

Prospettive di sviluppo per le comunità *dementia-friendly*

Giuliana Frau*

English title: Perspectives for dementia-friendly communities evolution

Abstract: Increasing ageing population and age-associated neurodegenerative diseases as Alzheimer, brought new challenges for social and mental health programs and for physical space design and management.

This paper aims to draw attention on the physical environmental factors, which are also related to urbanization trends and the consequent increase of elderly urban residents. The new opportunities given by dementia-friendly communities will be therefore considered, providing recommendations and future perspectives for their evolution.

Starting from a brief consideration on the phenomenology of the living spaces designed for people with Alzheimer, the paper will explore: a) the segregated and the integrated models; b) the main features and issues of dementia-friendly initiatives and programs – with a focus on the UK Alzheimer’s society programme Building friendly communities; c) the natural perceptual wayfinding, identified as a design strategy to improve urban accessibility for old people with dementia, and the possible applications of this approach in a urban context.

Keywords: dementia-friendly cities; age-friendly cities; urban design for dementia; wayfinding

1. *Brevi considerazioni sull’abitare*

Quando usiamo il termine abitare non alludiamo semplicemente all’atto del risiedere, ma facciamo riferimento a un processo di costruzione di una relazione, di un legame tra essere umano e luogo. Solo nel momento in cui si realizza un rapporto significativo tra l’individuo e l’ambiente possiamo affermare che l’uomo abita. [...] Abitare presuppone dunque un atto di appropriazione di un

* LEA - Laboratorio di Epistemologia Applicata, Università di Sassari
giulianafrau@gmail.com

luogo e dell'identificazione in esso, ossia il riconoscimento di appartenenza a un certo luogo¹.

Abitare significa, quindi, essere in grado di costruire una relazione significativa che implica riconoscimento e senso di appartenenza a un luogo. Se si considerano le numerose implicazioni di carattere sociale, medico, economico, gestionale, conseguenti all'aumentare della popolazione anziana e al suo risiedere, con sempre maggiore frequenza, in contesti densamente urbanizzati, può essere utile riconsiderare il tema stesso dell'abitare.

Come può, infatti, chi è affetto da Alzheimer, stabilire relazioni significative con l'ambiente, cioè abitare, quando dimentica i nomi delle cose e delle persone, quando perde la capacità di orientarsi, di riconoscere, di leggere e di elaborare coscientemente le informazioni, quando le sue capacità cognitive vengono meno? Smette di abitare? O lo fa in modo differente? E se abita in modo differente, come? Ci sono fasi del processo di relazione tra l'uomo e l'ambiente su cui è possibile intervenire per renderlo il più possibile significativo?

A queste domande è possibile rispondere in modo affermativo soltanto se gli stimoli sensoriali provenienti dall'ambiente fisico e sociale non richiedono l'uso delle capacità cognitive superiori – ragionamento, calcolo, linguaggio – ma attivano processi cerebrali non ancora compromessi dall'invecchiamento e dalla malattia e permettono, quindi, di mantenere un rapporto significativo con il mondo esterno.

In altre parole, soltanto se le caratteristiche fisiche e sociali dell'ambiente stimolano efficacemente le capacità residue dell'anziano con Alzheimer, è possibile, per lui, *abitare*. In ambienti poveri di significato e con scarsa riconoscibilità, le persone con deficit cognitivi non sono capaci di agire, di ritrovare la loro strada, di sentirsi a proprio agio².

Allo stesso tempo, in un ambiente povero di contatti sociali, l'assenza di stimoli e di vitalità contribuisce al distacco dal mondo esterno.

Emerge quindi la necessità di considerare l'abitare in tutte le sue forme, e specialmente in quelle su cui è possibile intervenire implementando l'efficacia degli stimoli, cioè quelle relative all'ambiente fisico e all'ambiente sociale.

¹ Christian Norberg-Schulz, *L'abitare. L'insediamento, lo spazio urbano, la casa*, Electa, Milano 1984.

² Tim Blackman *et al.*, *The accessibility of public spaces for people with dementia: a new priority for the 'open city'*, "Disability & Society", 18(3), 2003, pp. 357-371.

2. *Forme dell'abitare dell'anziano con Alzheimer: il modello 'a isola' e il modello 'integrato'*

Il modello *a isola* e il modello *integrato* corrispondono a due differenti modi di concepire gli spazi dell'abitare: il primo, rispecchia una maniera di progettare legata a modelli che raggruppano le persone per fasce di età – *age-segregation* – e che producono situazioni di confinamento; il secondo propone differenti modi di intendere la città, sensibili ai temi dell'integrazione e dell'inclusione sociale, dell'ibridazione e della *mixité* urbana.

Il modello *'a isola'*. Con il termine modello *a isola* si vuole descrivere un fenomeno, presente in tutti gli ambiti dell'abitare, ma evidente soprattutto in quello degli anziani e delle persone con disabilità, che dà origine a organismi chiusi, privi di relazione con l'esterno, inteso come contesto sociale in cui ha luogo la vita di tutti i giorni: la città, con i suoi beni, i suoi servizi e i suoi spazi. Le soluzioni inquadrabili all'interno di questo modello sono, infatti, pensate per accogliere una sola categoria di persone escludendo e lasciandone al di fuori tutte le altre – in questo caso la discriminazione è data dall'età.

Il sociologo Peter Uhlenberg³ della North Carolina University, parlando di *age integration*, descrive molto bene la differenza tra *age-segregated community* e *age-integrated community*, e mette in evidenza come, diversamente dalla discriminazione per sesso e razza, quella per età non sia ancora stata presa in considerazione con l'adeguata serietà. Nella sua descrizione dice che al mondo non esiste nessun caso rispondente perfettamente all'una o all'altra condizione, ma che si deve parlare piuttosto di differenti gradazioni. Pone all'attenzione alcuni esempi di ambiti in cui è presente la differenziazione per età – istruzione, religione, lavoro, quartieri, politiche, *long term care* – e dice che quello dell'assistenza a lungo termine presenta un grado di segregazione per età elevatissimo.

Il modello *a isola*, in riferimento all'abitare dell'anziano con Alzheimer, si presenta in linea con il tipo di spazio *age-segregated* di Uhlenberg. Pensando, infatti, alla tipologia di spazi abitativi destinata agli anziani con demenza, esistono diverse situazioni in cui il confinamento e l'isolamento della persona – o delle persone nel caso di residenze collettive – sono strettamente connessi alle caratteristiche fisiche dello spazio.

³ Peter Uhlenberg, *Age integration*, in *Encyclopedia of Community, from the Village to the Virtual World*, Berkshire Publishing Group, USA 2003, pp. 15-17.

È il caso degli ospizi e delle residenze sanitarie assistite prive di spazi aperti alla comunità esterna o di connessioni con l'ambiente fisico e sociale circostante; ma anche delle abitazioni stesse delle persone anziane, che a seconda della loro conformazione e collocazione nel contesto urbano generale, nel quartiere e nell'edificio sono prive di opportunità di collegamento con l'esterno – mancanza di ascensore, assenza di affacci sul fronte strada, topografia dello spazio esterno con livelli di pendenza esagerati ecc. – e costringono l'anziano in una condizione forzata di solitudine e isolamento.

Un interessante esempio del modello di progettazione *a isola* per l'abitare dell'anziano sono i quartieri e le città *age-segregated*, di cui le *gated-community* per la terza età, meglio note come *retirement community*, fanno parte. Lo studio di questo fenomeno si rivela di grandissimo interesse, in quanto pone in luce diverse questioni sulla condizione dell'anzianità e sulle motivazioni che spingono le persone a fare la scelta dell'auto-segregazione: bisogno di condividere esperienze con persone simili; difficoltà a interagire con persone che hanno interessi troppo diversi – i giovani; dolore nell'essere costretti a riconoscere il proprio stato di invecchiamento – dato dal confronto con le popolazioni più giovani; bisogno di sicurezza; volontà di scegliere autonomamente una condizione a cui altrimenti li porterebbero gli altri⁴.

