

La speranza
nei dei con i
giovani

**Conferenza "Un progetto nel centro storico di Ozieri
per persone con Alzheimer's Disease"
Ozieri, 27 marzo 2015**



Tesi di laurea
2008/2009



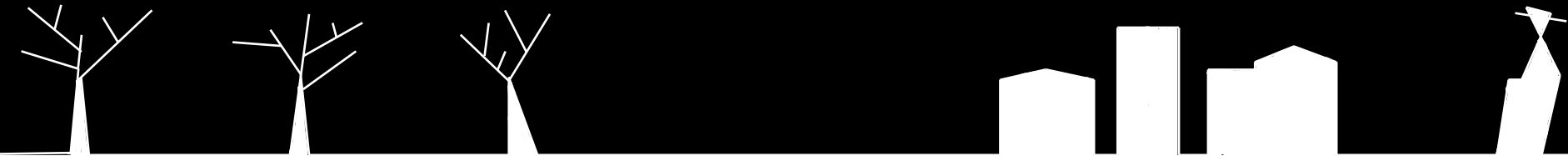
Tesi di dottorato
2013/2014



FRA-M-MENTI

Tesi di laurea di **Giuliana Frau**

A.A. 2008/2009



La dimensione urbana come nuovo modello di integrazione sociale, cura e supporto ai malati di Alzheimer



A mio nonno...

“ti ho visto dimenticare gradualmente pezzi sempre più consistenti della tua giornata, di quelle appena trascorse, dei mesi, degli anni, della vita...fino a diventare una figura silenziosa e immobile sul letto, incapace di comunicare perfino con lo sguardo. Eppure c’era qualcosa che ancora ti distingueva dalle piante: restavano le quasi impercettibili espressioni del volto, il lento e cadenzato ritmo del respiro, il calore e la morbida rugosità della pelle...”

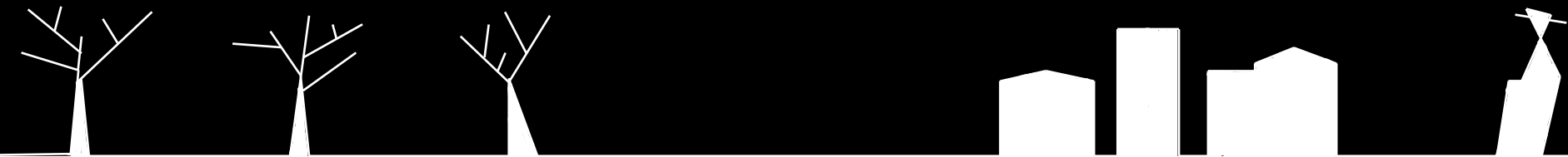


Indice

1. Premessa
2. Studio della malattia mentale e del morbo di Alzheimer
3. I luoghi di cura della malattia mentale e del morbo di Alzheimer
4. Proposta di un'alternativa ai luoghi di cura del morbo di Alzheimer
5. Applicazione al luogo (progetto)



Se l'architettura deve anche, e soprattutto, soddisfare i bisogni dell'uomo, in che modo si pone davanti alle esigenze di persone che, a causa di malattie che coinvolgono il loro stato fisico o mentale, non possono svolgere una vita normale?

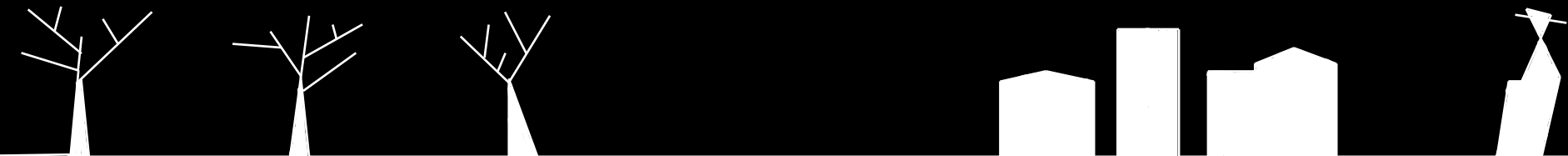


1. Premessa

La salute mentale è

“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”

WHO, 2001, Mental health: New Understanding, New Hope, France, Sadag



2. Studio della malattia mentale e del morbo di Alzheimer

Fattori di rischio

Fattori di natura biologica: legati al malfunzionamento del sistema nervoso

Fattori di natura psicologica: rappresentati dalle situazioni problematiche a cui sono sottoposte le persone

Fattori di natura sociale/ambientale: legati ai mutamenti e alle relazioni che avvengono all'interno di una data società e di un dato ambiente

L'architettura, con le sue applicazioni, può influire sul fattore di natura sociale/ambientale, favorendo o inibendo determinate azioni, sensazioni e relazioni tra gli individui



Rilevanza del problema

Anno 2000, la popolazione mondiale è di 6.5 miliardi.
1/3 della popolazione mondiale ha disturbi
neuropsichiatrici

Su 13 differenti tipi di disordini neuropsichiatrici,
al 4° posto si trovano L'Alzheimer's Disease e le altre
demenze (dopo la depressione unipolare, la dipendenza
da alcol e la schizofrenia)

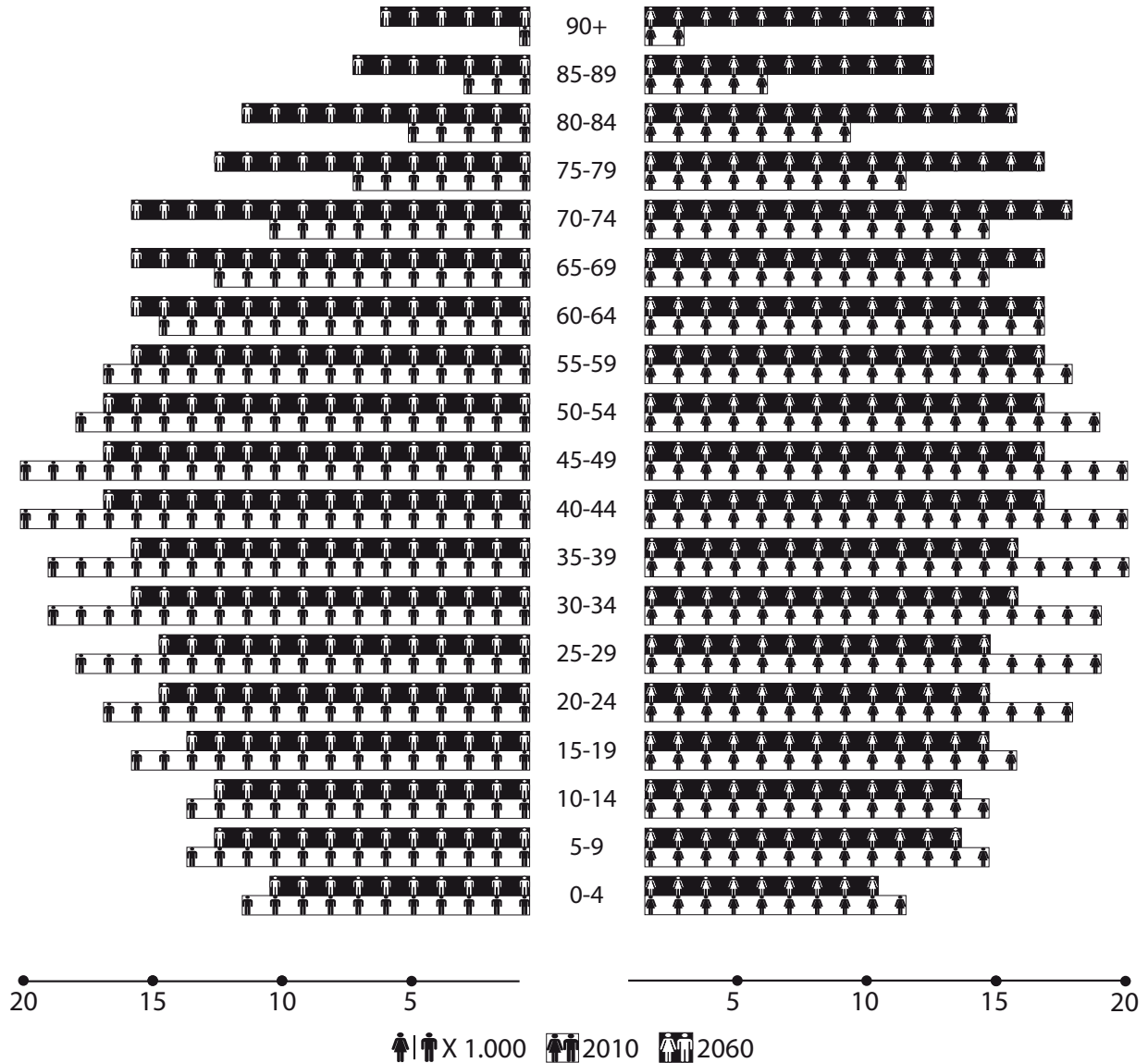
WHO, 2001, Mental health: New Understanding, New Hope, France, Sadag



Invecchiamento della popolazione

Aspettativa di vita
alla nascita
su scala mondiale:

Prima del 1900: 30 anni
1900: da 48 a 60 anni
Oggi: 77 anni



Aumento delle malattie neurodegenerative come l'Alzheimer

(ADI 2009)

anno 2010

36 milioni AD su 6 miliardi di abitanti (**0.6%**)

(ADI 2012)

anno 2050

115 milioni AD su 9.5 miliardi di abitanti (**1.21%**)

Invecchiamento
e
Alzheimer

65-70 anni

1/50

70-80 anni

1/20

80+ anni

1/5

Costi

60.000 €/anno per persona, costi diretti+indiretti



Problematiche della malattia mentale

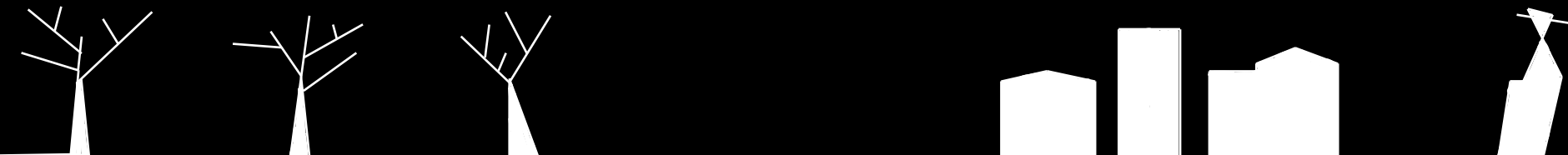
Complessa interazione dei fattori di rischio: difficoltà a individuare le cause della malattia

Disparità di trattamento: i paesi investono poco sulla salute mentale, i malati sono spesso curati in luoghi differenti rispetto ai luoghi di cura delle malattie fisiche, con conseguente emarginazione e stigma

La gestione della salute mentale: sintomi della malattia + mancate opportunità che la malattia impedisce di avere. Carico di stress elevato per la rete di persone che circonda il malato



Due modelli di cura:
1. Istituzionalizzazione
2. *Community based*



3. I luoghi di cura della malattia mentale e del morbo di Alzheimer

Modello di cura basato sull'istituzionalizzazione

Istituti pensati per recludere, isolare, emarginare, confinare, contenere, punire il malato, non per curarlo!

