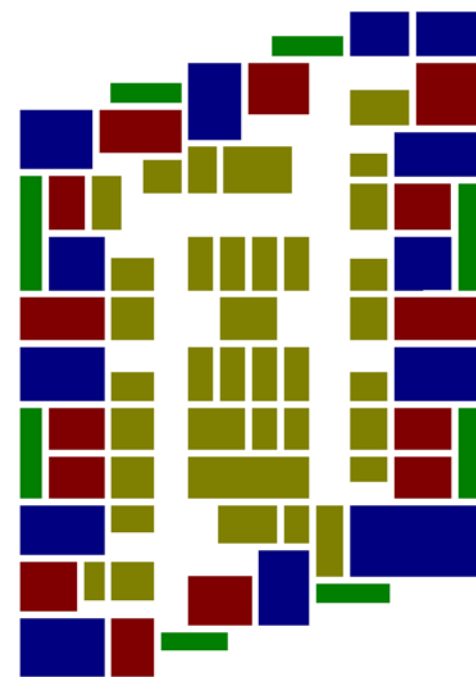
Lettura dell'organismo edilizio

Il volume si mostra nettamente scandito in due parti: il basamento stretto e lungo, e l'elevazione con una sagoma rettangolare. La planimetria del piano tipo mostra la presenza di un nocciolo al centro del blocco in cui si inseriscono i vari sistemi di distribuzione verticale. Attorno al nocciolo si colloca una distribuzione anulare che consente l'accesso alle varie unità, le quali si collocano linearmente distribuite sul perimetro. L'edificio può essere definito come una aggregazione di elementi attorno ad un nucleo centrale.

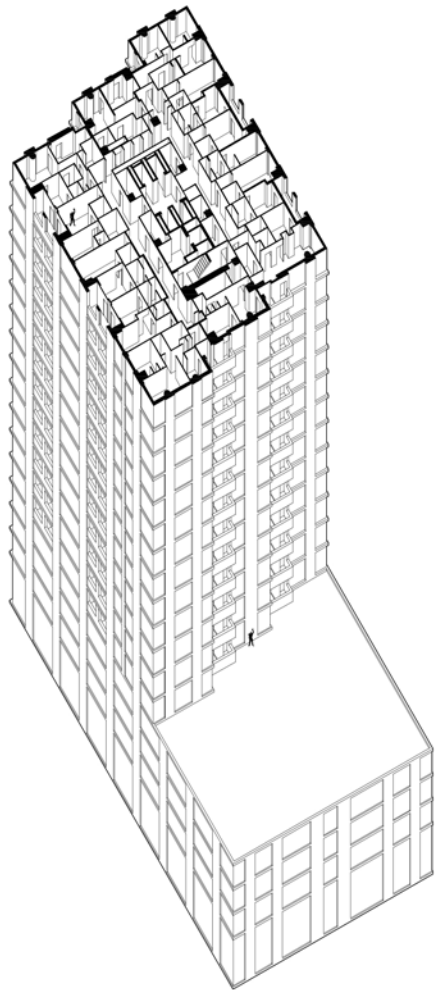
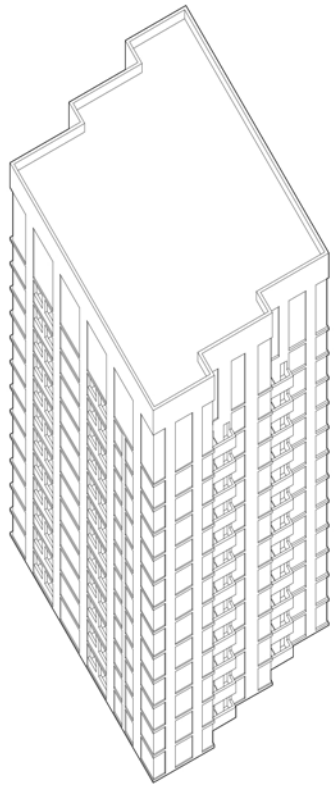
La struttura intelaiata dell'edificio è chiaramente riscontrabile nella facciata dell'edificio che mostra gli elementi di continuità verticali nel rivestimento esterno. I lati corti rivelano invece uno sfalsamento dei piani che corrisponde ad una variazione nella concatenazione degli alloggi. Questo scatto in avanti permette la collocazione di affacci e balconi angolari tra le parti. Il programma funzionale, limitatamente al piano tipo, colloca le stanze (in rosso) in continuità con la migliore esposizione solare ed in continuità con gli spazi esterni (in verde). Le parti comuni



0 1 5 10 25
a.62 - Planimetria del piano tipo.



a.63 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.



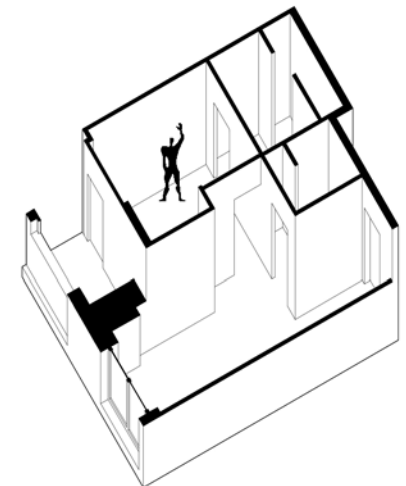
0 2 10 20 50
a.64 - Esploso assometrico dell'edificio.

in (blu) hanno una dimensione contenuta e confrontabile con lo spazio domestico degli alloggi. Infine, i servizi (in giallo) si collocano nella parte interna e nel nocciolo centrale

Unità minima

L'alloggio si configura come l'unità minima essenziale dell'edificio. Questo ha dimensioni che variano dai 50 ai 70 mq configurandosi come un minialloggio per due persone. Le stanze sono quasi tutte del tipo doppio e delle dimensioni contenute di 14 mq e si presentano in relazione col servizio igienico e con lo spazio dell'affaccio del balcone.

La tipologia di unità minima prevede un grado di autonomia molto alto dell'ospite o in alternativa la costante presenza del caregiver. L'ambiente, configurandosi come uno spazio domestico, prevede la completa personalizzazione degli spazi. Differentemente, le parti comuni assumono piuttosto il carattere di una struttura alberghiera.