Questo modello sembra nascere, oltre che da una particolare visione dell'anzianità, concepita non solo come momento di maggiore fragilità individuale, ma anche come onere sociale piuttosto che come risorsa, dalla necessità di rispondere a esigenze spaziali molto specifiche, difficilmente soddisfabili all'interno della città.

Nel caso dell'anziano – ma anche in quello di altre categorie di abitanti – l'*isola*, concepita come uno spazio delimitato e controllato, nasce anche per garantire la sicurezza di persone considerate fragili di fronte a un qualche contesto: la povertà e la malavita nel caso delle *gated community* dei ricchi; l'esclusione sociale e la maggiore esposizione ai pericoli, data dalla condizione di maggiore fragilità, nel caso di quelle per anziani; il contesto urbano egemonizzato dal traffico delle auto, delle biciclette, dei mezzi di trasporto pubblico, nonché da un'elevata presenza di barriere

⁴ In paesi come gli Usa, più che in Europa, il fenomeno delle *gated community* è molto diffuso. Il numero di persone che vive in abitazioni di proprietà è più basso e la tendenza a trasferirsi da una casa a un'altra è molto maggiore. Inoltre, la dimensione alienante delle città e i grandi contrasti sociali sono molto più marcati che in Europa e spingono a ricercare spazi che siano a misura d'uomo, che abbiano elevate qualità ambientali e che garantiscano maggiore sicurezza.

architettoniche e sensoriali, nel caso delle residenze e dei centri di cura per anziani e malati di Alzheimer, ma anche in quello delle aree-gioco dei bambini.

L'*isola* è sia una risposta ai desideri e alle esigenze specifiche interne di una data fascia della popolazione, sia una reazione agli ostacoli esterni – della *città di tutti i giorni*⁵ – che ne impediscono la realizzazione. Nel caso delle *retirement community*, ad esempio, da un lato ci sono i desideri degli anziani di sentirsi ancora giovani, essere compresi, divertirsi, socializzare, partecipare alla vita di comunità; dall'altro c'è un'evidente difficoltà di realizzarli all'interno di una società incredibilmente divisa per fasce di età – si pensi all'aggregazione per fasce d'età presente nella scuola, nei luoghi di lavoro, nelle palestre, nei luoghi per la cultura – e dominata da un sistema economico in cui efficienza e profitto sono requisiti essenziali per lo sviluppo – si pensi all'influenza che le esigenze e le abitudini della classe lavorativa hanno esercitato nella trasformazione fisica di tutte le aree più densamente urbanizzate, riservando lo spazio della strada all'uso quasi esclusivo delle automobili ed espropriandolo a quello di tutti gli abitanti che si muovono a piedi, in bicicletta o con altri mezzi non a motore.

Il modello '*integrato*'. Diversamente dal modello *a isola*, quello *integrato* dà origine a organismi aperti attraverso l'ibridazione delle funzioni, la *mixité* sociale e demografica, la compenetrazione di situazioni eterogenee, e si caratterizza per la coesistenza delle differenze in un medesimo spazio: differenze di età, di classe sociale, di condizioni economiche, di etnie, di culture. Anche se questo modello è sempre esistito nella storia dell'uomo, si può attribuire la sua 'rinascita' a un'ampia filosofia dell'abitare che, dagli anni '60 e '70 del secolo scorso, ha visto impegnate nell'azione di abbattimento dei confini e di superamento delle isole in tutte le forme dell'abitare, moltissime figure professionali che comprendono filosofi, medici, urbanisti, architetti, giornalisti⁶. Una filosofia che si è opposta ai modelli generati dall'era della macchina e del funzionalismo degli anni precedenti, che ha denunciato il degrado e l'insicurezza in cui riversavano le città e gli spazi della collettività, che ha messo in luce le contraddizioni e le discriminazioni sociali.

⁵ Con l'espressione *città di tutti i giorni*, termine usato da Jan Gehl, si fa riferimento alla città come spazio di espressione dell'intera società – senza distinzione di età, sesso, genere, cultura, classe sociale, razza – in opposizione agli spazi specializzati, risultato delle politiche urbane del movimento moderno, dedicati a specifici tipi di utenti o di attività.

⁶ A titolo di esempio si ricorda il lavoro di Jane Jacob, *The death and life of great American cities*, Random House, New York 1961, [trad. it. *Vita e morte delle grandi città. Saggio sulla metropoli americana*, Einaudi, Torino 2009].

Il caso dell'Italia è indicativo delle difficoltà connesse al passaggio da un modello all'altro. Infatti, sebbene sul piano teorico sia stato il paese europeo più all'avanguardia nella lotta per l'abolizione degli ospedali psichiatrici⁷, sul piano pratico non ha saputo dare valide risposte alternative al modello *a isola* e anzi, in buona parte dei casi, le soluzioni progettuali continuano a essere più vicine a questo modello che a quello integrato⁸.

Relativamente agli spazi dell'abitare dell'anziano, mentre le tematiche dell'integrazione nella comunità, dell'intergenerazionalità e dell'ibridazione di funzioni, anche urbane, sono piuttosto diffuse nel mondo della letteratura, molto meno lo è la loro applicazione. Se si considera che l'ambiente da cui è solitamente escluso l'anziano è quello della *città di tutti i giorni* – infatti la maggior parte delle soluzioni appartenenti al modello *a isola* si pongono come alternative ad esso⁹ – sono le ricerche che mirano alla sua inclusione urbana quelle che rappresentano meglio il modello che è stato definito *integrato*.

Alla base di queste ricerche ci sono da un lato il cambiamento nella visione stessa della vecchiaia, concepita come risorsa – soprattutto in considerazione della crisi economica globale e dell'inversione della piramide demografica, che fa crescere gli indici di vecchiaia e di dipendenza senile; dall'altro la consapevolezza crescente che restare in un ambiente familiare – negli spazi della propria abitazione, quartiere, città – e mantenere la propria rete sociale – continuare a frequentare amici, familiari, conoscenti – è non solo un diritto ma anche un importante requisito per il benessere psicologico e la salute di ogni persona.

Il fatto che tutti i paesi sviluppati del mondo occidentale stiano promuovendo politiche sull'invecchiamento attivo, sull'inclusione sociale dell'anziano e sulla permanenza nel proprio ambiente di vita, è indicativo dell'inadeguatezza del modello *a isola*, che escludendo l'anziano dalla vita di comunità ne impedisce una partecipazione attiva, precludendo ogni forma di contributo che egli può offrire allo sviluppo comune. In un momento storico come questo, che oltre alla riduzione del numero delle nascite vede crescere la disoccupazione giovanile e la

⁷ Si veda tutto il lavoro di Franco Basaglia e della scuola triestina, in particolare la legge n. 80 del 1978, che ha prescritto la chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici sul territorio nazionale.

⁸ Nicola Valentino (a cura di), *Istituzioni post-manicomiali. Dispositivi totalizzanti e risorse di sopravvivenza nelle strutture intermedie residenziali*, Sensibili alle foglie, Dogliani 2005.

⁹ Un esempio di particolare interesse è rappresentato dal villaggio-quartiere per la demenza di De Hogeweyk, nella cittadina di Weesp, a sud di Amsterdam, considerato un esempio all'avanguardia nel settore delle soluzioni abitative dell'anziano con Alzheimer e imitato nell'intero panorama internazionale.

povertà, ritenere l'anziano un soggetto passivo e non produttivo – e sentirsi per questo autorizzati a escluderlo dalla comunità e talvolta persino ad abbandonarlo¹⁰ – è economicamente poco sostenibile, soprattutto in considerazione dei modelli di *welfare* e dei sistemi pensionistici ora in vigore.