Oggi abolito nella maggior parte dei paesi industrializzati ma ancora presente in alcune parti del mondo

In Italia abolito dal 1978 in seguito alla legge 80 voluta da Franco Basaglia, nota anche come "legge Basaglia"

Modello di cura community based

Centri di cura basati sull'intervento e sul sostegno della comunità

Il modello nasce nella seconda metà del XX secolo, ed è diffuso in quasi tutti i paesi industrializzati, in particolare in Nord Europa, Usa e Canada

Alcune critiche al caso italiano

Se il modello di cura basato sull'istituzionalizzazione ledeva alle radici la dignità dell'individuo, il modello di cura *community based*, sebbene nasca da presupposti lodevoli, si è concretizzato, di fatto, nel ridimensionamento del modello manicomiale

“PORTE GIREVOLI”

RaiReport 3 maggio 2009

- I malati sono rimasti nella stessa struttura manicomiale, che ha solo cambiato nome e destinazione d'uso;
- I malati sono ospiti di pensioni dove non ricevono la dovuta assistenza;
- I malati vivono in appositi appartamenti ma non possono gestire nulla di personale.
- Anche dove funziona, il modello di cura *community based* si sviluppa dentro strutture che sono marginali o chiuse rispetto ai luoghi del vivere sociale

Gli attuali luoghi di cura disponibili per il malato di Alzheimer offrono due alternative:

1) Assistenza domiciliare (in Italia a carico quasi esclusivo della famiglia)

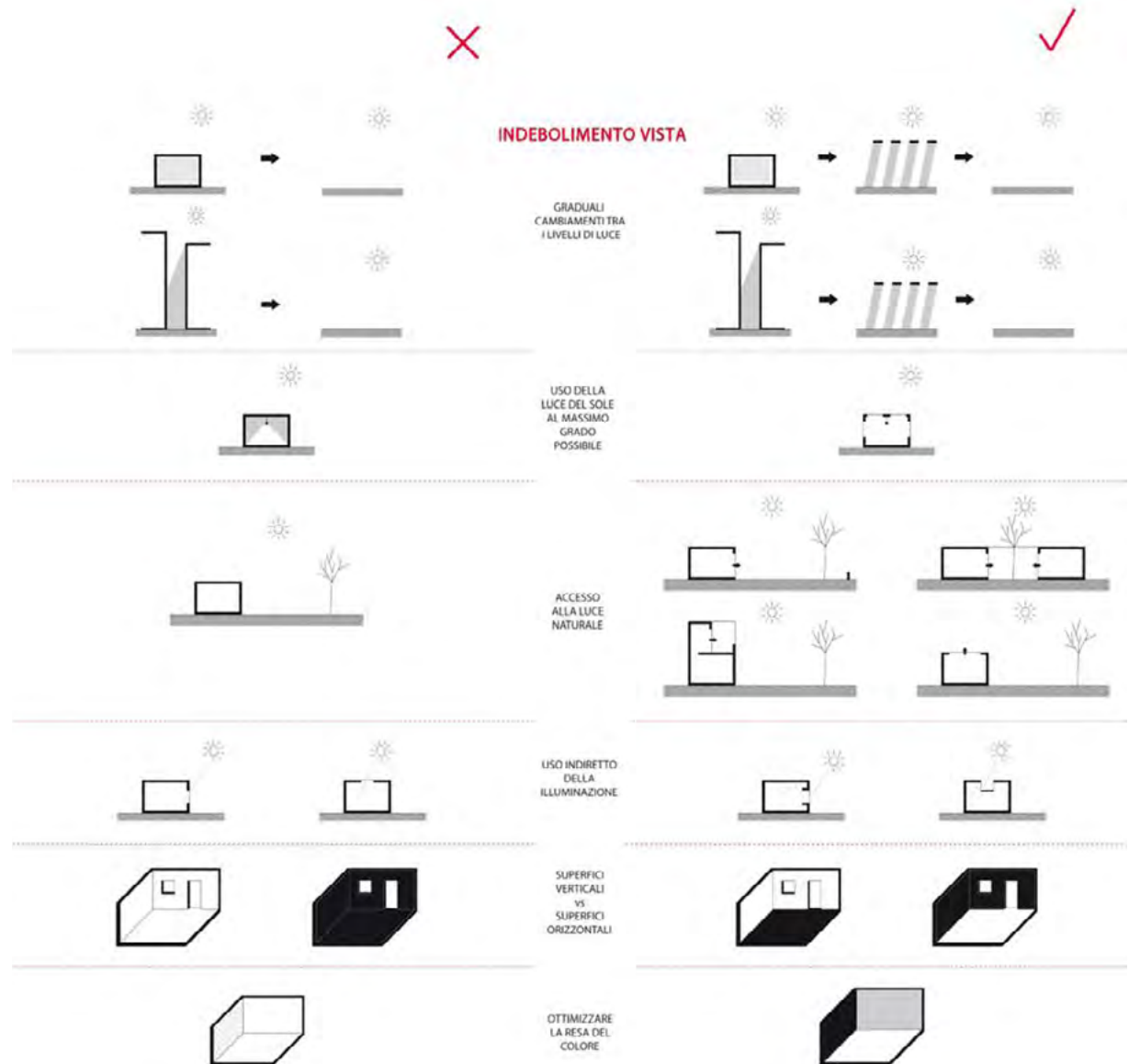
2) Assistenza in istituto, centro Alzheimer/residenza assistita (quasi sempre un edificio "distante" dalle dinamiche della vita urbana)



4. Proposta di un'alternativa ai luoghi di cura del morbo di Alzheimer

Abaco delle problematiche rilevanti per la progettazione

Problemi legati alla vecchiaia



Abaco delle problematiche rilevanti per la progettazione



Problemi legati alla vecchiaia



INDEBOLIMENTO VISTA

CONTROLLO
DELLA
ILLUMINAZIONE
NOTTURNA



INDEBOLIMENTO UDITO

DIMINUIZIONE
LIVELLO DEI
RUMORI DI
SOTTOFONDO

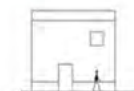


MATERIALI IDONEI
PER
ASSORBIMENTO/
TRASMISSIONE
DEL SUONO



DEAMBULAZIONE

APPOGGI LUNGO
I PERCORSI



SPAZI
PERICOLOSI COME
SCALE E
SPORGENZE
NEI MURI



AMBIENTI DI
USO DEL
MALATO
COMPLANARI



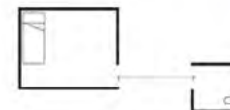
Abaco delle problematiche rilevanti per la progettazione



**Problemi legati alla
vecchiaia**

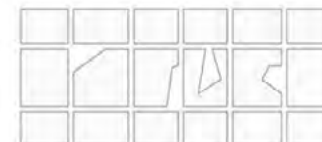


CADUTE
EVITARE
PERCORSI
CAMERA-BAGNO
TROPPO LUNGI



ISOLAMENTO SOCIALE

EVITARE
AMBIENTI DISPERSIVI
E SCONFINATI



EVITARE LA LONTANANZA
DAI LUOGHI DELLA
VITA SOCIALE



**Disturbi di
comportamento**

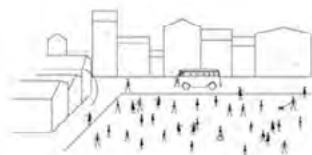
DEPRESSIONE

EVITARE
ISOLAMENTO
E SENSO DI
INUTILITA'



STRESS

EVITARE
RUMORE E
AFFOLLAMENTO



PREVEDERE
ATTIVITA'
RILASSANTI

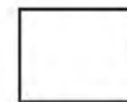


Abaco delle problematiche rilevanti per la progettazione

Disturbi di comportamento



PANICO
EVITARE SPAZI
CONFUSI



Deficit cognitivi



ALLUCINAZIONI

EVITARE OGGETTI
E TEXTURES
CHE POSSONO
PROVOCARE
ALLUCINAZIONI



MEMORIA

CREARE PERCORSI
CIRCOLARI



FAVORIRE
L'ORIENTAMENTO
CON RIFERIMENTI VISIVI
OLFATTIVI, UDITIVI
E TATTILI

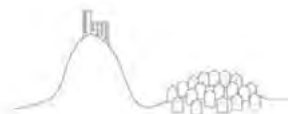


Problemi di gestione della malattia

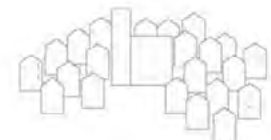


**INTEGRAZIONE SOCIALE E
ACCESSIBILITA' AI SERVIZI**

COLLOCARE
LE RESIDENZE
FACILMENTE
ACCESSIBILI IN
MACCHINA O
IN AMBULANZA



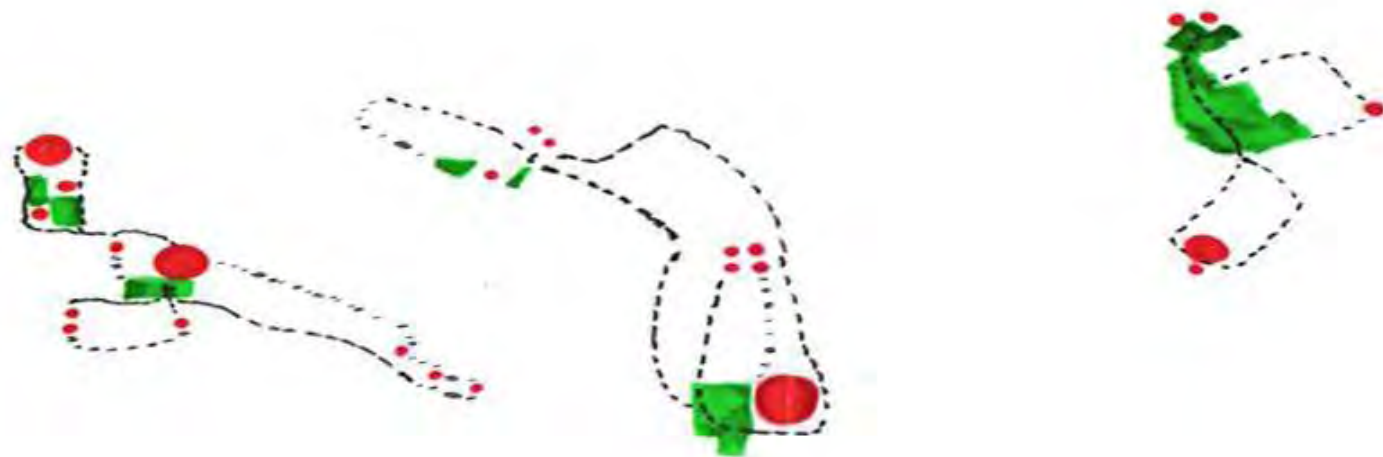
COLLOCARE I
SERVIZI IN SITI
FACILMENTE
RAGGIUNGIBILI DAI
NUCLEI
RESIDENZIALI



Proposta di un nuovo modello di cura

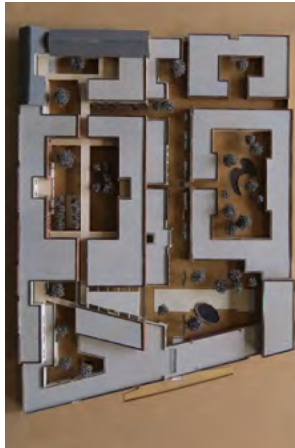
Il nuovo modello di cura che si vuole proporre è un sistema basato sulle qualità della dimensione urbana:

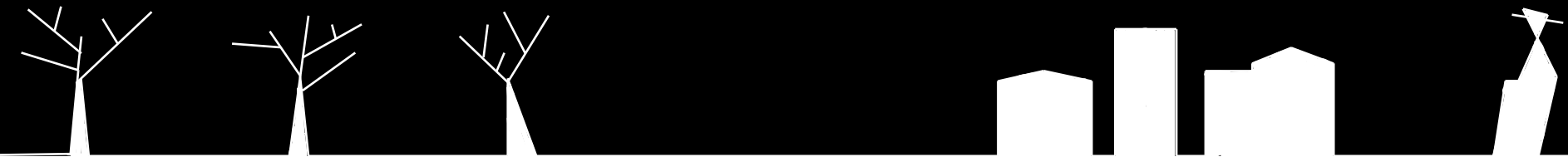
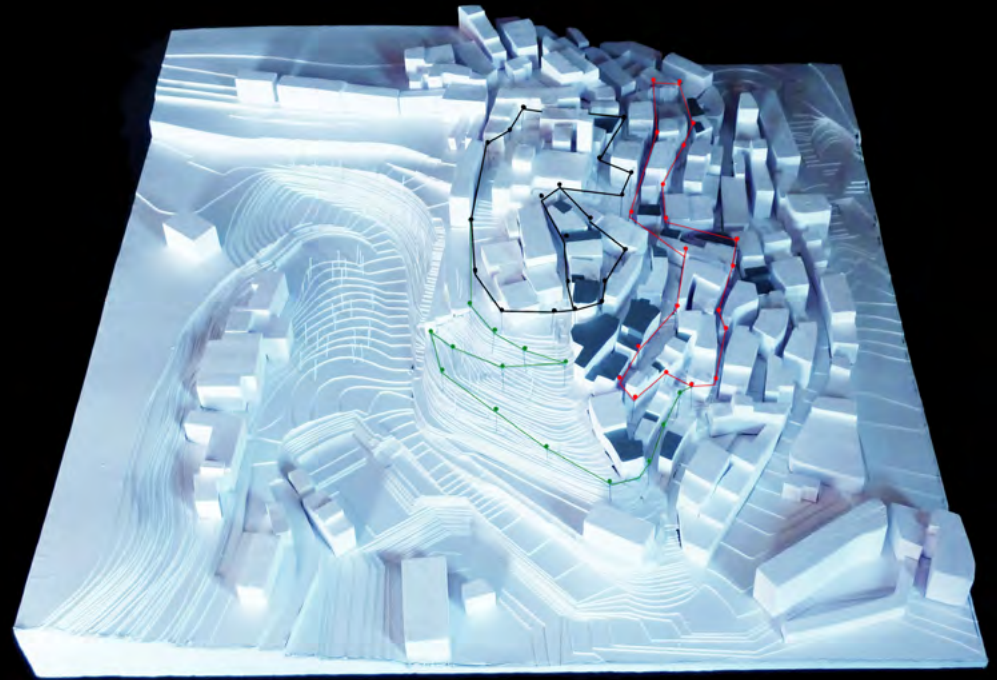
1. Abitazione privata per il malato di Alzheimer e una famiglia di supporto
2. Strutture di assistenza e integrazione sociale collettive e diffuse
3. Adeguamento degli spazi pubblici della strada, dei giardini etc. alle esigenze della persona malata di Alzheimer (primo stadio della malattia)



Proposta di un nuovo modello di cura

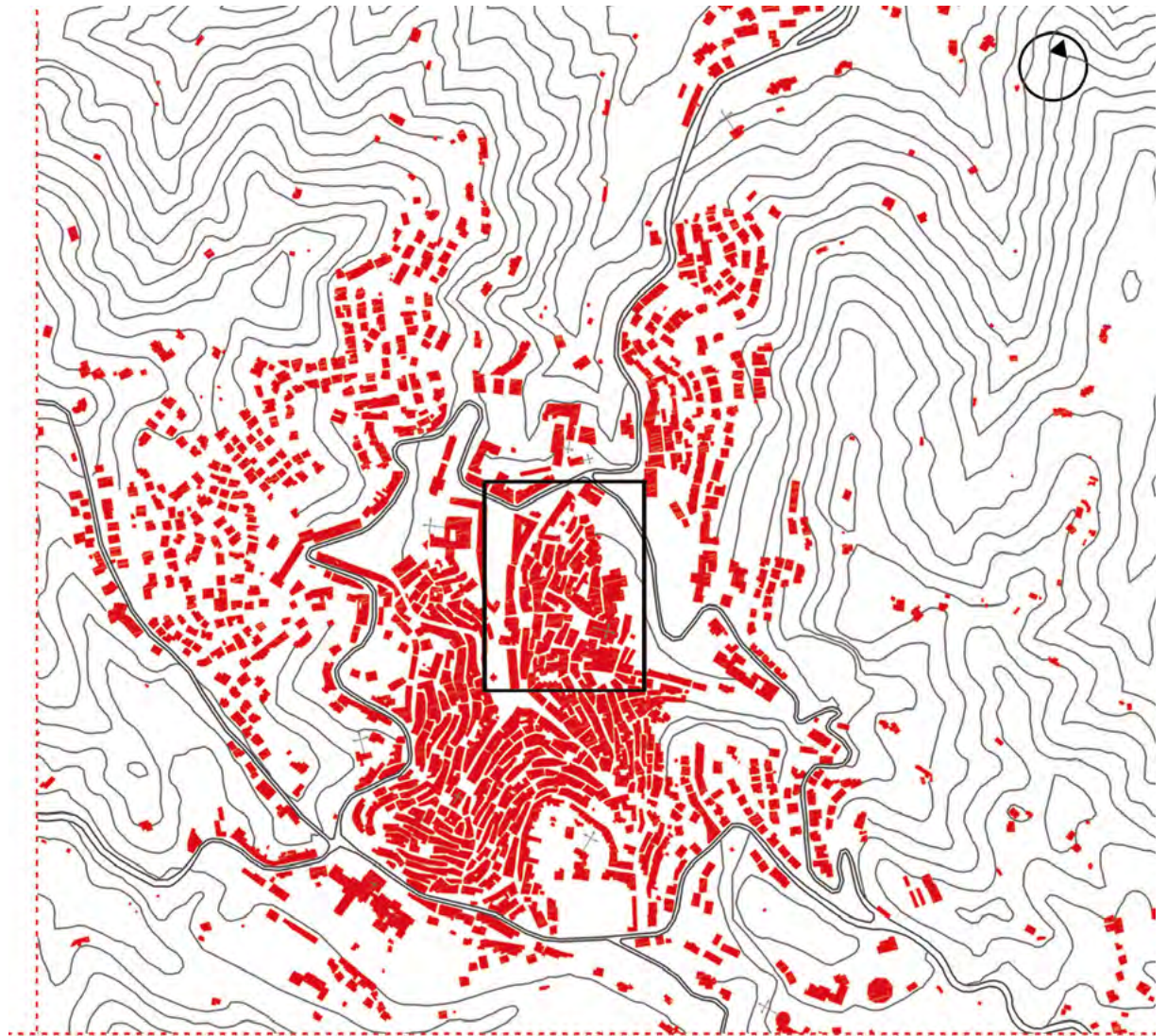
Qualcosa di **simile, ma differente**, a ciò che rappresenta oggi il modello più innovativo in Europa: il villaggio “De Hogeweyk” in Olanda