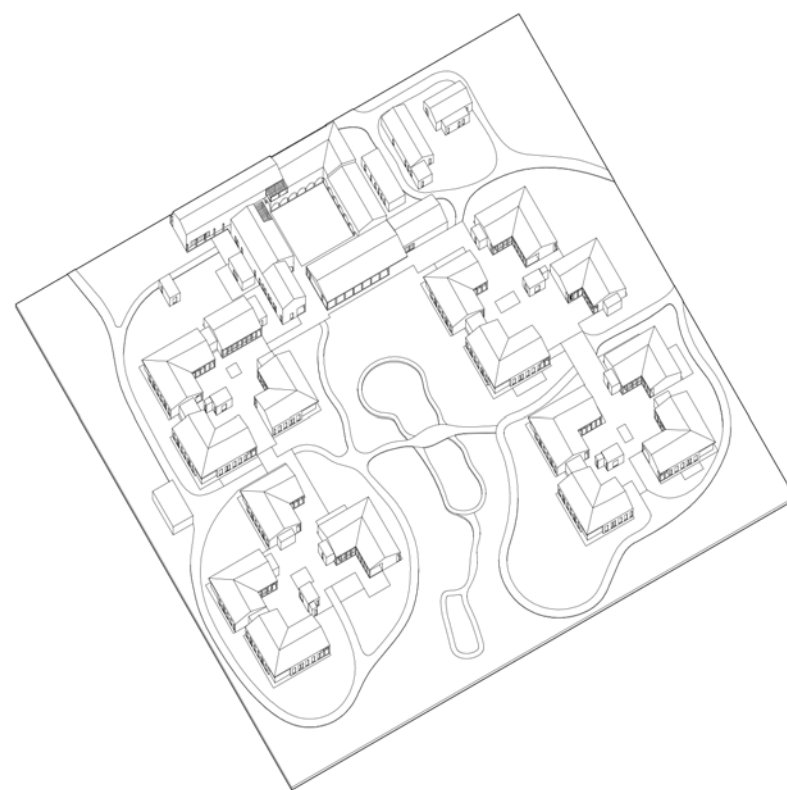


0 0,5 2,5 5 12,5
a.65 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



VILLAGE LANDAIS ALZHEIMER

Progetto	NORD Architects
Localizzazione	Dax, Francia
Anno	2020
Tipologia	Residenza assistita
Ricettività	128 posti letto



Inquadramento

Il complesso sorge in una zona periurbana della città francese di Dax, in una condizione a metà tra la periferia e la campagna. Il villaggio è vicino ad alcune aree boschive, le quali lo separano dal tessuto residenziale abitato. Gli edifici dell'intorno sono principalmente case isolate con un'altezza massima di due livelli. La densità abitativa dell'intorno risulta abbastanza contenuta.

Descrizione

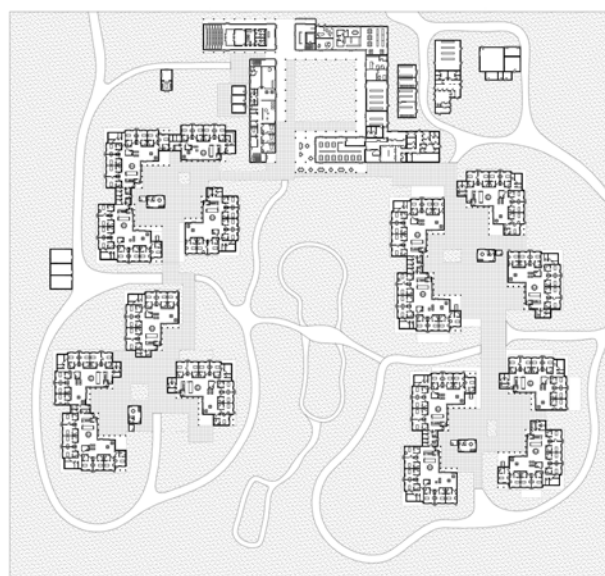
Il complesso di Village Landais è concepito nella forma di un villaggio. Si compone di quattro nuclei residenziali ed un centro servizi immersi all'interno di un parco urbano. I corpi costituiscono una serie di elementi aggregati attorno ad una piazza interna, o ad un cortile come nel caso del blocco dei servizi. Il progetto è concepito in modo da far percepire all'ospite l'assenza di restrizioni fisiche ai suoi movimenti spaziali. L'anziano può infatti, liberamente circolare all'interno del nucleo in una condizione protetta e comunque controllata grazie alla semplice configurazione formale dello spazio. La presenza di

aree verdi permette all'ospite di riconoscere specificatamente un ambito di azione chiaro. In particolare, i nuclei sono inseriti all'interno di radure verdi mentre il parco è organizzato in modo da prevedere una folta componente boschiva. Il sistema dei percorsi è studiato in modo da assecondare il desiderio di girovagare tipico dei soggetti Alzheimer.

Al centro del parco è previsto un lago che permette l'avvicinamento alla componente dell'acqua. All'interno delle radure sono previste parti con erbe aromatiche e piccoli orti per attività all'aperto. Il nucleo servizi è organizzato alternando spazi comuni a servizi assistenziali. È presente una galleria commerciale che consente una varietà di funzioni diverse da quelle legate alla residenza. Il blocco dei servizi si caratterizza per una maggiore altezza ed una differente natura formale.

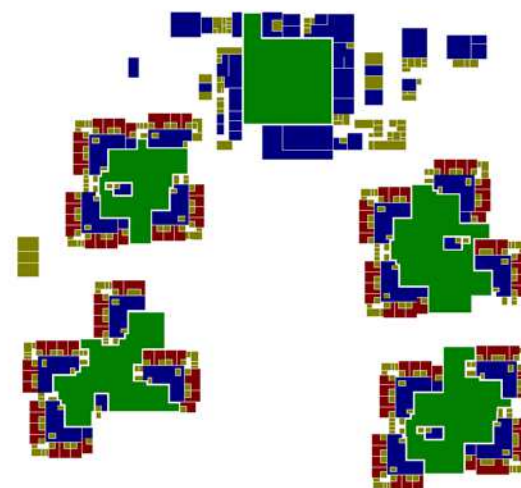
Lettura dell'organismo edilizio

La composizione del villaggio suggerisce uno schema per gruppi di elementi legati da un sistema distributivo. È possibile descrivere l'aggregato come costituito da grappoli di nuclei

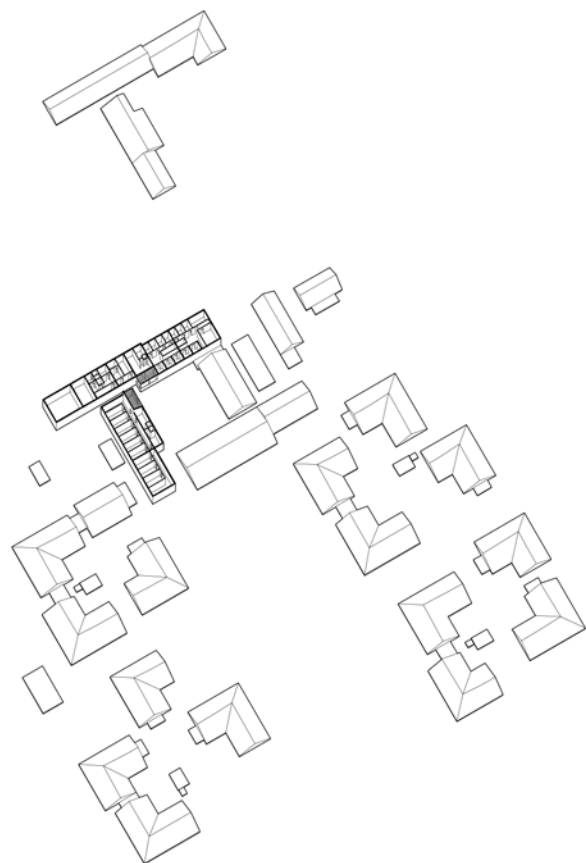


0 5 25 50 125

a.66 - Montaggio planimetrico del complesso.