3. *Caratteristiche e criticità dei programmi per le dementia-friendly communities*

Recentemente è nato, e si sta sviluppando, il concetto di *dementia-friendly community* (*dfc*), volto ad affrontare il problema della demenza attraverso una visione che supera la soluzione delle case di cura o di altre strutture specializzate e tende, piuttosto, a una spazialità più ampia inserita all'interno di uno scenario urbano. La *dfc* si rivolge in particolare alle persone che si trovano nel primo stadio della malattia di Alzheimer, o comunque a un livello iniziale, allo scopo di renderne la vita il più possibile confortevole e autonoma, prolungandone la permanenza all'interno della comunità e nel contesto urbano.

Una *dfc* è una comunità in cui le persone con demenza si sentono fiduciose sapendo di poter contribuire e partecipare ad attività per loro significative¹¹. Sandra Davis *et al.*¹² la definiscono come un sistema coesivo di supporto che riconosce le esperienze individuali e fornisce un'assistenza che permette di rimanere coinvolti nella vita di ogni giorno in maniera attiva e partecipata. Alcune persone hanno descritto questo tipo di comunità come un luogo in cui è facile orientarsi mentre si cammina per la città, ci si sente al sicuro, si ha accesso alle strutture

¹⁰ La pratica dell'abbandono dell'anziano, ritenuto un peso per la comunità, non è certamente nuova. Basti pensare alla visione dell'anziano che si è avuta nel corso della storia, che talvolta l'ha posto in un ruolo centrale a livello familiare e sociale e talvolta l'ha invece considerato un peso, collocandolo ai margini della società. In alcuni casi, a causa delle precarie condizioni economiche, per alleggerire il peso del mantenimento globale della famiglia, l'anziano è stato sacrificato, soppresso o abbandonato, poiché ritenuto improduttivo e quindi inutile. Ad esempio nell'Atene dell'antica Grecia, la condizione psico-fisica decadente dell'anziano era ritenuta inaccettabile e vi era la tendenza a eliminarne la presenza. Lo stesso Aristotele escludeva gli anziani dal governo della *polis*, in quanto considerate persone inutili per la società e che vivevano in attesa della morte.

¹¹ Geraldine Green, Louise Lakey, *Building dementia-friendly communities: a priority for everyone*, Alzheimer's Society, 2013.

¹² Sandra Davis *et al.*, "Environments that enhance dementia care: issues and challenges", in Rhonda Nay, Sally Garratt (eds.), *Older people: issues and innovations in care*, Elsevier, Australia 2009.

locali d'interesse – come banche, negozi, cinema, uffici postali ecc. – ed è possibile mantenere la rete sociale grazie alla quale ci si sente parte di una comunità¹³.

L'*Alzheimer's Society (UK)* spiega, attraverso un diagramma concettuale di dieci punti, che l'obiettivo primario di una *dfc* è favorire l'inclusività, evitando l'isolamento e l'abbandono. Per raggiungere tale scopo sarebbe necessario agire con diverse iniziative di supporto, che possono essere suddivise in due diverse aree: l'ambiente sociale, che deve favorire la partecipazione e l'inclusione, la riduzione dello stigma, il lavoro e i servizi di comunità; l'ambiente fisico, inteso nei suoi aspetti tangibili della pavimentazione, degli edifici, dei servizi, dei dettagli, sia naturali che artificiali, e che comprende lo spazio pubblico, la residenza, il trasporto.

Nel 2012, nell'ambito del programma *Building dementia-friendly communities*, l'*Alzheimer's Society* ha condotto una ricerca volta a comprendere quali fossero i punti di forza e quelli di debolezza che la malattia comporta all'interno della comunità. La ricerca ha coinvolto circa cinquecento persone residenti prevalentemente in Inghilterra e comunque esclusivamente in Gran Bretagna, a cui era già stata diagnosticata la malattia. I campi indagati sono stati principalmente quattro, ciascuno dei quali volto ad analizzare diversi ambiti di relazione tra i soggetti interessati e l'area in cui essi vivono. Le indagini riguardavano il livello di benessere; il grado di attività e di coinvolgimento; la capacità di contribuire e partecipare attivamente alla vita di comunità; la presenza di barriere e il tipo di supporto necessario a migliorare la qualità della vita.

Nella ricerca sono stati raccolti alcuni esempi e buone pratiche, suddivisi per quattro differenti ambiti, che possono di volta in volta rappresentare soluzioni concrete ai problemi posti.

Ambito 1: i trasporti. Chi vive in aree rurali lamenta una quantità di collegamenti con i centri urbani e i servizi troppo bassa, mentre chi vive in aree urbane trova difficoltoso comprendere il complesso sistema di reti e informazioni. Le difficoltà sono dovute anche ai cambiamenti repentini durante uno spostamento – ad esempio ritardi o cancellazioni – ai cambiamenti nella segnaletica o nei *landmark* fisici, all'uso della tecnologia e alla sensazione di soffocamento nei luoghi troppo affollati. La crescente dipendenza dalla tecnologia online e mobile per l'aggiornamento dei servizi rappresenta una barriera perché spesso è poco conosciuta da chi ha la malattia – che in molti casi è anziano.

¹³ Janet Crampton *et al.*, *Creating a dementia-friendly York*, Report Joseph Rowntree Foundation, October 2012, [online] presso www.jrf.org.uk

Alcune delle paure riscontrate nell'uso dei trasporti pubblici possono essere rimosse attraverso una comunicazione chiara basata su una vasta offerta di segnali in formato di vario tipo e sul supporto da parte del personale di servizio preparato sulla malattia. Un esempio di assistenza pratica può essere rappresentato dal supporto di un membro dello staff¹⁴ o della comunità nell'uso di nuove forme di trasporto, o dal *compagno di viaggio* che sale nella stessa fermata e ricorda dove si deve scendere. Molte di queste persone, tuttavia, prediligono gli spostamenti a piedi e per questo motivo le autorità locali e i comuni hanno un ruolo importante nel rendere accessibili, sicuri e comprensibili gli spazi pedonali.

Ambito 2: la residenza. Quando è richiesto il trasferimento dalla casa tradizionale a quella specializzata, è importante mantenere i legami con la propria comunità, poter instaurare nuove amicizie e partecipare alle attività. Un aspetto importante riguarda l'integrazione delle abitazioni con i servizi socio-sanitari e con la comunità locale. A questo proposito merita attenzione l'interessante progetto per le case di cura *Camden*, sviluppato da *Níall McLaughlin Architects*, i quali introducono le strutture assistenziali all'interno dei quartieri e delle aree dove una volta ha vissuto la popolazione anziana. Le case di cura *Camden* sono un esempio di come diversi tipi di strutture per anziani – strutture residenziali assistite e residenze sanitarie – possono essere combinati. *Níall McLaughlin Architects* fanno partecipare la comunità nel processo di progetto. Se da un lato il progetto ammette che queste strutture non possono offrire una genuina esperienza di vita domestica, dall'altro fa leva sulle potenzialità dello spazio esterno, che può diventare un luogo di aggregazione grazie all'inserimento di strutture pubbliche come caffè e lavanderie, ad esempio¹⁵.

Le strutture assistenziali devono assicurare il mantenimento delle relazioni e degli interessi nell'ambiente circostante e nella comunità del luogo e hanno un significativo potenziale nel fungere da centro di integrazione del quartiere. Questo può includere l'elargizione di servizi sanitari e di

¹⁴ In Belgio esiste una figura, riconosciuta e identificabile grazie alla sua divisa viola, capace di comprendere se un turista o chiunque altro ha difficoltà con l'uso dei mezzi di trasporto pubblico o si è semplicemente perso. Tale figura ha il compito di intervenire immediatamente e di fornire supporto alla persona in questione, senza che questa abbia bisogno di chiedere aiuto. La sua presenza è una doppia garanzia di sicurezza: da un lato risolve direttamente difficoltà e problemi delle persone, dall'altro controlla che tutto avvenga in maniera regolare e limita, in questo modo, azioni di microcriminalità.