5. Un progetto nel centro di Ozieri per persone con *Alzheimer's Disease*

*Il centro storico di
Ozieri*

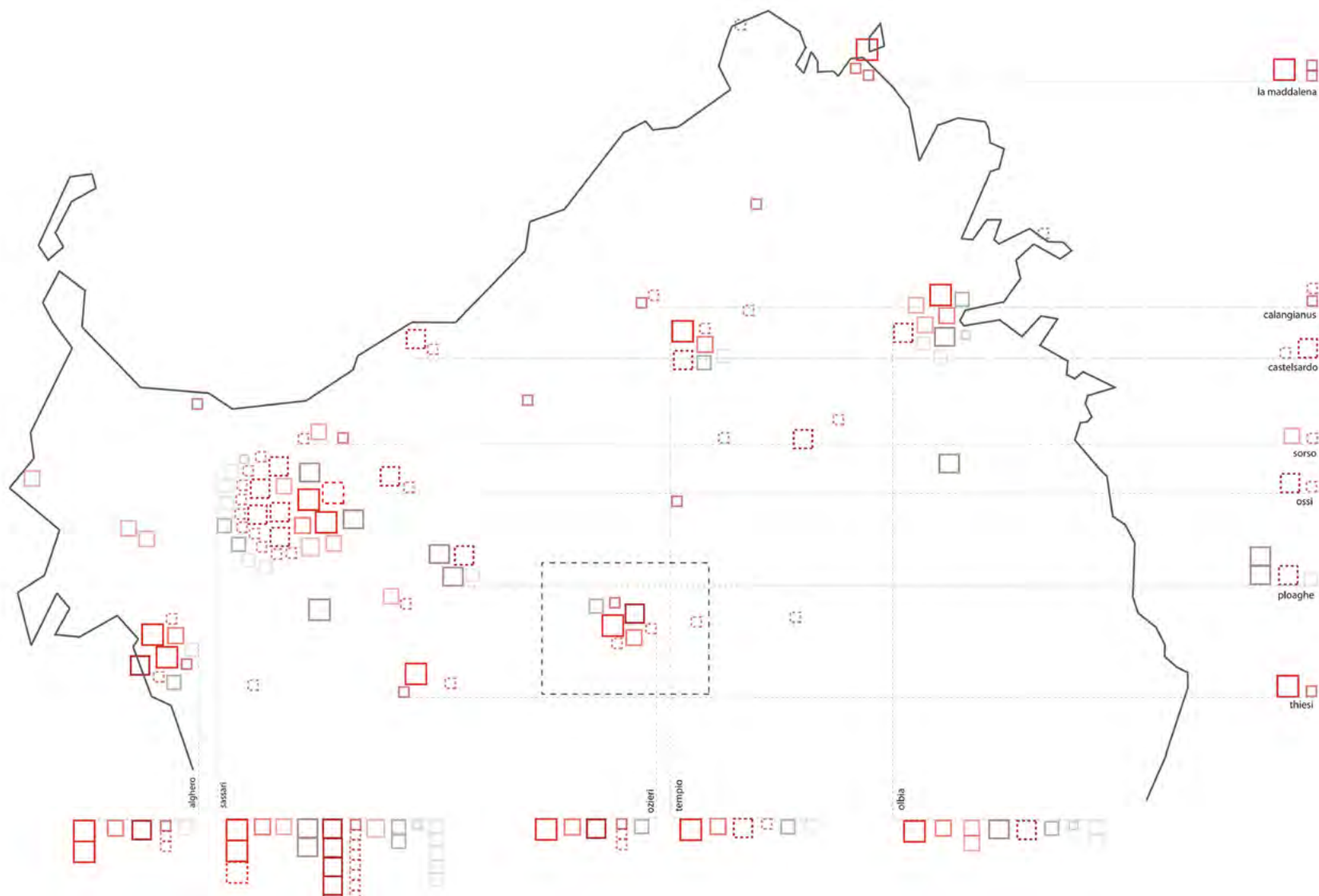








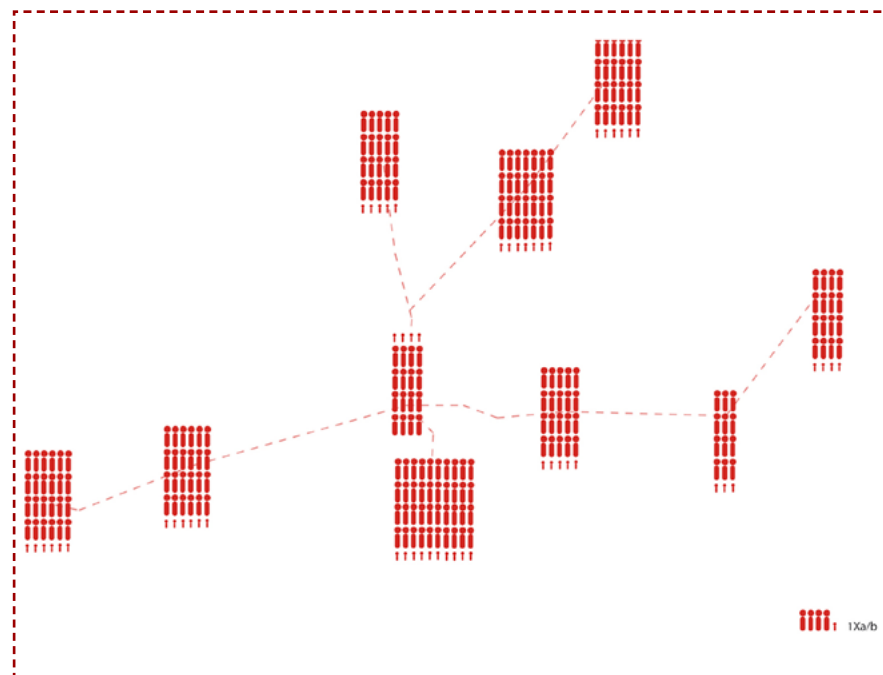
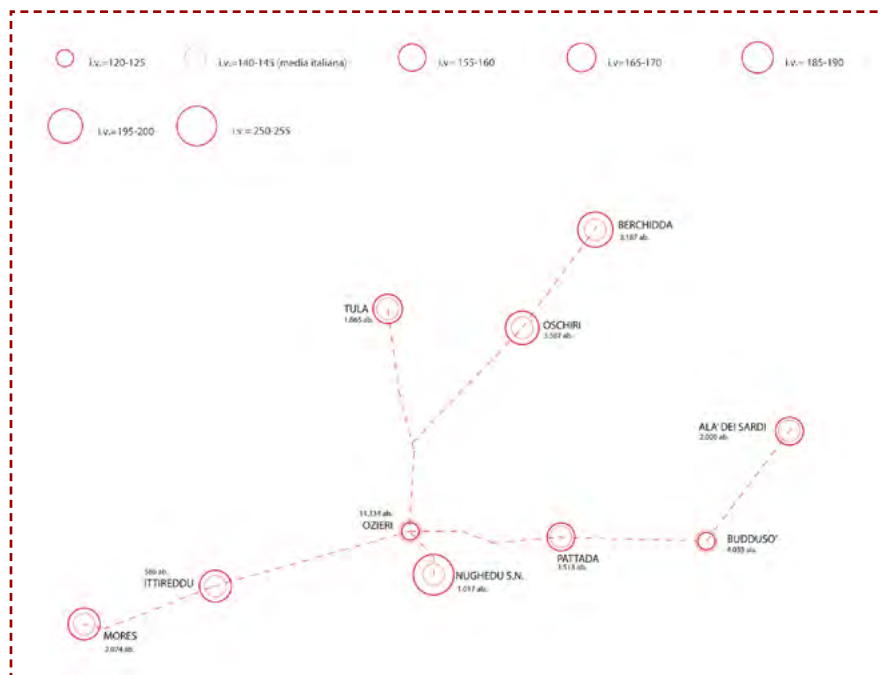
ANALISI_ mappatura servizi sanitari-socio assistenziali del Nord Sardegna