a.67 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

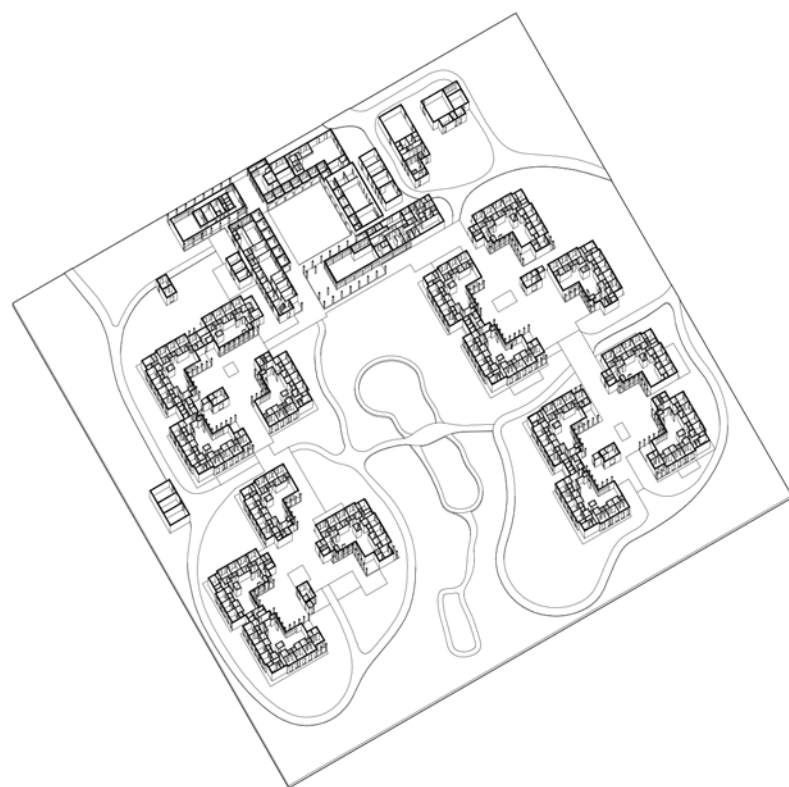


polarizzati attorno ad una corte. Gli edifici si mostrano di due diverse nature formali: i blocchi della residenza si organizzano secondo volumi di un livello con copertura a falde dalla forma solitamente a “L”; diversamente gli edifici che costituiscono il blocco dei servizi sono del tipo a stecca e si collocano su due livelli nella parte a contatto con la strada.

Alcuni elementi alludono alla tradizione costruttiva del territorio, come ad esempio i tetti spioventi a falde coperti da tegole o la presenza di parti porticate che mediano il passaggio dallo spazio pubblico a quello privato della residenza.

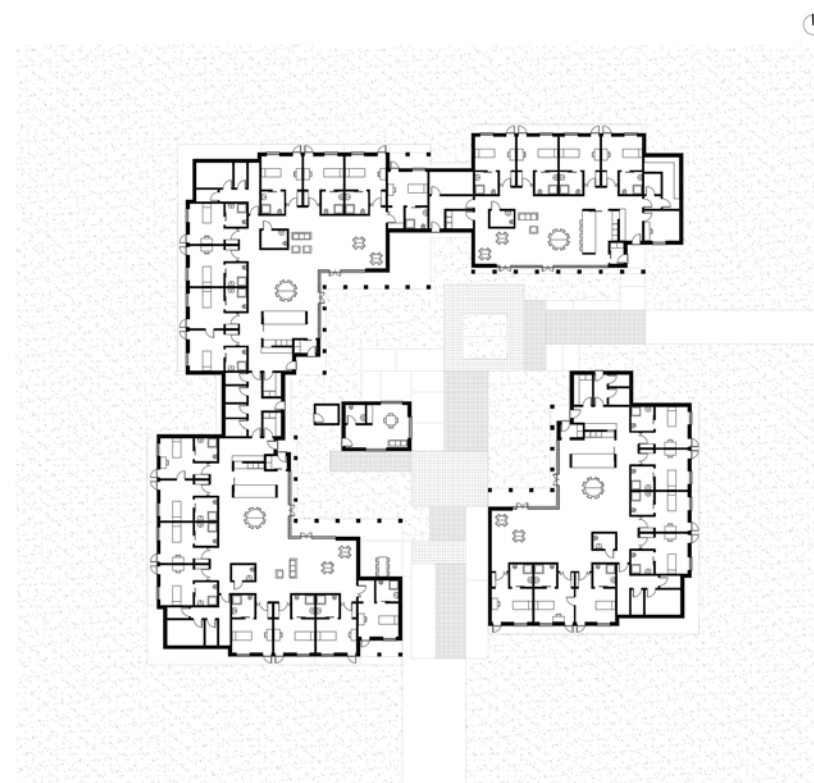
Il programma funzionale evidenzia la disposizione delle stanze (in rosso) con affaccio diretto sul parco esterno, mentre gli ambienti comuni di ogni nucleo (in blu) si collocano in relazione diretta con lo spazio pubblico esterno (in verde). Il blocco servizi è quello specializzato e prevede una preponderante presenza di spazi collettivi, laboratoriali e di servizi assistenziali (in giallo). Analizzando ad una scala maggiore un nucleo residenze è possibile notare come la disposizione delle stanze si attesti sul perimetro esterno cercando di assicurare sempre un affaccio

260



0 5 25 50 125
a.68 - Esploso assometrico dell'edificio.

261



0 2 10 20 50
a.69 - Planimetria del nucleo residenziale.

differente rispetto a quello che si affaccia sulla piazza.

Le camere sono aggregate al "L" e definiscono un ampio open-space che permette la collocazione di spazi per la vita collettiva come il soggiorno o la sala da pranzo. L'aggregazione delle stanze genera differenti variazioni nella facciata che si manifestano attraverso scatti in avanti della cortina muraria esterna. L'open-space si mostra totalmente vetrato e direttamente connesso allo spazio del portico che permette di filtrare la luce proveniente dall'esterno.