¹⁵ Giovanna Borasi, Mirko Zardini (eds.), *Imperfect health. The medicalization of architecture*, Canadian Centre for Architecture, Lars Müller Publishers, Zurich 2012.

consulenza, strutture condivise per i servizi diurni o spazi aperti a uso pubblico, come luoghi d'incontro o giardini¹⁶.

Ambito 3: le imprese e i servizi. Includerli nella rete è utile non solo per mantenere una regolare presenza di clienti ma anche per migliorare l'attrattività. Le autorità locali hanno un ruolo guida nell'assicurarsi che imprese e servizi diventino *dementia-friendly*, in quanto il diritto alla città si basa anche sull'accessibilità e sull'inclusività della struttura sociale che la compone. Infatti, molte persone hanno paura di andare nei negozi o di svolgere operazioni in banca o negli uffici postali perché non solo hanno una reale difficoltà a svolgere alcuni compiti e a relazionarsi con gli altri, ma anche perché, a causa della mancanza di consapevolezza e d'informazione sulla malattia, lo stesso personale addetto può mostrarsi ostile nei loro confronti, accrescendo quindi il loro disagio.

Ambito 4: l'ambiente fisico e gli spazi pubblici. C'è una crescente evidenza nella crescita del benessere dovuta all'accesso agli spazi aperti, in termini di coinvolgimento, salute e qualità della vita. Le qualità identificate nella ricerca sulle *dfc* suggeriscono che l'ambiente fisico debba essere pulito e piacevole, avere spazi per la sosta, aree verdi destinate alle attività dei pedoni, appropriate pavimentazioni, dare un senso di sicurezza e protezione ed essere accessibile. Il *Lifetime Neighbourhood programme*¹⁷ ha identificato l'importanza di creare un ambiente percorribile a piedi per assicurare un più inclusivo uso dello spazio pubblico al maggior numero di persone possibile. I fattori che contribuiscono ad aiutare le persone a trovare la loro strada includono i punti di sosta, le sedute e le panchine, segnali chiari e bagni accessibili. Per continuare a usare gli spazi pubblici

¹⁶ L'architetto Christopher Alexander sosteneva che fosse necessario ripensare le soluzioni abitative per gli anziani, permettendo loro di stare nel quartiere che conoscono meglio; di non isolarsi dai giovani del quartiere; per gli anziani che sono indipendenti, di vivere in maniera indipendente, senza perdere i benefici della comunità; e per chi ha bisogno di assistenza sanitaria o sociale, di riceverla senza doversi trasferire in una residenza assistita lontana dal proprio quartiere. Secondo Alexander, tutte queste necessità sarebbero risolvibili insieme in maniera molto semplice, se ogni quartiere contenesse una piccola quantità di anziani, non concentrata tutta in un punto, ma diffusa come uno sciame d'api. Rifacendosi a un ragionamento di Mumford, Alexander ipotizza un quartiere in cui circa 20 anziani vivono in una residenza collettiva centrale, altri 10 o 15 in villette vicine a questa residenza centrale ma interconnesse con le altre abitazioni, e altri 10 o 15 in villette ancora più distanti dal centro, sparse nel quartiere ma sempre a una distanza di 100/200 metri dal centro, così che possano recarsi agevolmente nella struttura collettiva per giocare a dama, mangiare, o ricevere assistenza sanitaria. Christopher Alexander, *A Pattern Language*, University Press, Oxford 1977.

¹⁷ Mark Bevan, Karen Croucher, *Lifetime Neighbourhoods*, Department for Communities and Local Government, London 2011, [online] presso <https://www.gov.uk/government/publications/lifetime-neighbourhoods--2>

indipendentemente, è importante preservare la familiarità del luogo e delle attività che vi si svolgono¹⁸.

Tra i programmi e le ricerche che hanno studiato gli aspetti dell'ambiente fisico e costruito in funzione delle necessità di chi ha la demenza, è rilevante il progetto *Neighbourhoods for life*, condotto da Elizabeth Burton *et al.*¹⁹ presso il WISE (Wellbeing in Sustainable Environments) dell'Università di Warwick. Con questo lavoro, e servendosi di interviste e passeggiate in compagnia delle persone con demenza, i ricercatori hanno individuato una serie di caratteristiche che un quartiere deve avere per essere *dementia-friendly*.

Criticità. Come si può notare, i programmi e le iniziative delle *dfc* descritti prendono in considerazione ogni campo della vita di comunità, sia sul piano fisico che su quello sociale.

Dalla descrizione degli esempi riportati, emergono due questioni rilevanti: da un lato l'elevato numero delle iniziative e degli ambiti d'intervento, dall'altro la centralità delle azioni sul piano sociale – focalizzate soprattutto sul ruolo dell'informazione e della sensibilizzazione – rispetto a quelle sul piano fisico.

Elevato numero delle iniziative. Com'è possibile notare nell'esempio riportato per le *dfc*, *Building dementia-friendly communities*, il numero di ambiti d'intervento e le priorità indicate per ciascuno di essi sono molto elevate. Tale estensione numerica comporta almeno due categorie di rischio che possono limitarne, o addirittura precluderne, la realizzazione: da un lato la competitività delle priorità, dall'altro l'insufficienza di energia per soddisfarle tutte.

Le azioni enumerate tra le priorità da affrontare, infatti, sembrano avere tutte lo stesso grado d'importanza e, sebbene si riconosca l'utilità di ciascuna di esse, l'assenza di un principio/azione guida – o di una linea d'intervento principale – che stabilisca una scala delle priorità – ovvero che indichi quali sono più importanti e urgenti e quali meno – è disorientante.

Inoltre, per essere avviata, messa in pratica e gestita, ciascun'azione richiede l'impiego di numerose risorse – umane, economiche, di tempo ecc. – che, com'è facilmente intuibile, non sarebbero sufficienti per soddisfarle tutte contemporaneamente.

¹⁸ Anna Brorsson *et al.*, *Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer's Disease*, "Dementia", 10, 2011, p. 587, <http://dem.sagepub.com/content/10/4/587.full.pdf>

¹⁹ Elizabeth Burton *et al.*, *Neighbourhoods for life. A Findings Leaflet on designing dementia-friendly outdoor environments*, OISD, Oxford 2004; E. Burton, Lyanne Mitchell, *Inclusive Urban Design: Streets for Life*, Architectural Press, Oxford 2006.

Senza una scala delle priorità il rischio dell'inefficacia dei programmi è elevato. Da un lato può indurre ad avviare prioritariamente iniziative di secondo piano che, oltre a essere meno necessarie, e a rispondere con minore efficacia al problema, consumano una certa quantità di risorse che poi mancherebbero per realizzare le altre; dall'altro può indurre ad avviare tutte le iniziative contemporaneamente e a distribuire le risorse sui vari fronti, con il rischio di un'eccessiva dilatazione dei tempi – già presente in qualsiasi singolo intervento, poiché dalla fase di progettazione a quella di realizzazione passa un certo lasso di tempo che, se eccessivo, rischia di vanificarne gli intenti – o dell'esaurimento delle risorse stesse prima che gli interventi siano stati completati²⁰.

Centralità delle azioni sul piano sociale rispetto a quello fisico. Le indicazioni fornite sul piano fisico sembrano ancora poco rilevanti dal punto di vista attuativo, almeno per ciò che concerne lo spazio esterno e quello pubblico.

L'architetto C. Alexander dice che le persone anziane non possono essere integrate socialmente come lo sono nelle culture tradizionali se prima non vengono integrate fisicamente – se non condividono le stesse strade, i negozi, i servizi e gli spazi comuni con qualsiasi altra persona²¹. Questa condivisione richiede interventi concreti di trasformazione urbana non solo sul piano sociale ma anche su quello fisico, che dovrebbe sia assumere una centralità maggiore sia acquisire priorità rispetto al primo, in quanto, diversamente da questo, costituirebbe per l'anziano un supporto stabile, fisso, maggiormente governabile e prevedibile.