ANALISI_ studio sulla popolazione residente nel Logudoro

Indice di vecchiaia
 $+65/0-14$ anni = i.v.%

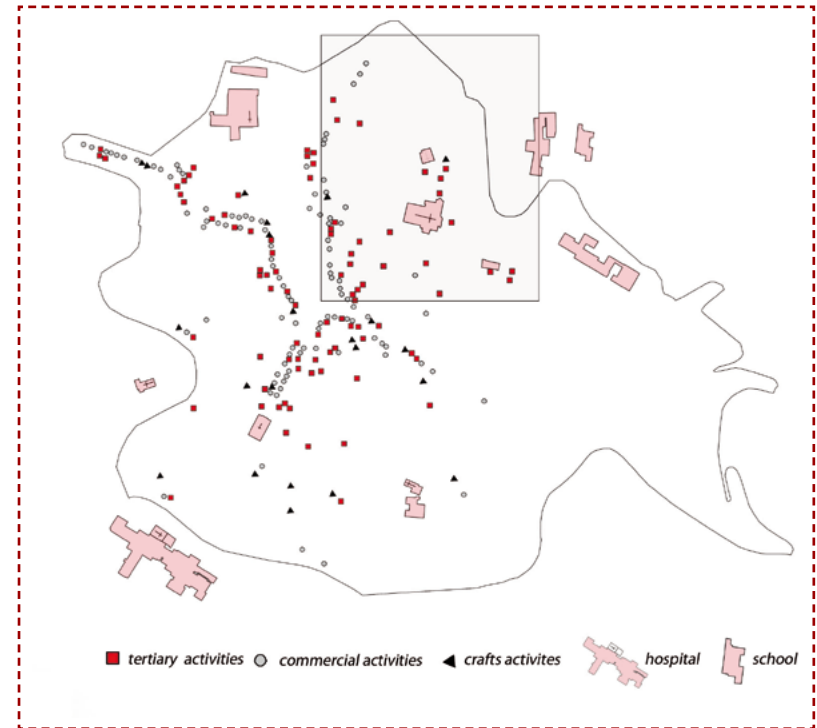
Numero di anziani per bambino



Vuoti/pieni + ruderi



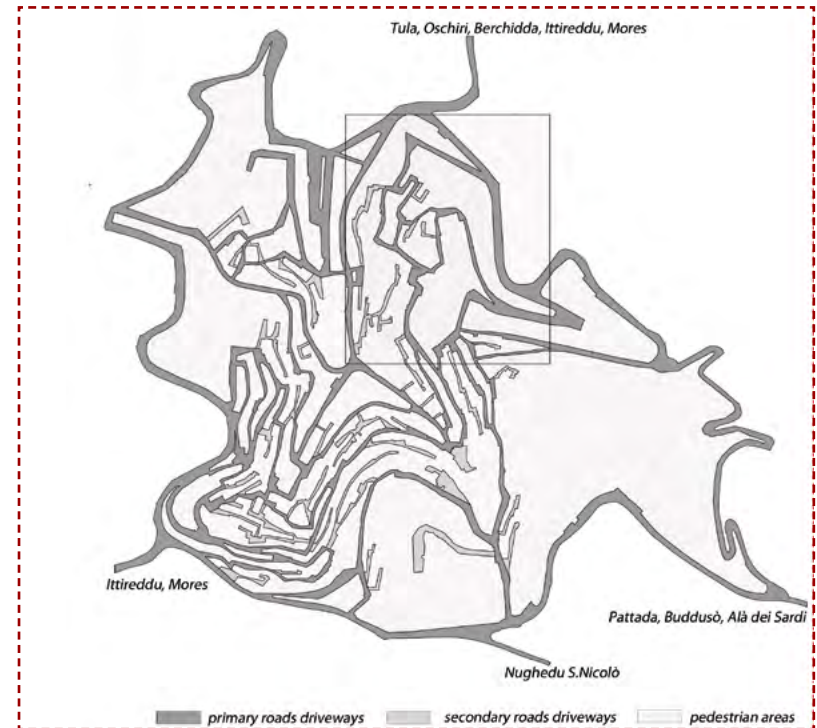
Servizi e attività commerciali



Verde pubblico e privato



Viabilità



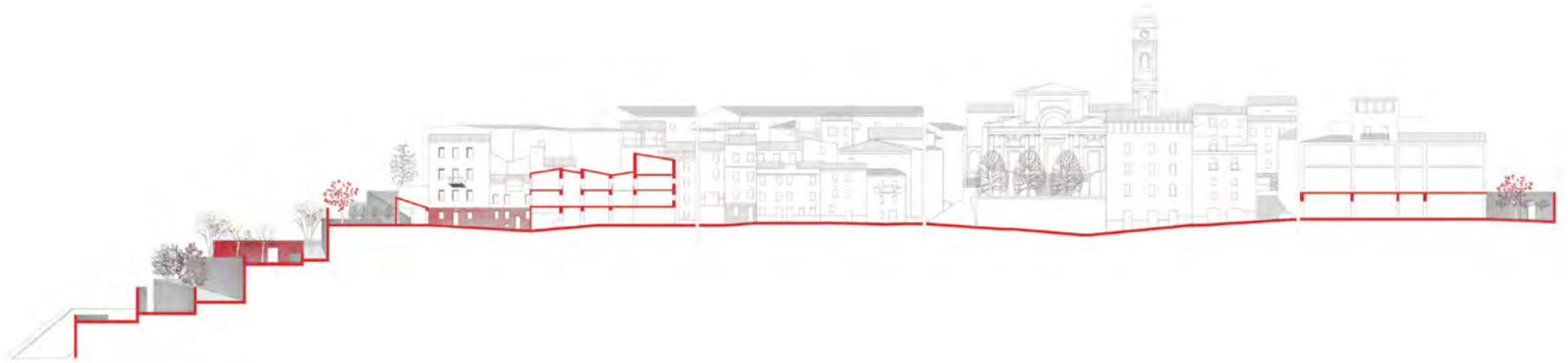
PROGETTO_ i tre percorsi anulari



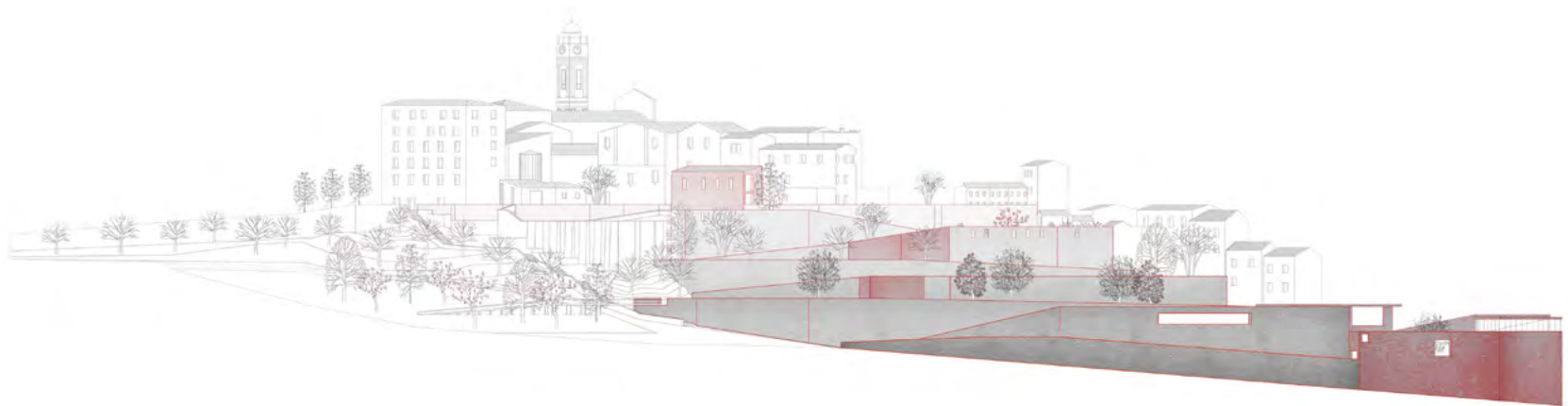
PROGETTO_ planimetria generale



PROGETTO_ sezioni prospetto longitudinali

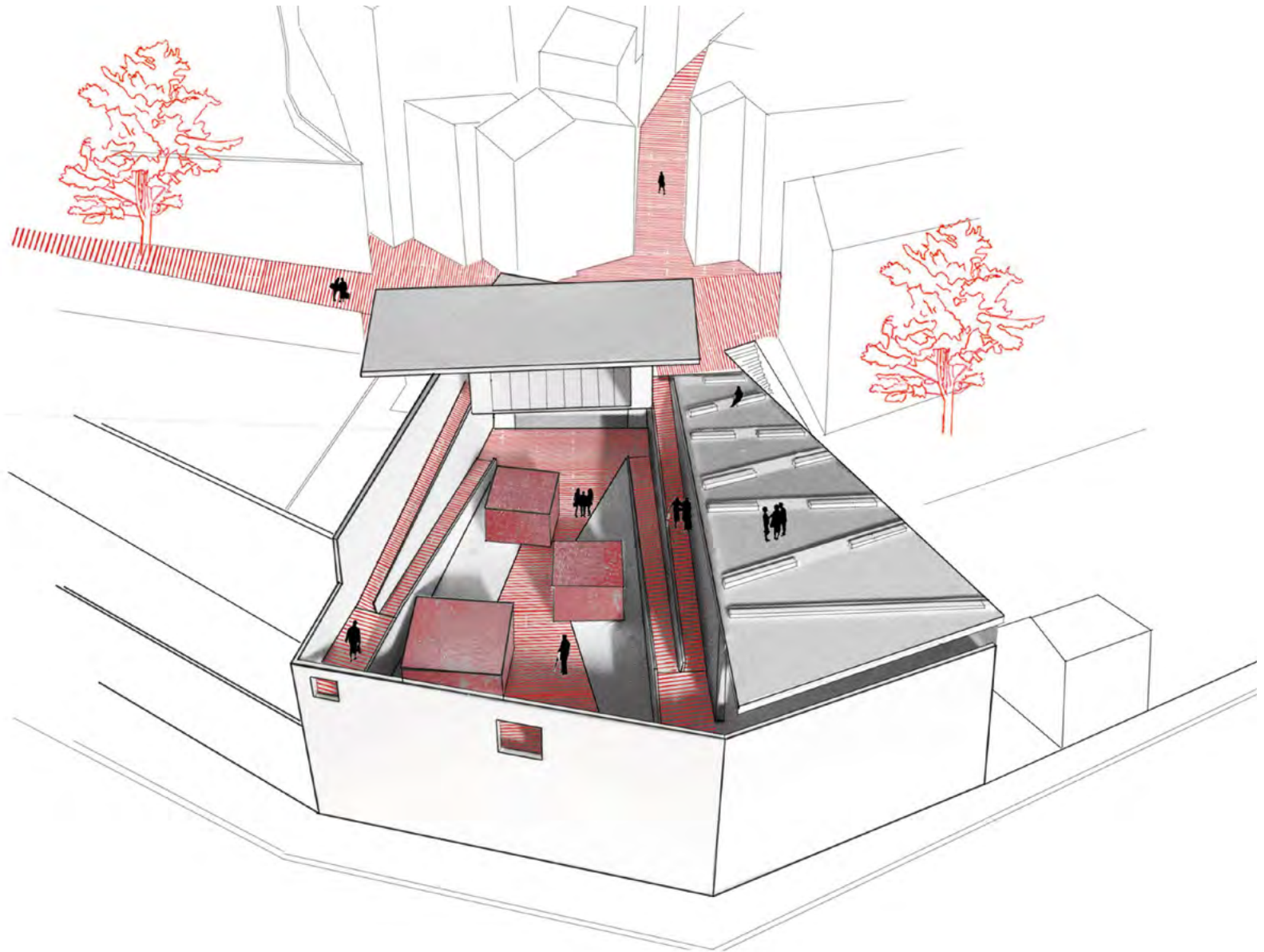


Fronte nord ovest - sud est

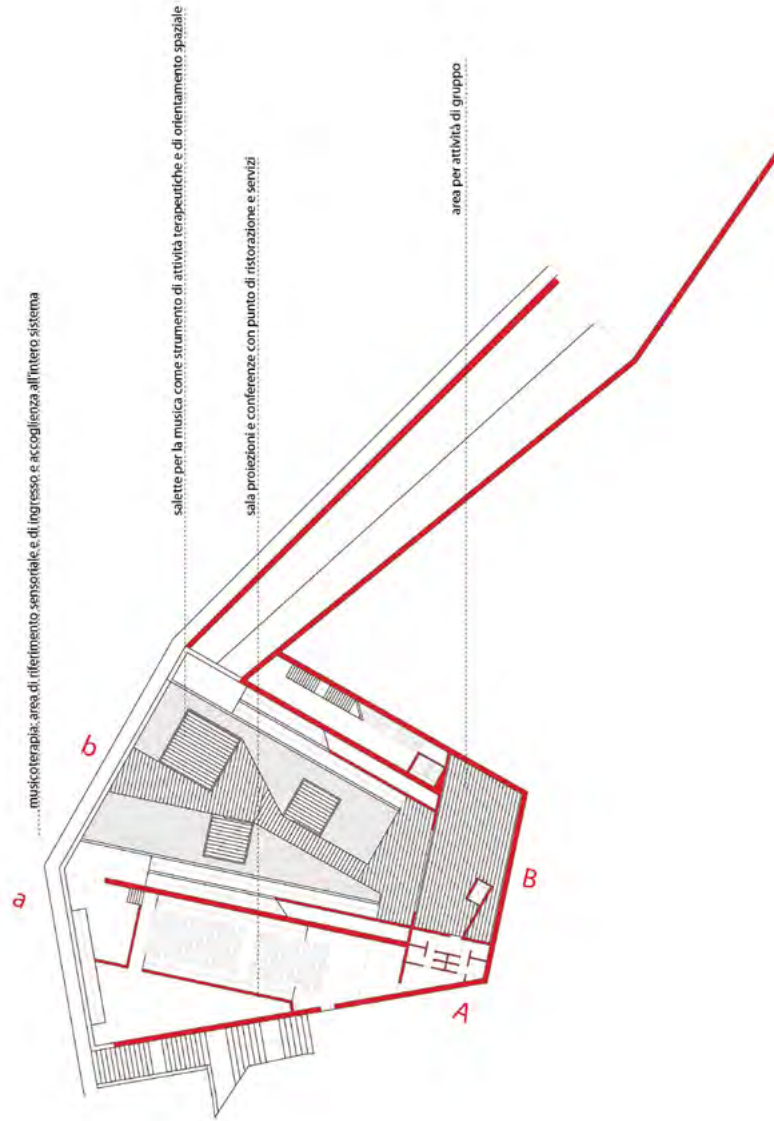


Fronte ovest - est

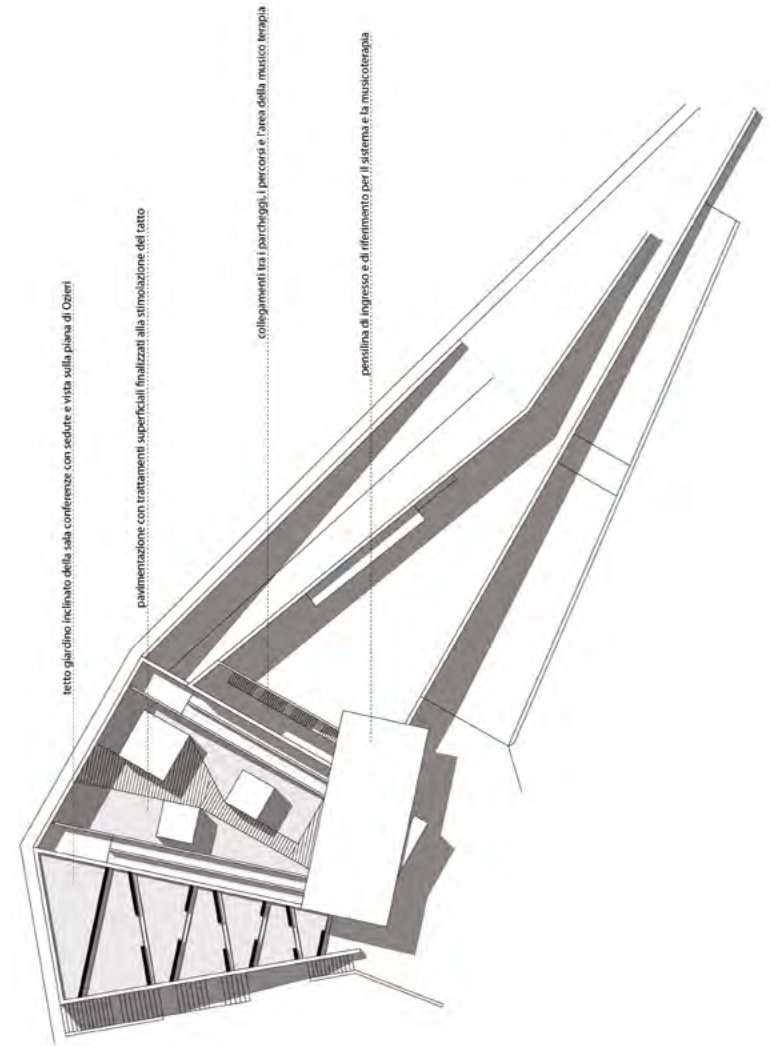
PROGETTO_area musicoterapia



PROGETTO_area musicoterapia



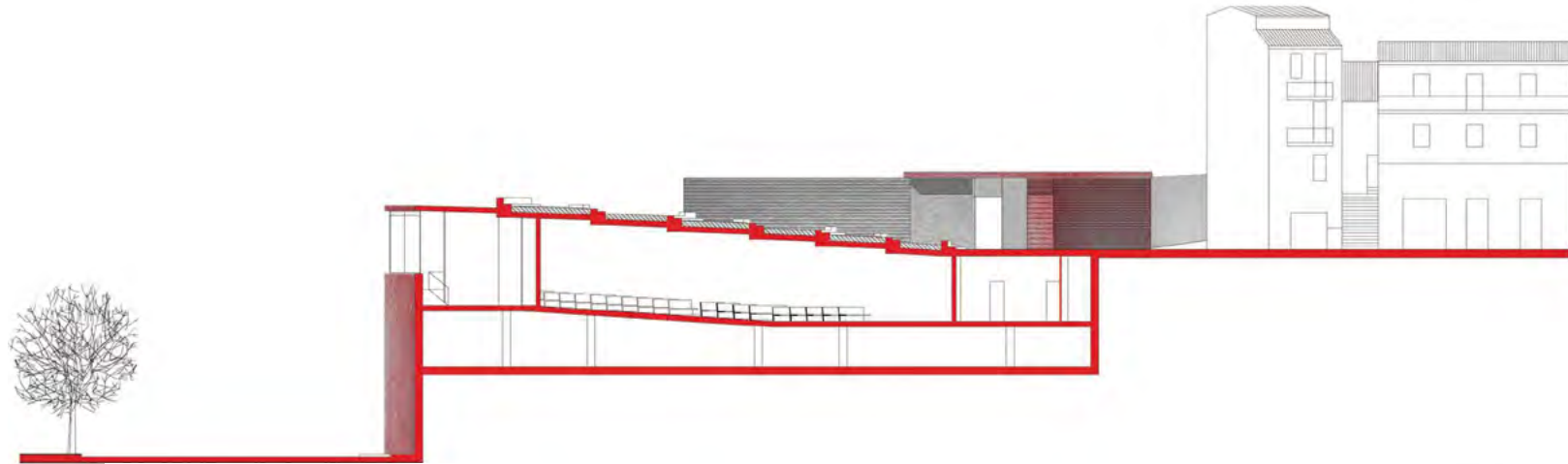
Pianta quota - 4,5 m