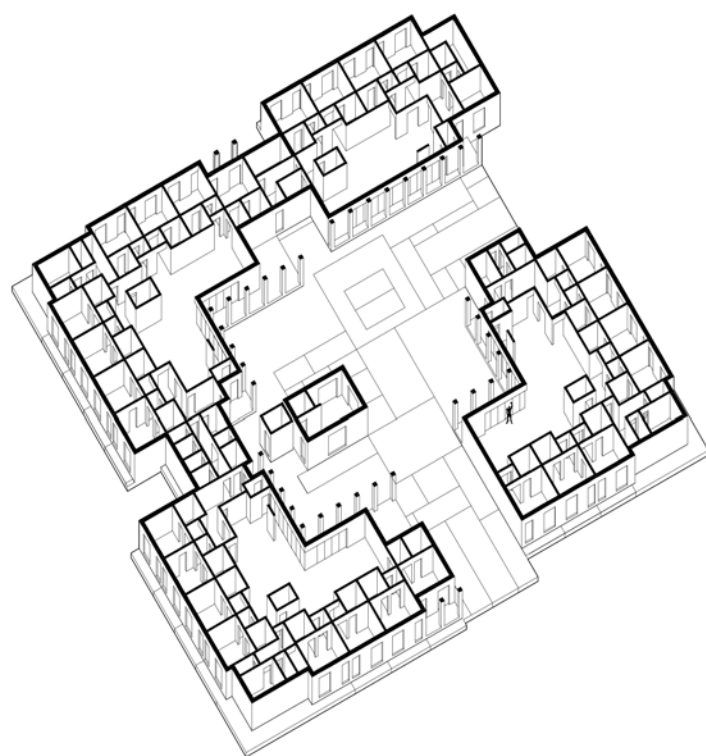
La piazza è organizzata secondo un parterre di pavimentazioni che permettono di identificare alcune aree, come lo spazio per aiuole e piante aromatiche. È presente nella piazza un piccolo alloggio indipendente per gli assistenti.

Unità minima

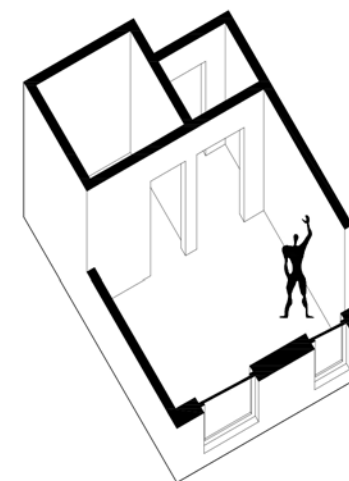
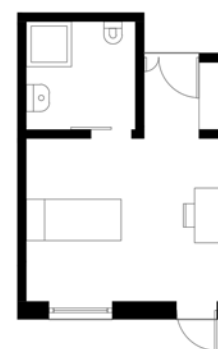
L'intero complesso è organizzato secondo una singola tipologia di camera: la stanza singola con servizio ad uso esclusivo. Questa si presenta accoppiata in maniera speculare attraverso la parete del servizio igienico e ha una superficie di 19 mq.

L'accesso alla camera è mediato da una rientranza nella parete al fine di assicurare una pausa nel passaggio tra un ambiente e l'altro. Nella stanza vi è un'ulteriore zona di ingresso che presenta una nicchia per l'armadio. Sono previste due bucaie a tutta altezza di cui una porta finestra per permettere l'accesso alle aree esterne da parte dell'ospite.

Le componenti materiche utilizzate nell'edificio emulano esternamente la tradizione costruttiva della zona, attraverso l'utilizzo di murature intonacate in colori chiari, pannellature in legno scuro e coperture a falde. Vi sono tuttavia elementi differenti come le vetrate continue in corrispondenza delle parti porticate, oppure il portico dell'area servizi che presenta una scansione ad archi a tutto sesto intonacati in bianco. Nell'allestimento dello spazio esterno, si è cercato di emulare il calore domestico attraverso l'uso di luci calde e superfici in legno.



0 2 10 20 50
a.70 - Spaccato assometrico del nucleo residenziale.

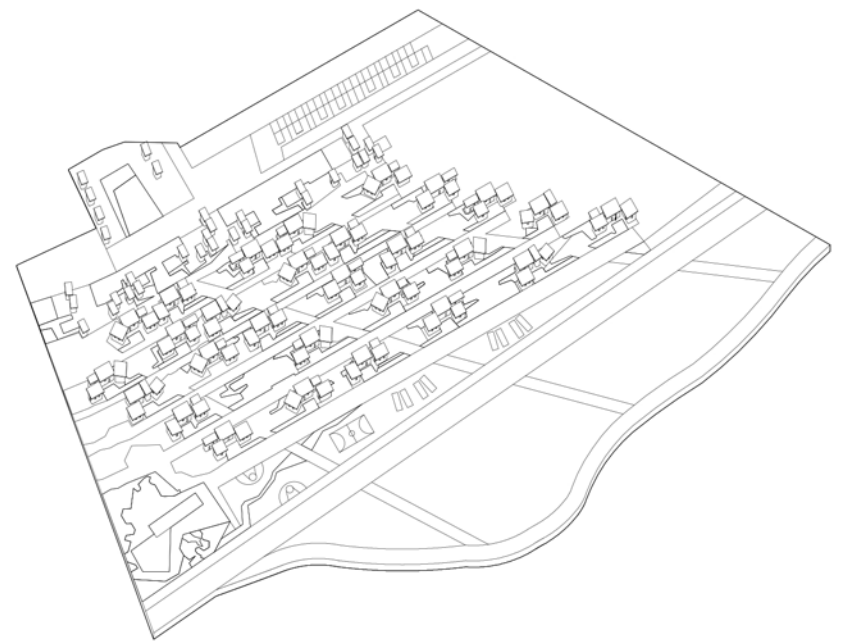


00.2 1 2 5
a.71 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.