Immaginando il caso, piuttosto frequente, in cui l'anziano con Alzheimer smarrisce la strada mentre si muove in città, si possono, infatti, individuare almeno due diverse modalità d'intervento per la soluzione del problema, collocate l'una sul piano fisico e l'altra su quello sociale. La prima consiste nell'adozione e nell'uso di un sistema di riferimenti, basato su elementi fisici o sociali, strutturato in modo che l'anziano sia capace di utilizzarlo – e quindi pensato in funzione dei suoi deficit; la seconda consiste invece nell'istruzione di una o più figure urbane, affinché siano pronte a intervenire nel caso in cui un anziano si perda. Posto che l'una non esclude l'altra, e che anzi la loro compresenza rappresenta la situazione ideale e au-

²⁰ Si immagini, ad esempio, di avere tanti cantieri avviati ma sospesi a causa di mancanza di fondi. Questo non solo vanifica gli intenti del progetto, ma rende anche inutili le azioni già compiute.

²¹ "Old people cannot be integrated socially as in traditional cultures unless they are first integrated physically – unless they share the same streets, shops, services, and common land with everyone else", C. Alexander, *A Pattern Language*, cit., p. 217.

spicabile, in quanto fornisce il massimo supporto possibile, la soluzione che si basa su interventi di tipo fisico offre alcuni vantaggi non trascurabili, motivo per cui si ritiene che le debba essere data maggiore centralità.

Mentre l'intervento di una persona, per quanto efficace e adattabile a ogni specifica situazione, implica la presenza di molte variabili possibili e non prevedibili – la persona in questione è distratta, è di cattivo umore, prova antipatie, non ha voglia di fare il proprio lavoro ecc.; una strutturazione dell'ambiente fisico mirata al rafforzamento dell'orientamento topografico è, al contrario, stabile, fissa, imparziale e sempre disponibile. Inoltre la prima modalità, che permette di risolvere il problema dello smarrimento attraverso l'intervento di un'altra persona, non stimola le capacità residue della persona malata ad adattarsi all'ambiente; la pone cioè in un atteggiamento passivo e non la fa sentire indipendente e autonoma. Se ogni volta che l'anziano si perde è riaccompagnato a casa da qualcun'altro – presumibilmente una persona a lui sconosciuta – il sentimento di autostima e il desiderio di indipendenza non saranno stimolati a crescere ma, al contrario, verranno inibiti, fino a provocare, probabilmente, una reazione di chiusura e di autosegregazione.

Per questi motivi si ritiene che i programmi delle *dfc* debbano dare maggiore importanza agli interventi sul piano fisico, soprattutto per quanto riguarda gli spazi destinati alla mobilità pedonale, individuata come quella che può garantire maggiore autonomia e indipendenza all'anziano con Alzheimer.

4. L'orientamento percettivo spontaneo come strategia di progetto per il miglioramento dell'accessibilità urbana dell'anziano con Alzheimer

La possibilità di muoversi in città è per l'anziano con Alzheimer non solo un diritto ma anche una necessità²². Considerato il declino delle sue capacità fisico-cognitive si ritiene necessario ripensare all'accessibilità della mobilità pedonale, considerata, rispetto ad altri tipi di mobilità, familiare, intuitiva, naturale, gratuita, indipendente, flessibile.

In presenza di indebolimento cognitivo, anche se di lieve entità, la possibilità di muoversi liberamente nello spazio urbano è ulteriormente

²² Si vedano le politiche europee sull'*Active Healthy Ageing*, che promuovono la permanenza dell'anziano nella sua residenza d'origine attraverso il mantenimento, per il tempo più lungo possibile, della propria autonomia e indipendenza.

condizionata, oltre che da requisiti di sicurezza fisica e sociale, dal rischio di perdersi. Diversamente dai temi della sicurezza e dell'inclusività, normalmente centrali nel progetto dell'abitare delle utenze deboli, quello dell'orientamento topografico in città è sempre trascurato, nonostante la possibilità di perdersi incida negativamente, fino a comprometterle, tanto sulla prima quanto sulla seconda.

Sebbene perdersi, almeno all'interno di una città e con gli strumenti di cui si dispone oggi – GPS e altri sistemi di navigazione – sia considerata una possibilità remota, l'orientamento topografico è frutto di apprendimento e implica l'interazione di molte funzioni cognitive, che nella malattia di Alzheimer sono compromesse, anche se con modi e tempistiche variabili.

Nonostante non esista ancora una netta definizione dei vari stadi in cui si sviluppa la malattia di Alzheimer, facendo riferimento ad alcuni studi sulla valutazione funzionale²³, risulta evidente che durante la fase iniziale il disorientamento spaziale è una possibilità piuttosto che una certezza.

Tale disorientamento, infatti, causato dall'indebolimento della memoria semantica²⁴, che è una delle funzioni cognitive che si perdono abbastanza precocemente, e da quello ancora più rapido della memoria episodica²⁵, è tanto più frequente quanto più lo spazio è privo di riferimenti dotati di qualità percettive immediate, ovvero di qualità che non richiedono un'elaborazione complessa dei dati – ad esempio qualità come la pendenza, l'odore, la temperatura, la luminosità ecc.

²³ Mini mental state evaluation (MMSE); Short portable mental status questionnaire (SPMSQ) o test di Pfeiffer; Clinical dementia rating scale (CDR); Milan overall dementia assessment (MODA); Alzheimer's disease assessment scale (ADAS-COG); Global deterioration scale (GDS). Quest'ultima, sviluppata dal dr. Barry Reisberg, nella malattia di Alzheimer sono individuati sette diversi stadi, di durata variabile. I primi tre indicano la fase di pre-demenza e gli altri quattro quella di demenza vera e propria. Ciascuno di essi è sintetizzato attraverso una parola chiave (e una fase clinica): 1. assenza di declino cognitivo (normale); 2. declino cognitivo molto lieve (smemoratezza); 3. declino cognitivo lieve (stato confusionale precoce); 4. declino cognitivo moderato (stato confusionale avanzato); 5. declino cognitivo moderatamente severo (demenza precoce); 6. declino cognitivo severo (demenza media); 7. declino cognitivo molto severo (demenza avanzata). A partire dal quarto stadio la persona affetta da malattia di Alzheimer può avere difficoltà a orientarsi in ambienti familiari, e dal quinto non può sopravvivere a lungo senza assistenza. Barry Reisberg *et al.*, *The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia*, "American Journal of Psychiatry", CXXXIX, 1982, pp. 1136-1139; Reisberg B, Auer S, *The GDS/FAST staging system*, "International Psychogeriatrics", 9, Suppl. 1, 1997, pp. 167-171.

²⁴ La memoria semantica rappresenta, insieme a quella episodica, la memoria dichiarativa, e comprende le conoscenze che una persona ha del mondo.

²⁵ La memoria episodica, o memoria di lavoro a breve termine, permette di ricordare le azioni che si stanno compiendo o che si intende compiere nell'immediato.

Che la memoria abbia un ruolo centrale nella formazione delle mappe cognitive è un fatto noto, mentre non è sempre stato chiaro che tale funzione sia svolta anche da aree cerebrali differenti da quelle del linguaggio. Infatti, alcuni studi²⁶ hanno evidenziato che gli oggetti per i quali esiste un'immagine mentale chiara e precisa sono ricordati più facilmente di quelli connotati con il solo linguaggio verbale. Un'ulteriore prova di questa affermazione è data anche dalle metodologie di riabilitazione di alcuni tipi di afasia²⁷, basate appunto sulla somministrazione di materiale prevalentemente visivo e grafico.