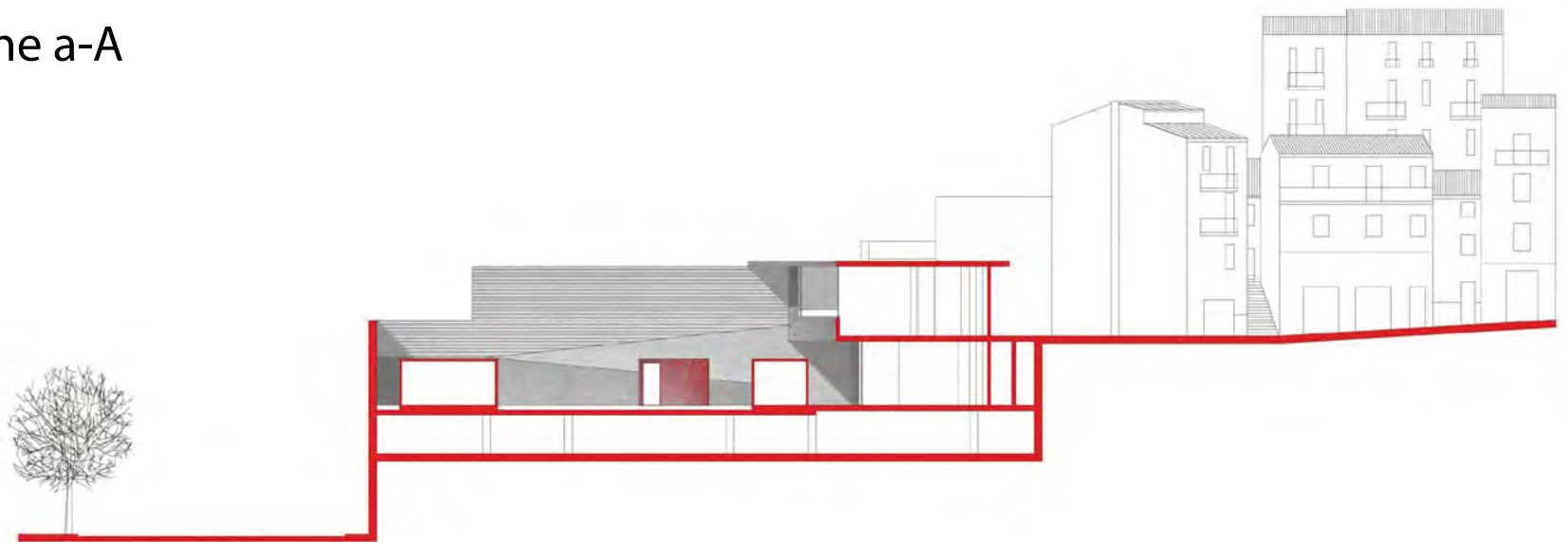
Pianta quota 0 m



PROGETTO_area musicoterapia

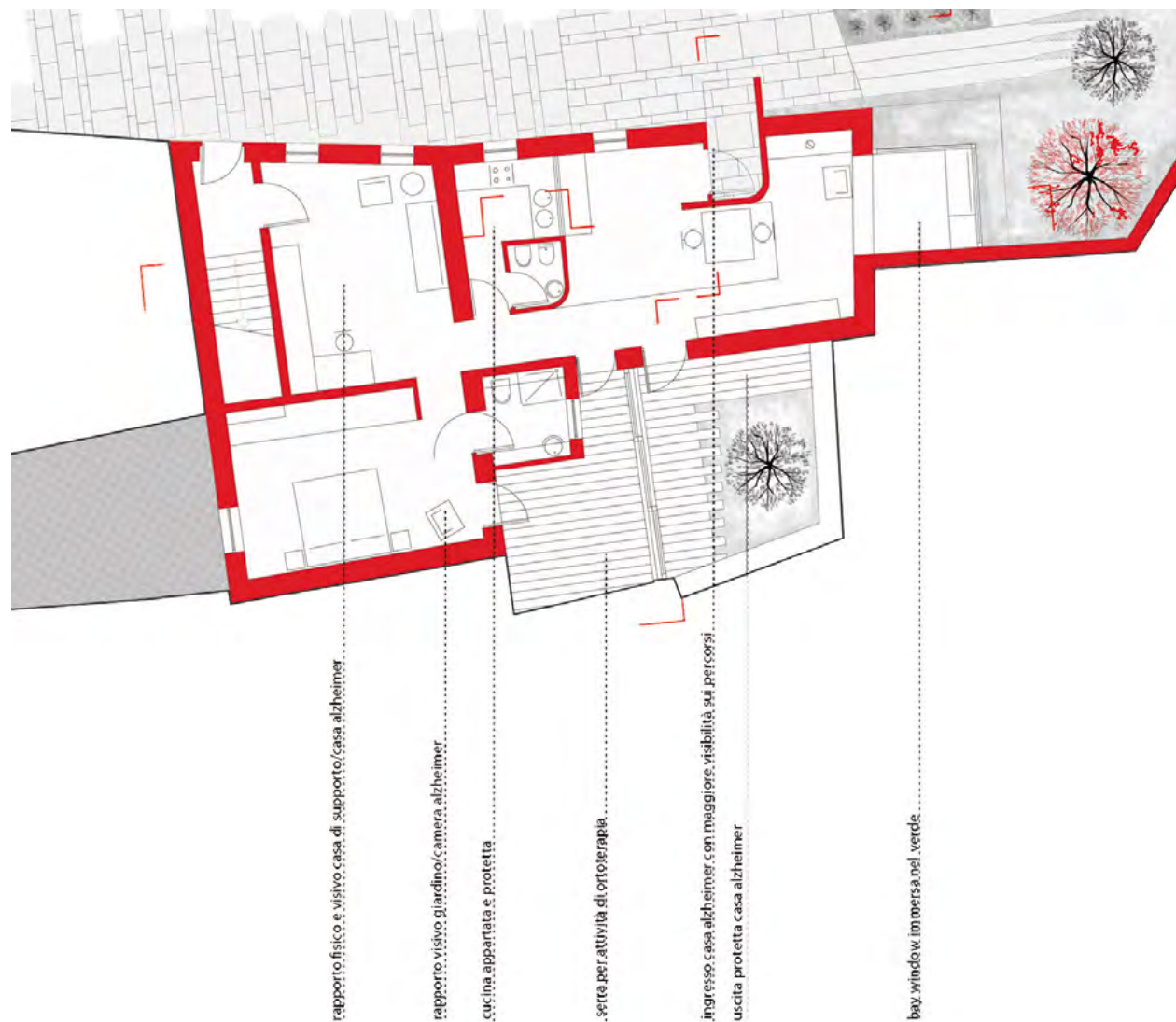


Sezione a-A



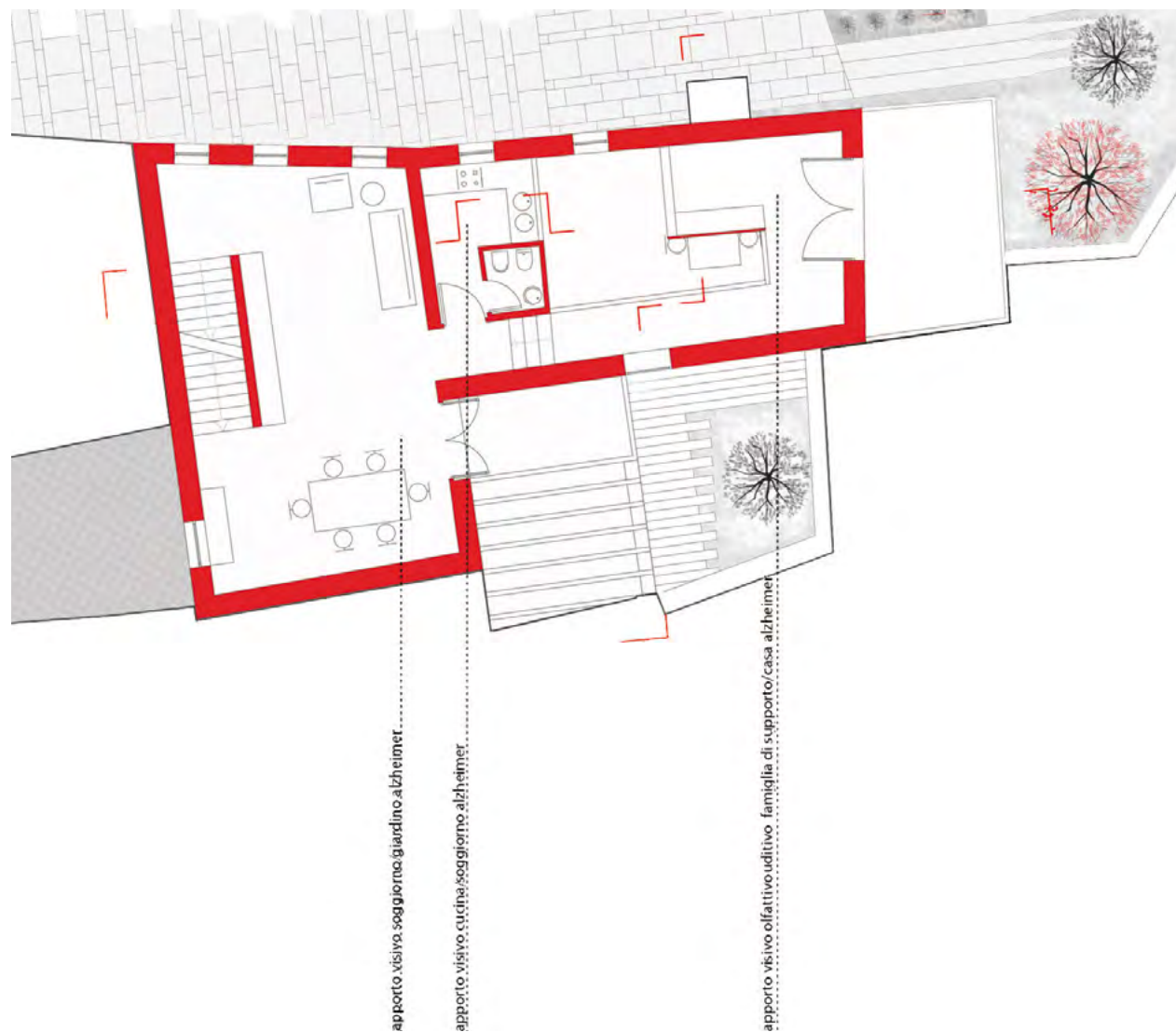
Sezione b-B

PROGETTO_ abitazione Alzheimer + famiglia di supporto



Piano terra abitazione Alzheimer

PROGETTO_ abitazione Alzheimer + famiglia di supporto



Piano primo abitazione famiglia di supporto

PROGETTO_ abitazione Alzheimer + famiglia di supporto

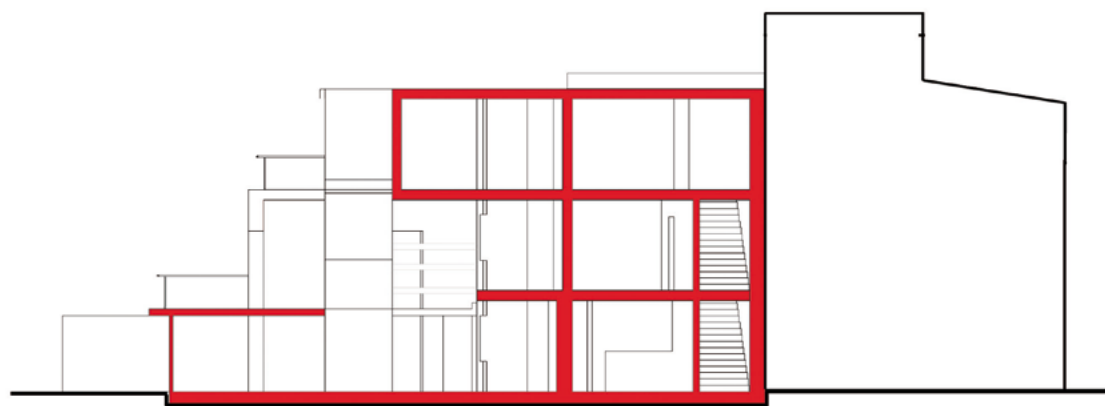
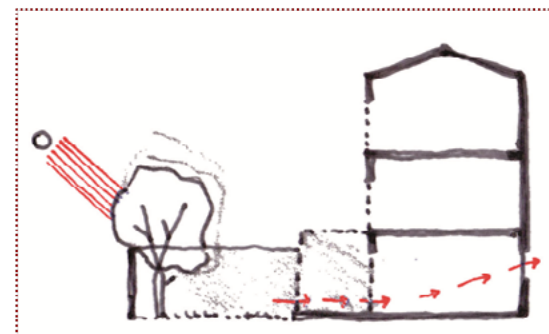
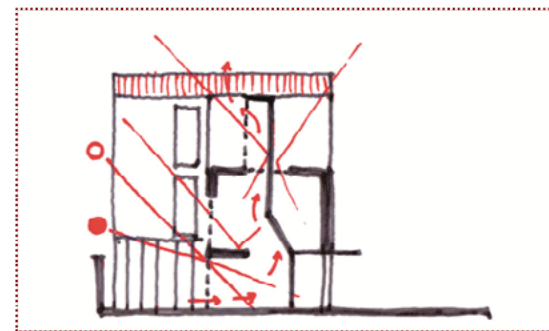
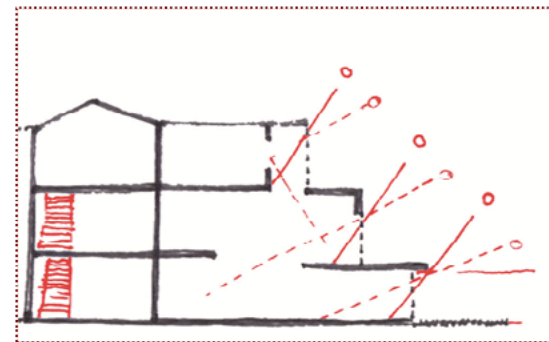


Piano secondo abitazione famiglia di supporto

PROGETTO_ abitazione Alzheimer + famiglia di supporto



Prospetto frontale



Sezione longitudinale

Schemi bioclimatica