PROYECTO VILLAFAL

Progetto	Javier Sanchez Merino
Localizzazione	Trévago, Spagna
Anno	2008
Tipologia	Residenza con assistenza
Ricettività	76 posti letto



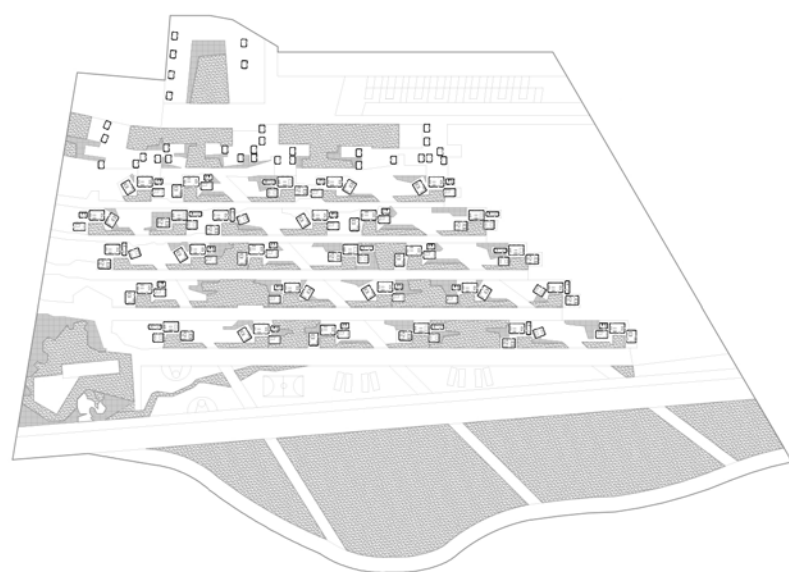
Inquadramento

Il progetto, mai concretamente realizzato, si colloca alle pendici del borgo di Trévago nella provincia di Soria. Il comune è situato in un'area prevalente agricola all'interno del vasto altopiano castigliano caratterizzato dalla presenza di vasti campi seminativi e piccole aree collinari boschive. Il centro, si presenta dalle modeste dimensioni e composto per lo più da edifici a schiera su due livelli. Nell'ultimo periodo il borgo ha visto un notevole spopolamento arrivando a contare meno di un centinaio di abitanti. L'area di progetto si colloca nel quadrante meridionale dell'abitato in corrispondenza di un lotto agricolo dal lieve pendio, che trova la quota più bassa in corrispondenza del torrente Rio Manzano, l'area del torrente è quella che presenta una certa aliquota di verde a bosco. L'intervento si colloca in aperta campagna e gode su tutti i lati di una vista sulla sterminata sui campi di grano circostanti.

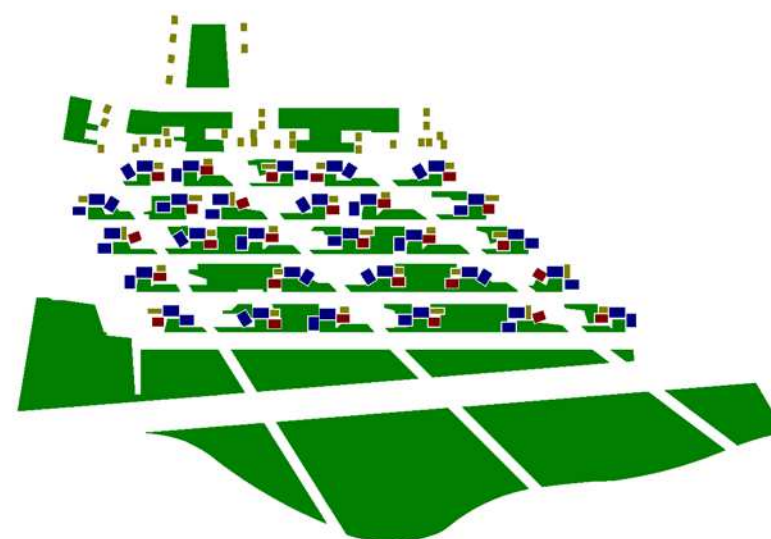
Descrizione

Il progetto si confronta con la scala dell'abitato del borgo e

ne assume le dimensioni. Dal punto di vista planimetrico si prevede la realizzazione di un tessuto formato da piccoli alloggi residenziali disposti secondo una maglia regolare con due orditure principali: la prima parallela alla strada e che asseconda il salto di quota attraverso la realizzazione di alcuni terrazzamenti; la seconda si viene a posizionare in maniera trasversale alla strada, scendendo ortogonalmente al corso del fiume, secondo alcune giaciture inclinate che definiscono la griglia dei lotti. Il progetto prevede inoltre la specializzazione di due aree dedicate a servizi: la prima, quella a nord di contatto con la città, ospita i parcheggi e le unità assistenziali e mediche. La seconda, a sud in adiacenza con il fiume, descrive una condizione di parco urbano attrezzata con campi per vari sport all'aperto. La compresenza di funzioni non strettamente legate alla residenza permette una maggiore coesistenza di usi e favorisce la compresenza di utenti appartenenti a fasce di età molto diverse tra loro. Il tessuto residenziale viene a costituirsi attraverso unità modulari componibili in base al grado di autonomia dell'ospite.



0 5 25 50 125
a.72 - Montaggio planimetrico del complesso.



a.73 - Diagramma delle funzioni: in rosso, stanze, in giallo spazi assistenziali e servizi, in blu spazi di aggregazione e spazi comuni, in verde spazi esterni.

Lettura dell'organismo edilizio

Dal punto di vista compositivo, l'aggregato si struttura come un organismo urbano per parti discrete, disposte secondo una maglia irregolare. L'aggregazione degli elementi, posizionati secondo delle giaciture che permettano la collocazione di spazi di pertinenza esterni, consente di individuare alcune parti esterne riconoscibili come costituenti lo spazio di vicinato. Il tipo edilizio favorisce la vita all'aperto attraverso percorsi accessibili che invitano il residente a vivere lo spazio esterno come un ambiente della propria casa.

In particolare, la strada assume il valore di luogo della vita pubblica ma è riconosciuto dal soggetto come afferente alla sfera della casa. Le unità si configurano nella forma di moduli cellulari autonomi a cui vengono aggregate attraverso piccole rotazioni dei volumi, i quali permettono di costituire alcuni ambiti esteri privati: l'orto, il cortile, il giardino. I residenti, in questo modo, possono muoversi liberamente anche all'esterno, riconoscendosi in uno spazio dinamico che percettivamente assume la dimensione del vicinato. Lo schema funzionale

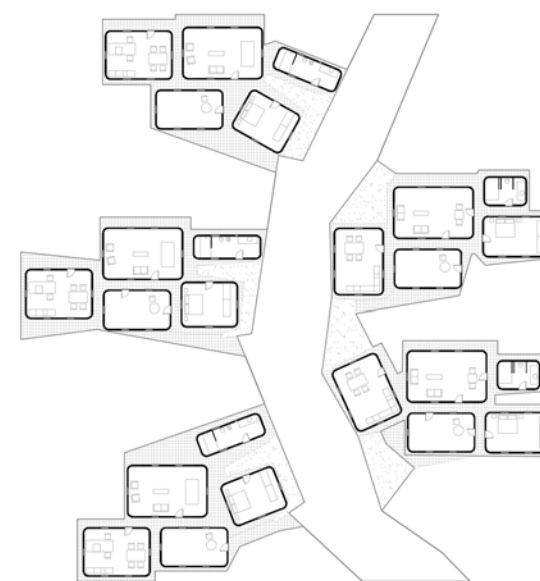
prevede che gli spazi residenziali (in rosso) siano distribuiti in maniera omogenea all'interno dello spazio di natura (in verde), il quale diventa una matrice in cui si collocano alcune parti molto specializzate come gli spazi dei servizi assistenziali (in giallo), collocati nella parte nord, e le parti del parco urbano a sud. Anche gli spazi dei servizi medici sono organizzati attraverso la riproposizione di unità cellulari monopiano autonome.