L'esistenza di due differenti tipologie di conoscenza topografica con prospettiva egocentrica²⁸, quella dichiarativa e quella procedurale²⁹, fa pensare che nel malato di Alzheimer rimanga, nei primi stadi della malattia, la capacità di lettura dello spazio e delle sue componenti primarie. In altre parole, se è la memoria dichiarativa a essere compromessa per prima, mentre quella procedurale mantiene le sue funzionalità per un tempo più lungo; e se nella memoria dichiarativa sono i ricordi più recenti a essere cancellati per primi, si può pensare che l'anziano sia in grado di muoversi da un punto a un altro dello spazio quanto più è abituato a compiere quel dato percorso – familiarità spaziale sensorio-motoria; e allo stesso tempo di riconoscere i luoghi e gli oggetti quanto più questi hanno radici profonde nella sua memoria – familiarità spaziale sensorio-visiva. Facendo riferimento al lavoro svolto da E. Burton e L. Mitchell³⁰, è stato dimostrato che gli anziani con demenza iniziale, se accompagnati a compiere quotidianamente una data strada, breve e caratterizzata da *landmark* fissi e riconoscibili, sono in grado di percorrerla in modo autonomo e senza perdersi. Anche le sperimentazioni di Romedi Passini *et al.*³¹ e Constant Rainville *et al.*³² all'interno di strutture residenziali hanno dimostrato che la semplicità del percorso, insieme a una sua forte

²⁶ Roger N. Shepard, Lynn A. Cooper, *Mental Images and their transformation*, MIT Press, Cambridge (MA) 1992.

²⁷ Ad esempio l'afasia di Wernicke, in cui la comprensione del linguaggio appare compromessa e la produzione manca di senso logico.

²⁸ Cioè una prospettiva che mette in relazione le posizioni spaziali del mondo esterno e quelle del proprio spazio corporeo.

²⁹ Reginald G. Golledge, *Place Recognition and Wayfinding: Making Sense of Space*, "Geoforum", 1992, XXIII, 2, pp. 199-214.

³⁰ E. Burton, L. Mitchell, *Inclusive Urban Design: Streets for Life*, cit.

³¹ Romedi Passini *et al.*, *Wayfinding in dementia of the Alzheimer type: planning abilities*, "Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology", XVII, 6, 1996, pp. 820-832.

³² Constant Rainville *et al.*, *Performances of patients with a dementia of the Alzheimer type in the Standardized Road-Map test of Direction Sense*, "Neuropsychologia", XL, 5, 2002, pp. 567-573.

connotazione, stimolano e supportano le capacità di orientamento delle persone con demenza.

Assumono quindi rilevanza le abitudini e le informazioni spaziali apprese durante i primi anni della vita, in quanto sono in memoria da un tempo più lungo e saranno cancellate più lentamente. Questo significa che non solo è importante preservare una certa configurazione dello spazio per un tempo lungo, ma anche l'uso di un linguaggio architettonico nel quale la forma segua la funzione, principio che stabilisce non solo che la forma deve rendere possibile una funzione – la forma di una casa deve permettere di abitare – ma anche che “*deve denotarla in modo così chiaro da renderla desiderabile oltre che agevole, e da indirizzare ai movimenti più adatti per espletarla*”³³ e, si può aggiungere, da renderla comprensibile e riconoscibile.

Il ruolo dello spazio nella sua relazione con l'uomo che ne ha esperienza fa pensare che, nel caso di deficit cognitivi come quelli causati dalla malattia di Alzheimer, si debbano rafforzare le caratteristiche salienti che lo rendono riconoscibile e differenziato e che, attraverso la frequenza d'interazione da parte dell'uomo, ne aumentano la familiarità³⁴.

Tanto la familiarità quanto la leggibilità sono componenti essenziali nel progetto dello spazio fisico per persone con demenza di tipo Alzheimer. Infatti, alcune ricerche che hanno indagato il tema del *wayfinding* in riferimento all'ambito considerato³⁵, sebbene limitate all'ambiente interno delle strutture residenziali, mettono in evidenza la necessità di semplificare i percorsi ma evitando la monotonia – data ad esempio da corridoi troppo lunghi con ripetizione costante di aperture – e privilegiando piuttosto l'uso di elementi di riferimento singolari e caratteristici.

Emerge l'importanza di due diverse questioni: da un lato, la necessità dell'anziano di ricorrere a un tipo di conoscenza spaziale con prospettiva egocentrica, che gli permette di stabilire una relazione diretta, e immediata, con lo spazio – motivo per cui ha bisogno di esperirlo in prima persona; dall'altro, e proprio in funzione dell'uso della prospettiva egocentrica,

³³ Umberto Eco, *La struttura assente*, 6th ed., Bompiani, Milano 1968.

³⁴ Nathan Gale *et al.* hanno individuato quattro diverse dimensioni di familiarità spaziale: la prima indica un'abilità nell'identificare un luogo riconoscendo il nome o l'etichetta; la seconda riconoscendo l'immagine; la terza riconoscendo la localizzazione; e infine, la quarta, attraverso la frequenza d'interazione. Nathan Gale *et al.*, *Exploring spatial familiarity*, “The Professional Geographer”, 1990, XLIII, pp. 229-313.

³⁵ R. Passini *et al.*, *Wayfinding in dementia of the Alzheimer type: planning abilities*, cit.; C. Rainville *et al.*, *Performances of patients with a dementia*, cit.; Gesine Marquardt, *Wayfinding for People With Dementia: A Review of the Role of Architectural Design*, “Health Environments Research & Design Journal”, IV, 2, 2011, pp. 75-90.

la centralità degli elementi utilizzati per costruire una conoscenza di tipo *landmark* e *route*, e quindi dei riferimenti spaziali e delle abitudini motorie che permettono di costruire i percorsi. Tanto i riferimenti quanto le abitudini sono supportati dal sistema visuo-percettivo e da quello motorio che si preservano per un tempo più lungo davanti all'azione neurodegenerativa della malattia.

I due elementi base che concorrono a definire le strategie di orientamento percettivo spontaneo sono costituiti dai *landmark*, o riferimenti ambientali, e dalle azioni motorie, reali o simulate, necessarie per lo spostamento da un punto a un altro dello spazio urbano.

I riferimenti ambientali costituiscono i punti di ancoraggio degli spostamenti, a qualunque sistema essi appartengano. Nel caso della persona anziana con malattia di Alzheimer, che come si visto è reso ulteriormente complesso da un funzionamento molto ridotto delle capacità cognitive del linguaggio, del calcolo e, soprattutto, della memoria, i riferimenti ambientali, oltre a dover essere necessariamente presenti, devono anche essere particolarmente evidenti e riconoscibili e rispondere a criteri di leggibilità, familiarità e singolarità.

I riferimenti dell'ambiente urbano possono avere qualità di rilievo fisiche e/o sociali, ovvero assumere una certa rilevanza/carattere/singolarità, rispetto a un dato contesto, che può essere di natura non solo fisica ma anche sociale. Queste qualità possono a loro volta essere intrinseche o estrinseche, cioè appartenere al riferimento in senso stretto oppure manifestarsi in seguito alla relazione con altri elementi del contesto. Le qualità, sia fisiche che sociali, si relazionano con il tempo, e possono quindi avere una natura statica, nel senso che permangono per un tempo lungo, come ad esempio una montagna, un monumento, un ospedale, una scuola ecc.; oppure una natura dinamica, nel senso che sono soggette a cambiamenti o spostamenti repentini, come ad esempio la luce solare – che non dipende solo dalla latitudine ma anche dalla rotazione della terra; la temperatura – che dipende anche dalle condizioni ambientali e dal momento della giornata; la vegetazione – che varia a seconda delle latitudini ed è soggetta alle variazioni climatiche; le attività commerciali – che sono legate all'andamento del mercato; le installazioni e le performance artistiche – che sono spesso temporanee; i flussi e le aggregazioni di persone – che dipendono, oltre che dalla collocazione dei servizi, anche dal loro funzionamento durante l'arco della giornata; ecc.

La differente natura delle loro qualità e la relazione tra esse permette di distinguere i riferimenti in effimeri e non effimeri, ovvero in elementi su cui si può fare affidamento solo per un certo periodo o solo

in qualche ora della giornata e in alcune condizioni – ad esempio i lavori di ristrutturazione o di costruzione di un edificio o di un’infrastruttura, l’esposizione artistica temporanea in una piazza o in una strada, il flusso di persone nelle fermate dei mezzi di trasporto pubblico, nelle strade commerciali, nei mercati ecc. – e in elementi che sono sempre a disposizione – ad esempio gli edifici, l’arredo urbano, la vegetazione, le infrastrutture ecc.