PROGETTO_ abitazione Alzheimer + famiglia di supporto

Sezione trasversale



PROGETTO_viste fotomontaggi plastici

Il parco sensoriale



PROGETTO_viste fotomontaggi plastici

Casa Alzheimer e art café



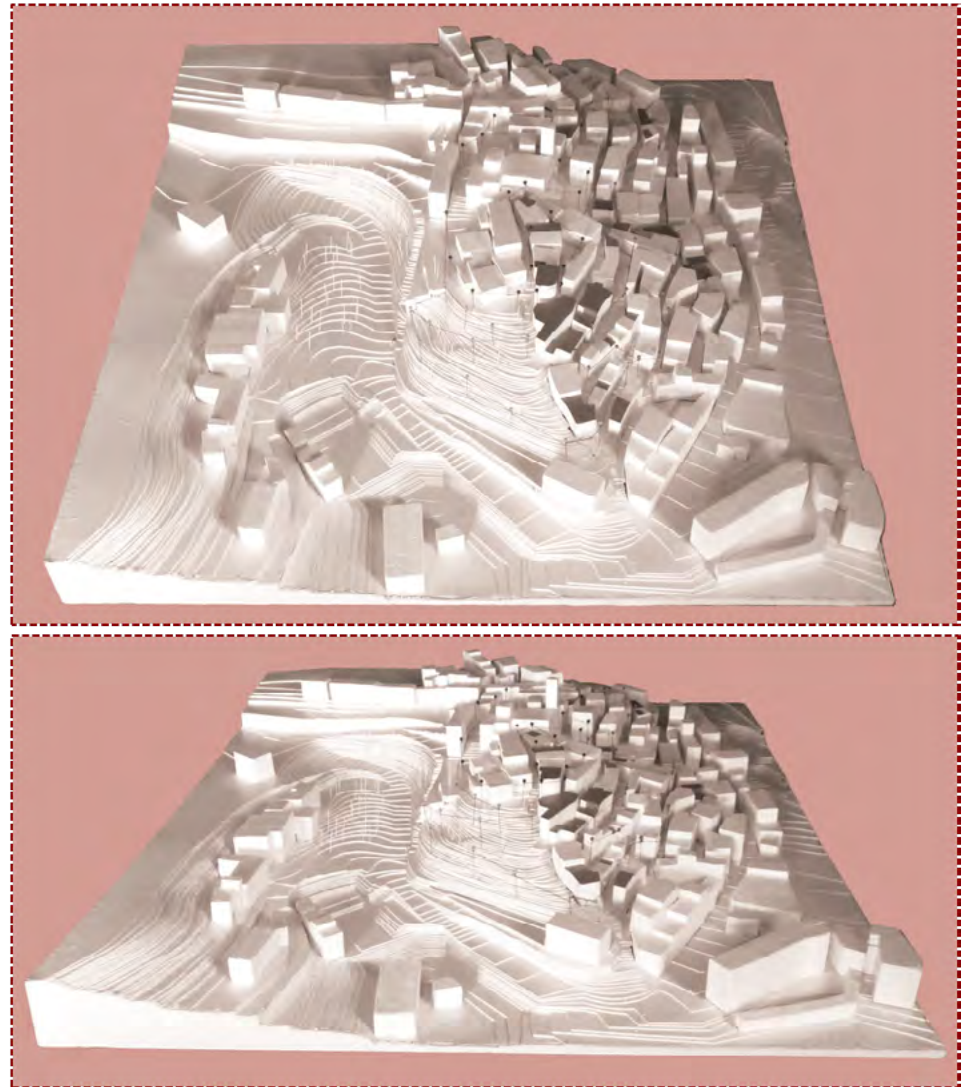
PROGETTO_viste fotomontaggi plastici

Via del centro storico



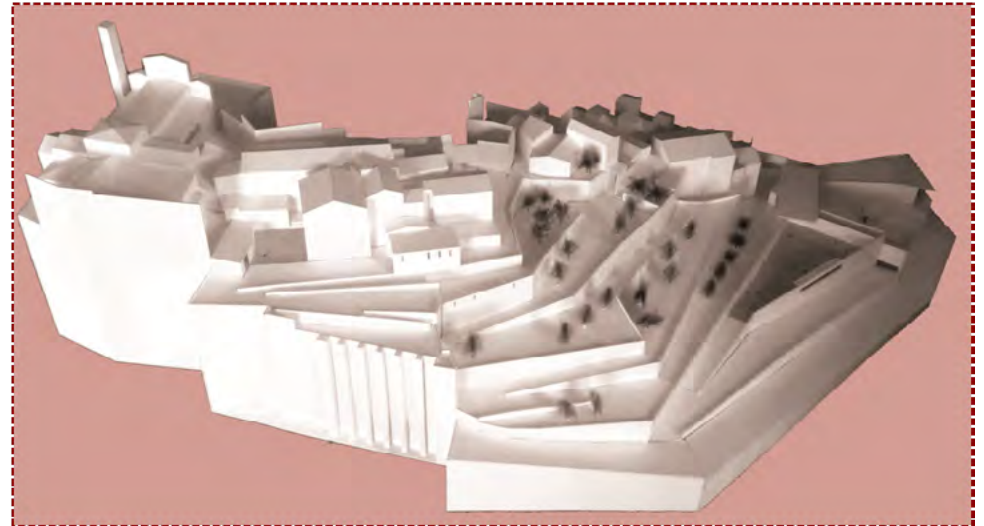
PROGETTO_viste fotomontaggi plastici

Foto plastici



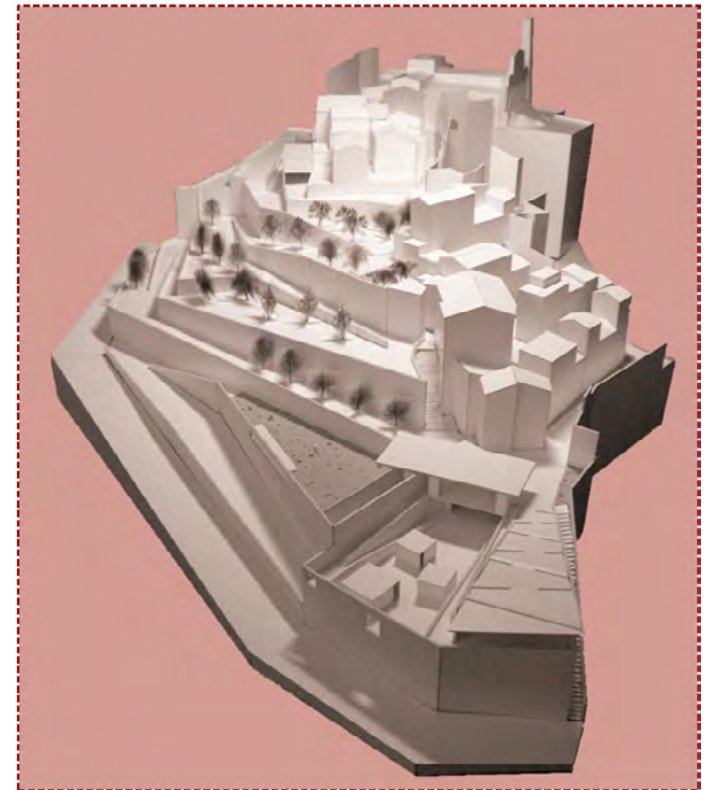
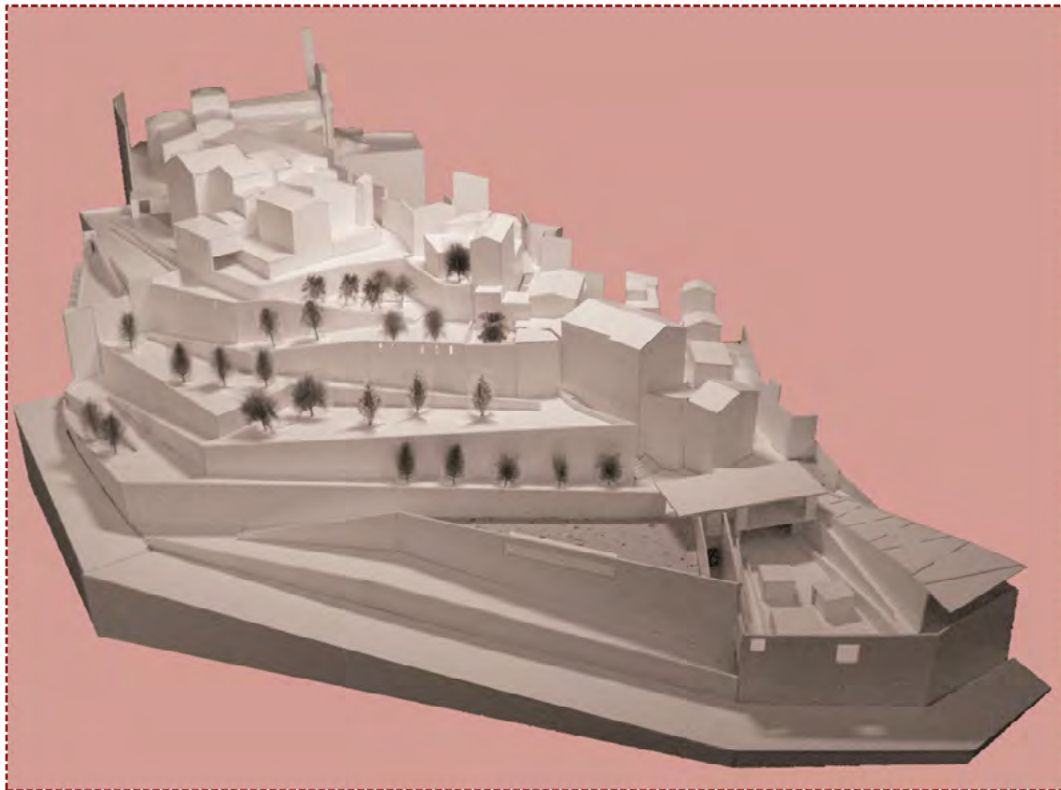
PROGETTO_viste fotomontaggi plastici

Foto plastici



PROGETTO_viste fotomontaggi plastici

Foto plastici



A photograph of a red gravel path. In the upper left, a tree trunk is visible. In the middle left, a metal grate is set into the gravel. In the lower left, a person's black shoes are visible. The background is a solid red color.