Unità minima

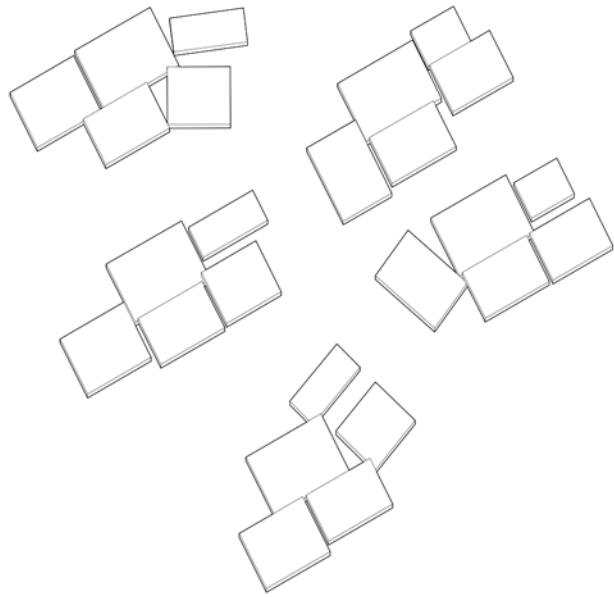
L'idea progettuale si sviluppa dalla consapevolezza che non tutti gli ospiti presentano un grado di autonomia analogo. Questa riflessione scaturisce anche dall'approfondimento della scala di Reisberg di deterioramento globale (GDS), una matrice che interseca le capacità del soggetto Alzheimer con il grado di autonomia e che si configura come uno strumento utile alla comprensione oggettiva dei differenti stadi della patologia. Ad ogni azione è associato un modulo cellulare e per ogni livello di autonomia si prevede una combinazione di ambienti. Il progetto considera le unità minime di alloggio come blocchi prefabbricati



a.74 - Assonometria dell'unità di vicinato.

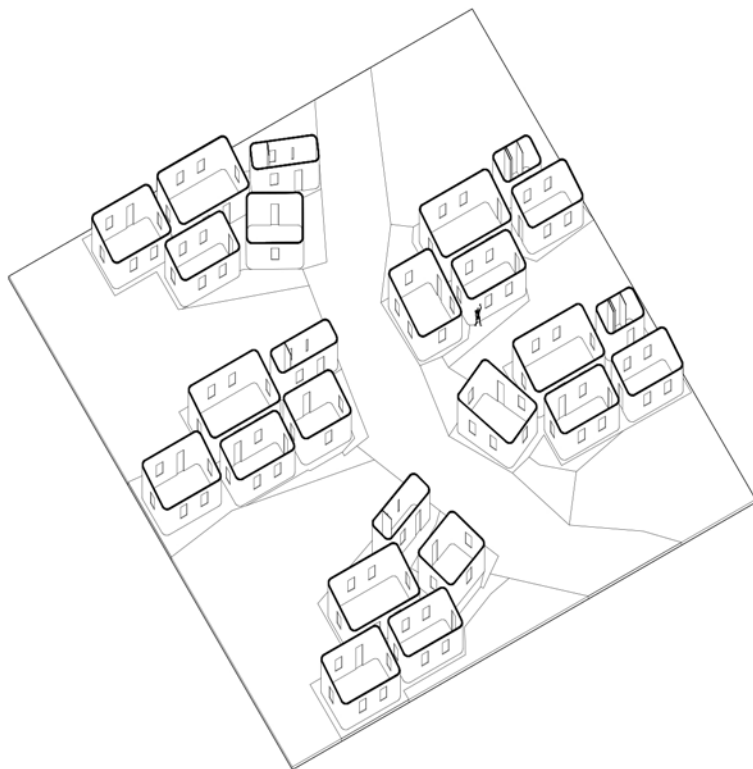


a.75 - Planimetria dell'unità di vicinato.



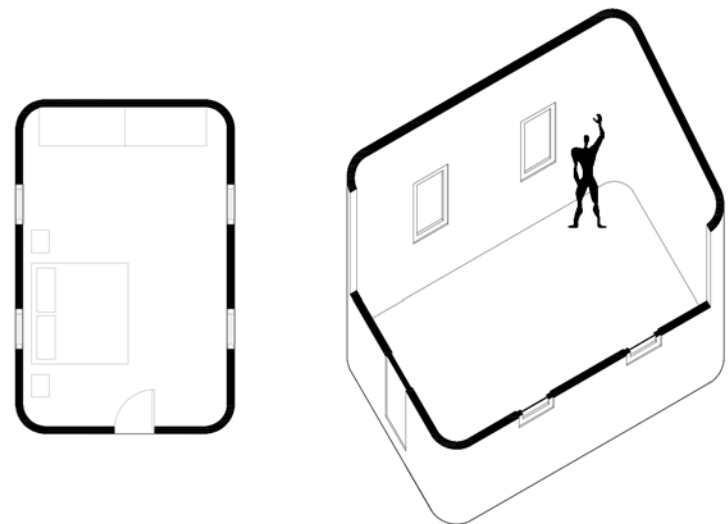
che assolvono indipendentemente alla funzione specifica. Si utilizzano pertanto, moduli per le stanze singole, per quelle doppie, per le stanze assistite con bagno geriatrico, moduli per bagni singoli, moduli per soggiorno e cucina e moduli per solarium. La composizione degli elementi è flessibile e consente un ampio margine di libertà nell'allestimento delle singole unità. La disposizione dei moduli è fatta di modo da poter assicurare l'unità del sistema casa e la leggibilità dello stesso da parte dell'ospite. A questo contribuiscono gli spazi pertinenziali esterni ai quali sono associate determinate attività all'aperto. Sono presenti, per gli ospiti con un grado di autonomia accettabile, stanze doppie o matrimoniali aventi una superficie di circa 26 mq. Il modulo si presenta con gli angoli stondati di modo da essere facilmente individuabile all'esterno come un unico elemento. Si prevede di utilizzare coperture a falda per simulare la condizione delle case tradizionali.

270



0 2 10 20 50
a.76 - Esploso assometrico dell'unità di vicinato.

271



0 0.2 1 2 5
a.77 - Analisi della unità minima, planimetria e spaccato assometrico.

Bibliografia

Introduzione

Abbagnano N., Fornero G., (1998), *Dizionario di Filosofia*, UTET, Torino.