I riferimenti utili per un orientamento percettivo spontaneo aumentano di efficacia quando generano stimoli a cui segue una risposta immediata e non richiedono il passaggio a un processo intellettuale di interpretazione dei segni.

A questo proposito viene naturale chiedersi se ci siano, o meno, elementi dello spazio costruito le cui qualità siano in grado di farne cogliere simultaneamente il significato, e quindi di rendere l’elemento stesso comprensibile e distinguibile in maniera immediata rispetto al contesto. L’esistenza di queste qualità si rivelerebbe estremamente utile nel caso in questione, che può in una certa misura essere paragonato a quello di chi si muove in un ambiente del tutto nuovo e ignoto. E ancora, se queste qualità appartenessero a elementi ‘privilegiati’ dell’ambiente, e quindi, ad esempio, a quelli che si possono considerare i ‘fondamentali della città’, esse potrebbero non solo innalzare il livello di identificabilità, ma anche quello di familiarità, e quindi, il senso del luogo. In altre parole, se l’edificio che ospita la funzione *chiesa*, ad esempio, ripropone un modello già codificato e acquisito nel corso dei secoli in un certo contesto socioculturale, indipendentemente dal linguaggio utilizzato, non solo si renderebbe distinguibile in quanto tale rispetto al contesto, ma anche rafforzerebbe il senso di appartenenza al luogo, essendo la chiesa uno degli elementi cardine della città, oltre che espressione di una cultura millenaria.

In questo senso si può parlare dell’influenza che il ‘modello’ esercita nella costruzione di un codice condiviso da una data cultura e nel riconoscimento dell’ambiente in termini di familiarità.

La stupefacente capacità dei bambini in età prescolare di distinguere una chiesa da una casa o da un teatro, ad esempio, fa credere che i caratteri tipologici e morfologici degli elementi che compongono la città siano come acquisiti geneticamente, o siano facilmente comprensibili e riconoscibili senza incorrere in interpretazioni complesse. È come se dietro la forma, mutevole e varia, di ciascuno degli elementi della città, ci sia una struttura fissa sempre uguale a se stessa e riconoscibile dall’esterno; qualcosa che assomiglia al concetto di “tipo”.

Se il tipo è l'idea stessa dell'architettura, l'archetipo³⁶ è l'idea originaria dell'architettura. Questo significa che esiste un'idea originaria di casa, di chiesa, di teatro, di mercato ecc. alla quale ogni modello fa in qualche modo riferimento, e della quale sono mantenuti i caratteri essenziali che la rendono riconoscibile e distinguibile rispetto alle altre.

La forma degli elementi che costituiscono la città assume quindi un'importanza primaria nella riconoscibilità stessa dell'ambiente da parte dell'uomo. Non solo è importante la presenza dei riferimenti in un dato ambiente e la loro qualità in termini di familiarità, singolarità e leggibilità, ma altrettanto importante è il ruolo che la forma esercita sull'efficacia di questa qualità. In altre parole, quanto più un edificio ha caratteristiche formali riconducibili a quelle del suo tipo originario, tanto più sarà semplice riconoscerne la funzione.

Questi elementi, insieme all'adozione di una prospettiva egocentrica durante la 'navigazione' nello spazio urbano, costituiscono i presupposti su cui si basa l'orientamento che è stato definito "percettivo spontaneo"³⁷ e che costituirebbe un valido supporto per il miglioramento dell'accessibilità urbana delle persone con malattia di Alzheimer allo stadio iniziale.

Possibili modelli applicativi dell'orientamento percettivo spontaneo. Per ragionare sul tema dell'orientamento in città dell'anziano con Alzheimer è interessante prendere in esame tipologie di aree urbane che, per le loro caratteristiche formali di layout e organizzazione spaziale, rappresentano un elevato grado di complessità in fase di 'navigazione'.

Si consideri, ad esempio, un contesto spaziale come quello dell'*Ensanche* di Barcellona, costituito da una maglia ortogonale regolare, con un edificato compatto di altezza elevata e con visuali prospettiche relativamente simili tra loro – ad ogni incrocio si aprono quattro diverse visuali di strade che non hanno, apparentemente e se non in sporadici casi, elementi di rilievo così notevoli da essere percepiti e riconosciuti in maniera spontanea e inequivocabile. Inoltre, considerata la ridotta capacità delle persone anziane di camminare per lunghe distanze e la va-

³⁶ Dal greco "archetipo", dove "arché" significa "originale" e "tipo" significa "modello, esemplare".

³⁷ Giuliana Frau, *L'orientamento percettivo spontaneo per l'accessibilità urbana di anziani con AD iniziale*, "Techne", 9, 2015, pp. 106-113; G. Frau, *Vita in città di A. L'abitare dell'anziano oltre una progettazione 'a isola': sicurezza, inclusività, orientamento*, tesi di dottorato in architettura e pianificazione, XXVI ciclo, Dadu, Uniss, 2015, consultabile come risorsa online presso <https://core.ac.uk/download/pdf/33723631.pdf>

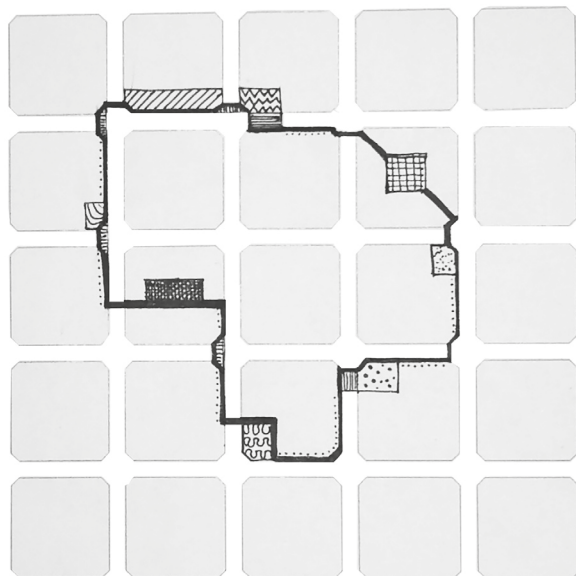


Figura 1

stità dell'area presa in esame, che si riflette anche nel posizionamento dei *landmark* urbani, non è frequente, nel percorrere poche centinaia di metri, incrociare un numero elevato di elementi in grado di stimolare l'orientamento.

Ragionando in termini spaziali e attraverso le categorie proprie del progetto di architettura alla scala urbana – configurazioni formali, visuali prospettiche, superfici orizzontali e verticali, materiali, *textures*, verde, arredo ecc. – è possibile organizzare lo spazio in modo tale da aumentare il numero dei riferimenti su cui si basa l'orientamento percettivo spontaneo?

Se ci si pone come obiettivo quello di permettere all'anziano con Alzheimer di fare una passeggiata in città con partenza e ritorno nella propria abitazione, in che modo possono essere organizzati – e aumentati – i riferimenti che gli permettono di 'navigare' senza perdersi?