Boesiger W., Stonorov O., (1995), *Le Corbusier-Oeuvre complete Volume 4: 1938-1946: Volume 4: 1938-1946*, Birkhauser.

Boesiger W., Stonorov O., (1995), *Le Corbusier-Oeuvre complete Volume 7: 1957-1965: Volume 7: 1957-1965*, Birkhauser.

Curi U., (2017), *Le parole della cura medicina e filosofia*, Raffaello Cortina Editore.

Gazzaniga V., (2014), *La medicina antica*, Carocci.

Inghilleri P., (2021), *I luoghi che curano*, Raffaello Cortina Editore.

Le Corbusier, De Pierreffeu F., (1942), *La maison de l'homme*, Parigi, Plon; trad. it. Gresleri. G. a (cura di), *La casa degli uomini*, 1975, Milano, JakaBook.

Le Corbusier, (1950), *Le Modulor*, Boulogne sur la Mer, L'Architecture d'Aujourd'hui; trad. it. Il modulor+ modulor2, 2004, Bologna, Capelli. Edizione precedente, 1973, Milano, Mazzotta.

Le Corbusier, (1954), *Le Modulor2*, Boulogne sur la Mer, L'Architecture d'Aujourd'hui; trad. it. Il modulor+ modulor2, 2004, Bologna, Capelli. Edizione precedente, 1973, Milano, Mazzotta.

Le Corbusier, (1966), *Mise aupoint*, Éditions Forces Vives, Paris; trad. it. : Pesenti G., Messina B. (a cura di) *Mise aupoint*,

2008, Letteraventidue, Siracusa.

Le Corbusier, (1930), *Précision sur l'état présent de l'architecture et de l'urbanisme*, Parigi, Cres; trad. it. *Precisazioni sullo stato presente dell'architettura e dell'urbanistica*, 1979 Roma-Bari, Laterza.

Le Corbusier, (1923), *Vers une architecture*, Parigi, Cres; trad. it. Cerri P., Nicolini, P. (a cura di), 1984, *Verso un'architettura*, Milano, Longanesi.

Maslow A. H., (2020), *A Theory Of Human Motivation*, Sanage Publishing.

Norberg-Schulz, C., (1984), *L'abitare. L'insediamento, lo spazio urbano*, la casa, Electa, Milano.

Zaffagnini M., (1994), *Architettura a misura d'uomo*, Officina Ferrarese di Architettura.

Parte prima

Basaglia F., (2010), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini&Castoldi, Milano, prima edizione, (1968) Einaudi, Torino.

Bentham J., (1983) *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*, a cura di Foucault M., Perrot M., Marsilio, Venezia.

Cacciari M., (1980), *Dallo Steinhof. Prospettive viennesi del primo Novecento*, Adelphi, Milano.

Cosmacini, G., (1987), *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari.

Del Curto D., (2010), *Il sanatorio alpino. Architetture per la cura della tubercolosi dall'Europa alla Valtellina*, Aracne.

Foucault M., (1966), *Utopie eterotopie*, trad. Antonella Moscati, (2006), Cronopio, Napoli.

Foucault M., (1984), *Des espaces autres in Architecture, Mouvement, Continuité*, n.5.

INPS, (1947), *L'istituto Nazionale Previdenza Sociale nella lotta contro la tubercolosi*, Roma.

Maffei, G. L., Maffei, M., (2011), *Lettura dell'edilizia speciale*, Allinea.

Rapporto sugli ex ospedali psichiatrici in Italia, (2017), numero monografico di festival dell'Architettura Magazine, a cura di Angela D'Agostino, n.41.

Scavuzzo G., (2019), *Architettura tra sovrana ragione e diritti dell'altro*, in *Ardeth*, n.4, a cura di Olmo C.

Scavuzzo G., (2020), *Il parco della guarigione infinita. Un dialogo tra architettura e psicologia*, Letteraventidue. Siracusa.

Scavuzzo G., Pratali Maffei S., Guaragna G., (2018), *Riparare l'umano. Lezioni da un manicomio di frontiera*. Letteraventidue, Siracusa.

Strappa, G., (1995), *Unità dell'organismo architettonico*, Dedalo, Bari.

Tolòs, J. B., (2006), *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del Lazareto*, Universitat de Barcelona.

Vanzan Marchini, N. E., (2004), *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazzaretti mediterranei*, Skira.

Parte seconda

Belvedere F., (2010), *Lo spazio ospedaliero: tendenze in atto e indirizzi progettuali*. Tesi di dottorato.

Bosia D., Darvo G., (2015), *Linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura*, in *Techne*, n.9.

Cavallo M. C., Liscio M., (2000), *La malattia di Alzheimer. Dall'epistemologia alla comunicazione non verbale*, McGraw-Hill.

Dubbini R., Sordina R., (1999), *H VEN LC: Hôpitalde Venise Le Corbusier. Testimonianze*, Edizioni dell'Accademia di architettura-Istituto Universitario di Architettura di Venezia.

Farinati V., (1999), *H VEN LC: Hôpitalde VeniseLe Corbusier, 1963-1970. Inventario analitico degli Atti Nuovo Ospedale*, Edizioni dell'Accademia di architettura-Istituto Universitario di Architettura di Venezia.

ISTAT, (2021) *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, Anno 2019*.

ISTAT, (2023), *Popolazione residente e dinamica demografica Anno 2022*.

Petrilli A., (1999), *Il testamento di Le Corbusier. Il progetto per l'ospedale di Venezia*, Marsilio.

Puppi L., Romanelli G., (1985), *Le Venezie possibili. Da Palladio a Le Corbusier*, Mondadori Electa.

Smith T., (2001), *Convivere con l'Alzheimer*, Editori Riuniti.

Parte terza

Adolfo F., Baratta L., Conti C., Tatano V., (2019), *Abitare inclusivo. Il progetto per una vita autonoma e indipendente*, Società Italiana della Tecnologia dell'Architettura.

Alzheimer's Disease International, (2020), *World Alzheimer Report. Design, dignity, dementia: Dementia-related design and the built environment*.

Antonucci F., (2018), *La natura come Strumento Terapeutico per il Benessere Psicofisico nello Spazio Urbano Aperto*, Tesi di dottorato.

Battisto D., Whilhelm J. J., (2020), *Architecture and Health. Guiding principles for practice*, Routledge.

Biamonti A., (2018), *Design & Alzheimer Dalle esperienze degli Habitat Terapeutici al Modello GRACE*, Franco Angeli, Milano.

Bianchetti C., (2022), *Corpi tra spazio e progetto*, Mimesis.

Borasi G, Zardini M., (2012), *Imperfect Health. The Medicalization of Architecture*, CCA Montréal (eds.)

Borghi C., (2017), *Il giardino che cura. Il contatto con la natura per ritrovare la salute e migliorare la qualità della vita*, Giunti Edizioni. Firenze.

Colomina, B., (2019), *X-Ray Architecture*, Lars Müller.

Colonnese F., (2011), *Architettura terapeutica. Wayfinding e percorsi per i malati di Alzheimer*, in A & A., pp. 9-14.

276 Corrieri U., (2021), *Alberi e boschi sono vere medicine per le persone*, in *Epidemiologia & prevenzione*. Rivista dell'associazione italiana di epidemiologia, n.45 maggio-giugno 2021.

Del Nord, R. and Peretti, G. (2012), *L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*, Ministero della Salute, TESIS, Firenze.

Edwards N.E., & Beck A.M., (2002), *Animal-Assisted Therapy and Nutrition in Alzheimer's Disease*. Western Journal of Nursing Research.

Edwards, N.E., & Beck, A.M. (2013), *The influence of aquariums on weight in individuals with dementia*. Alzheimer disease and associated disorders.

Feddersen E., Ludtke I., (2014), *Lost in space architecture and dementia*, Birkhäuser.

Gallo D., Barba S., Geda E. M. L., Moffa C., Passerini R., (2017), *Facciamo un caffè. Dall'idea all'organizzazione: istruzioni per l'uso di un Alzheimer Caffè*, Hogrefe, Firenze.

Gramegna S., (2021), *Interior design as a tool for dementia care*, Franco Angeli, Milano.

Jones M., (2005) *Gentlecare. Un modello positive di assistenza per l'Alzheimer*, Carocci.

Murphy, M., P. Mansfield, J., Mass Design Group, (2021), *The Architecture Of Health*, Cooper Hewit.

Nickl-Weller C., Nickl H., (2021), *Architecture for Health*, Braun Publishing AG.

O'Byrne Orozco M. C., (2008), *El proyecto para el hospital de venecia de Le Corbusier*, Universidad Politécnica de Cataluña, EsquelaSuperiorde Arquitecturade Barcellona.

Quesada-García S., Valero-Flores P., d'Ospina A., (2019), *Architettura e Alzheimer. 16 nuovi edifici per necessità emergenti*. HAC University Books, Seville.

Regione Toscana Giunta Regionale, Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS, Università degli Studi di Firenze, (2002), *Architettura per l'Alzheimer. Il malato di Alzheimer e l'ambiente, Volume primo*, Firenze.

Regione Toscana Giunta Regionale, Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS, Università degli Studi di Firenze, (2002), *Architettura per l'Alzheimer. Il malato di Alzheimer e l'ambiente, Volume secondo*, Firenze.

Sarkis H., Allard P., Hyde T., (2002), *Case: Le Corbusier's Venice Hospital and the Mat Building Revival*, Prestel Pub.

Sunder W., Moellmann J., Zeise O., Jurk L. A., (2021), *The Patient Room. Planning, Design, Layout*, Birkenauer. Basel.

Utton, D. (2006). *Designing homes for people with dementia*, London Hawker, Publications Ltd.

Valla P., (2002), *Alzheimer. Architetture e Giardini come strumento terapeutico*, Guerini e Associati.

Sitografia

Alzheimer Respite Centre, <https://www.niallmclaughlin.com/projects/alzheimer-Respite-Centre/> (consultazione gennaio 2024).

Architetture manicomiali, <http://architetturemanicomiali.altervista.org/> (consultazione gennaio 2024).

Casa di Narnali, <https://www.consorzioinsieme.com/listing/rsa-la-melagrana-prato/> (consultazione gennaio 2024).

Centro diurno a Benavente, <https://studiovra.com/en/> (consultazione gennaio 2024).

Centro diurno a Castelfranco Veneto, <https://davanzoarchitetti.it/> (consultazione gennaio 2024).

De Naber, <https://bureaumassa.nl/> (consultazione gennaio 2024).

Enciclopedia Treccani, edizione online, <http://www.treccani.it> (consultazione gennaio 2024).

Grandmann Haus, <https://herrmann-bosch.de/> (consultazione gennaio 2024).

Il paese ritrovato, https://cooplameridiana.it/centri_e_servizi/paese-ritrovato/ (consultazione gennaio 2024).

Istituto Nazionale di Statistica, <https://www.istat.it/> (consultazione gennaio 2024).

Istituto Superiore di Sanità <https://www.epicentro.iss.it/alzheimer/> (Consultazione gennaio 2024).

Katrumptullen, <https://whitearkitektur.com/> (consultazione gennaio 2024).

Kompetenzzentrum Demenz München e Kompetenzzentrum Beraten Wohnen Pflegen, <https://www.feddersen-architekten.de/> (consultazione gennaio 2024).

Norra Vram, <https://margearchitecten.be/> (consultazione gennaio 2024).

Peter Rosegger Nursing Home, <https://www.wissounig.com/?lang=en> (consultazione gennaio 2024).

Portale carte da legare, <https://cartedalegare.cultura.gov.it/> (consultazione gennaio 2024).

Portale online spazi della follia, <https://spazidellafollia.unicam.it/it> (consultazione gennaio 2024).

Proyecto Villafal, <https://alzheimerprojectintrebago.blogspot.com/> (consultazione gennaio 2024).

Sun City Ginza East, <https://perkinseastman.com/> (consultazione gennaio 2024).

The Abe's Garden, <https://mzarch.com/> (consultazione gennaio 2024).

Ufficio statistico dell'Unione Europea EUROSTAT, <https://ec.europa.eu/eurostat> (consultazione gennaio 2024).

Villa Kameleon, <https://felt.works/> (consultazione gennaio 2024).

Village Landais, <https://www.nordarchitects.dk/> (consultazione gennaio 2024).

Waveny care center, <https://www.rlps.com/> (consultazione gennaio 2024).

Corpo normativo

Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000/C364/01) art.35.

Costituzione Italiana, Titolo II, Rapporti etico- sociali, art. 32.

Decreto legislativo 112/1998 “Decreto legislativo 112/1998”.

Decreto legislativo 229/1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”.

Decreto legislativo 502/1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.

280 Decreto legislativo 517/1993 “Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

Legge 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

Legge 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”.

Legge 419/1998 “Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale”.

Legge 549/1995 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”.

Legge 724/1994 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”.

Legge 833/1978 "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

Preambolo al Trattato costitutivo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea art. 168.

Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea art. 6.

Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea art. 9.

Altre fonti di consultazione

Archivi Scuola Grande Di San Marco

Archivio Iconografico luav

Archivio Ospedale Di Venezia. Atti Nuovo Ospedale

Archivio Progetti luav

Collezione Digitale Phaidra, La Visita Di Le Corbusier, 1965

Fondo Le Corbusier

281

I disegni delle opere e le immagini prive di una attribuzione specifica sono da intendersi come elaborazioni grafiche dell’autore del presente studio.