Un primo esempio di organizzazione consiste nel consentire di fare percorsi 'ad anello'³⁸, in cui il punto di partenza coincide con quello di

³⁸ Il percorso anulare è il modello che viene utilizzato sia nel giardino Alzheimer che nelle strutture specializzate per pazienti con demenza. Generalmente, almeno per quanto riguarda l'ambiente del giardino, si tratta di anelli che sono percepibili in tutto il loro insieme, non ostaco-

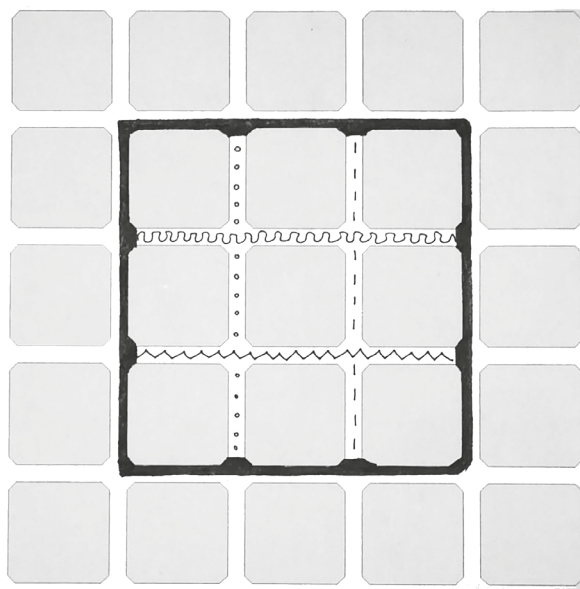


Figura 2

arrivo. Perché l'anello sia percepito e funga da guida durante la passeggiata, dovrà essere caratterizzato da almeno un elemento progettuale – ad esempio la pavimentazione – che sia continuo, distinto e distinguibile da tutto ciò che non è parte dell'anello stesso. Inoltre, affinché nel percorrerlo vengano stimolati il maggior numero di sensi e di abilità residue dell'anziano con Alzheimer, lungo il suo tragitto dovranno essere intercettati spazi ed elementi le cui caratteristiche siano percettivamente salienti – ad esempio una piazza, una chiesa, un giardino, una panetteria, un fioraio ecc. (fig. 1).

Un secondo esempio può essere rappresentato dalla delimitazione di un'area, di dimensioni ridotte – ad esempio 9 isolati – delimitata da un margine percettivo e riccamente caratterizzata al suo interno, in maniera tale che ogni via, o ogni incrocio, rappresenti un episodio unico, distinguibile e riconoscibile. Per margine percettivo si intende uno spazio che non è attraente, che non contiene al suo interno nessuno dei riferimenti salienti e stimolanti – ad esempio le strade su cui si affacciano

lati da ombre discontinue e con una lunghezza molto ridotta. Il giardino Alzheimer, che si costruisce sul modello dell'*hortus conclusus*, è tale che può essere osservato dall'interno di una struttura in tutta la sua estensione.

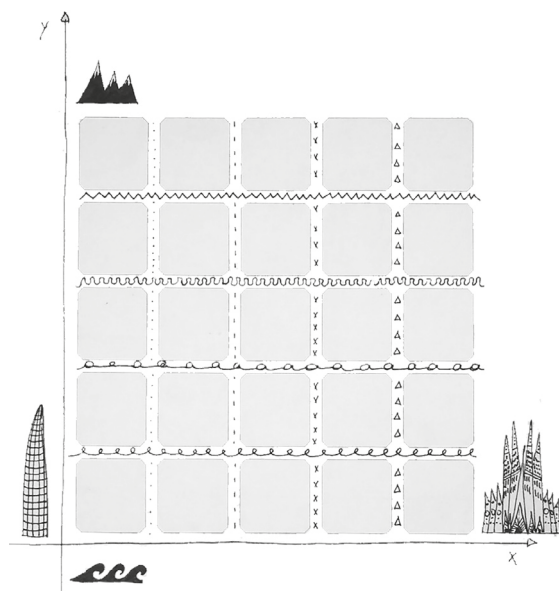


Figura 3

muri privi di aperture o in cui non sono presenti attività pubbliche³⁹ (fig. 2).

Un terzo esempio, simile a quello appena descritto ma privo di margini, può essere caratterizzato dalla presenza di almeno due riferimenti permanenti e di grande rilievo – ad esempio la pendenza del terreno e la presenza di due *landmark* estremamente distinti, rilevanti e in posizioni opposte tra loro – idealmente collocati lungo l’asse delle ascisse e delle ordinate di un piano cartesiano e variabili in modo graduale e costante nelle quattro direzioni (fig. 3).

Un quarto esempio può consistere nell’amplificare il potere attrattivo dei *landmark* già presenti in una data area, favorendo il movimento lungo percorsi che li colleghino gli uni agli altri. Senza avere un riferimento continuo come nel caso dell’organizzazione spaziale ad ‘anello’, si potrebbero

³⁹ Sulla capacità catalizzatrice degli spazi urbani è particolarmente interessante tutto il lavoro dell’architetto danese Jan Gehl, esperto di progettazione urbana finalizzata a rendere le città “a misura d’uomo”. Si vedano in particolare Jan Gehl, *Cities for people*, Island Press, Washington 2010; J. Gehl, *Liven Mellet Husen*, Arkitektens Forlag, Denmark 1971, trad. it. *Vita in città, spazio urbano e relazioni sociali*, Maggioli Editore, Segrate 2012.

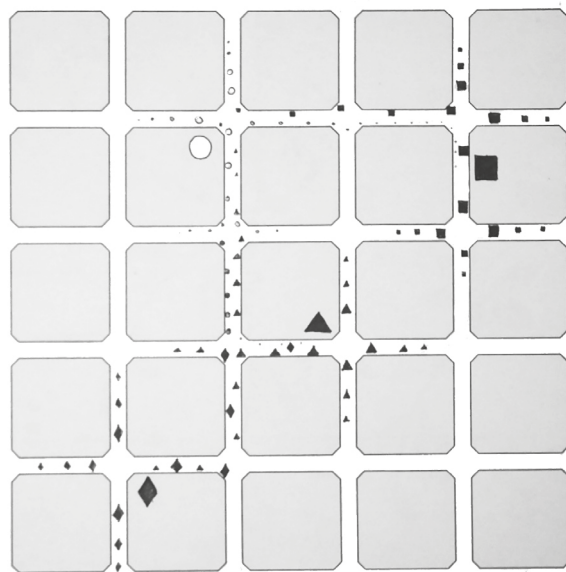


Figura 4

determinare, come del resto già succede in alcune città, strade e luoghi con un alto potere attrattivo (fig. 4).

Posto che ciascuna delle organizzazioni spaziali brevemente descritte presenta specifici vantaggi e criticità⁴⁰, è possibile comunque, anche ibridando i vari modelli spaziali presentati, creare un sistema di riferimenti dotati di qualità percettivamente salienti che siano da supporto all'anziano con Alzheimer che si muove in città, il quale, è bene ricordarlo, nella prima fase della malattia conserva ancora un certo grado di autonomia e di abilità residue.

Alla luce del crescente invecchiamento della popolazione, dell'urbanizzazione, delle politiche europee sull'invecchiamento attivo e in salute,

⁴⁰ Ad esempio in che modo determinare gli ingressi e le uscite dall'anello, considerato che solo poche abitazioni possono affacciarsi in modo diretto su esso e che la maggior parte, invece, sono collocate in modo diffuso sia nell'area interna che in quella esterna all'anello; come definire la coesistenza di più anelli – che come si è visto dovrebbero avere dimensioni calibrate sulla capacità di camminamento dell'anziano – in un'area vasta come quella di una città; ecc.? Uno studio più approfondito delle problematiche relative a tutti i modelli spaziali brevemente descritti, è stato sviluppato durante in G. Frau, *Vita in città di A*, cit.

nonché delle carte sui diritti dell'uomo e sull'accesso alla città, si può affermare che le *dementia-friendly community* rappresentano oggi il modello di integrazione sociale, cura e supporto più all'avanguardia.

Inoltre, se si considera che il miglioramento delle qualità percettive contribuisce a rendere le città luoghi in cui muoversi e orientarsi è più agevole e intuitivo per tutti, e non solo per chi è affetto da limitazioni cognitive, tale operazione si rivela non solo importante ma anche necessaria, in quanto generatrice di inclusione e benessere individuale e collettivo.

Edizioni ETS
Palazzo Roncioni - Lungarno Mediceo, 16, I-56127 Pisa
info@edizioniets.com - www.edizioniets.com
Finito di stampare nel mese di maggio 2020