Vita in città di A.

L'abitare dell'anziano oltre una progettazione a *isola*:
sicurezza, inclusività, orientamento

Tesi di dottorato di Giuliana Frau



Chi è A. ?

A. è l'anziano malato di Alzheimer (e in questo modo sarà spesso indicato all'interno del testo) **al primo stadio della malattia**

Perchè A. ?

Per la sua condizione, che presenta **caratteristiche comuni** a quelle del **processo di normale invecchiamento cerebrale**, esiste una grossa **carenza di soluzioni progettuali per l'abitare**

Motivazioni, obiettivo e contesto di riferimento della ricerca

Motivazioni

- **Sensibilizzazione al tema** della “disabilità fisica e mentale” e del ruolo che può giocare il progetto dello spazio
- **Rilevanza del fenomeno** dell’invecchiamento della popolazione e delle conseguenti problematiche legate all’aumento di malattie neurodegenerative
- **Limitatezza di soluzioni progettuali per lo spazio pubblico** destinate a supportare l’*Aging in place* e l’indipendenza di A. per un tempo più lungo

Obiettivo

- **Migliorare l’accessibilità urbana di A. attraverso il progetto della mobilità pedonale**

Contesto

- **Ambito spaziale** è l’**Europa**, che presenta i valori più alti per gli indici di vecchiaia e di dipendenza senile
- **Ambito temporale** è il periodo compreso **tra il 1960** (anno del primo *Retirement Village*, Sun City, Arizona) **e oggi** (nascita dei primi programmi per le *Dementia-Friendly Communities*)



I. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e l'(altro) abitare di A.

Scenario di riferimento: contiene motivazioni e argomentazioni che supportano la tesi e solleva le domande a cui la ricerca mira a rispondere



II. Dal modello *a isola* al modello *integrato*

Le forme dell'abitare di A.: analizza lo stato attuale dell'abitare di A. in Europa, evidenziandone le criticità



III. Vita in città di A.

Sicurezza, inclusività, orientamento topografico

Proposta di approccio progettuale: illustra una nuova visione dell'abitare di A. in città e indica alcune strategie per attuarla

Conclusioni

A. come soggetto privilegiato per il progetto dello spazio pubblico

Fornisce nuovi strumenti per il progetto e spunti per la ricerca



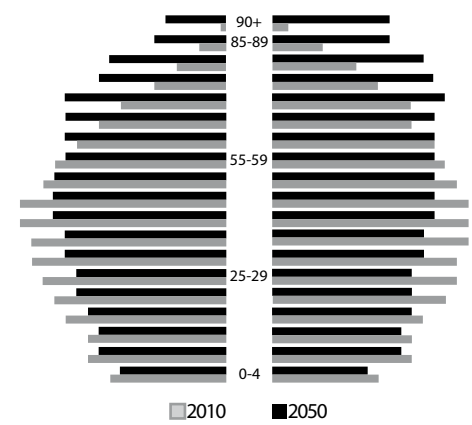
Scenario di riferimento

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e l'(altro) abitare di A.

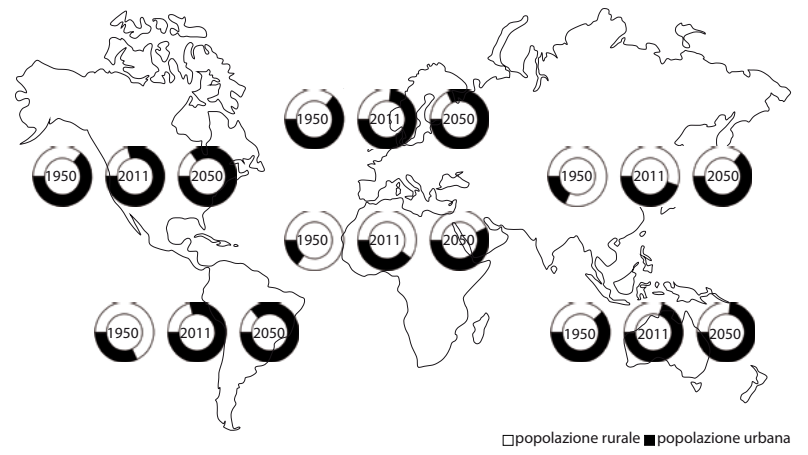
Invecchiamento e urbanizzazione

Dati

Invecchiamento popolazione



Urbanizzazione



Politiche e programmi

Active and Healthy Aging
Aging in Place

Abitare significa costruire una relazione significativa con l'ambiente circostante

Denotano il **luogo** e stimolano il “**senso di appartenenza**”.
Il riconoscimento di un luogo sul piano razionale ed emotivo è quanto permette di abitarlo (*La poetica dello spazio, Bachelard 1975*)

invecchiamento
e
urbanizzazione

l'abitare

cosa è l'abitare?

Identificazione
e orientamento

L'(altro) abitare o il non abitare di A.?

Il rapporto uomo-
mondo

Da un punto di vista medico, la **relazione tra l'uomo e l'ambiente** circostante si articola in tre fasi interconnesse:

1. Sensazione-percezione spontanea
2. Cognizione riflessione
3. Azioni di risposta agli stimoli

I tre livelli dell'abitare

Si possono leggere **tre diversi livelli dell'abitare** che enfatizzano, ciascuno, alcune componenti:

1. le capacità sensoriali (livello fisico-sensoriale-emotivo-motorio)
2. i processi cognitivi complessi (livello cognitivo-riflessivo)
3. le interazioni sociali tra l'uomo e i suoi simili (livello sociale)

L'(altro) abitare
o il non abitare
di A.?

La compromissione progressiva delle funzioni cognitive superiori in A. induce a considerare il 2° livello dell'abitare come più difficile. **Le caratteristiche fisiche e sociali dell'ambiente** permettono ad A. di abitare solo se sono **SALIENTI** e **PERCEPIBILI IN MANIERA DIRETTA E SPONTANEA**



Le forme dell'abitare di A.

Dal modello *a isola* al modello
integrato

Analisi sull'abitare di A.

ipotesi

Si ipotizza che gli interventi attuali e passati facciano riferimento a modelli escludenti e segreganti, che siano limitati all'ambito residenziale e che il principale requisito cui rispondono sia la sicurezza

modello *a isola*
e modello *integrato*

La lettura delle forme dell'abitare di A. attraverso 3 categorie di progetto (dimensione di scala, funzione e gestione) e in riferimento alle diverse forme di autosufficienza dell'anziano

fa emergere

_il modello *a isola*, che produce comunità esclusive e chiuse, alternative alla città

_il modello *integrato*, che agisce direttamente sulle dinamiche urbane della *città di tutti i giorni*

Analisi sull'abitare di A.

scelta casi studio

rilevanza internazionale

grado di innovazione

rappresentatività tematica

contesto geografico di riferimento

Sun City



DF Communities



De Hogeweyk



RSA Alcacér do Sal



analisi di dettaglio finalizzata a indagare il grado di integrazione con lo spazio urbano circostante

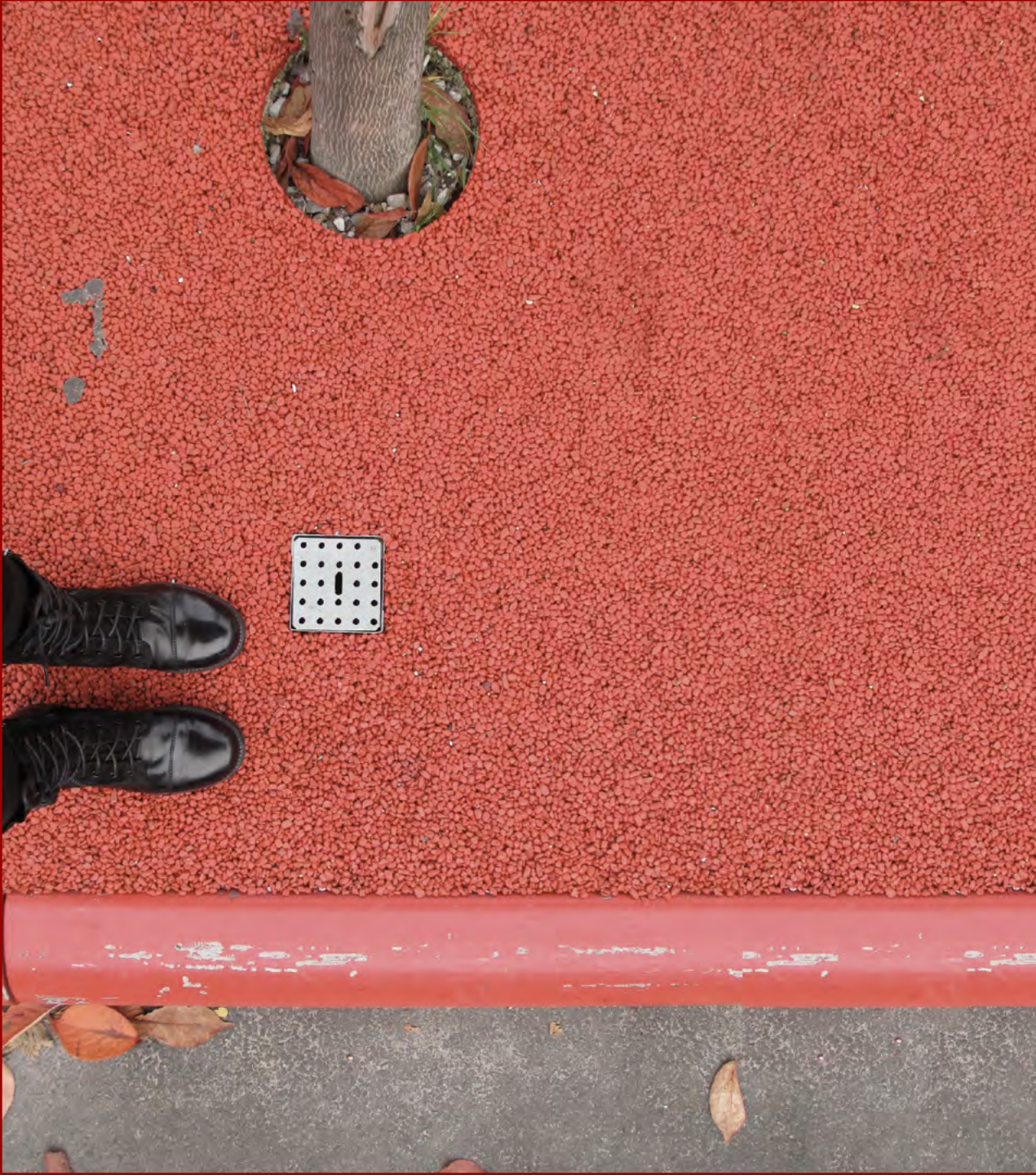
Critiche sull'abitare di A.

Risultati dell'analisi

È emerso non solo che il modello *a isola* è quello più diffuso, ma anche che quello *integrato* allo stato attuale rischia di essere poco realizzabile e scarsamente efficace

L'analisi di dettaglio delle due strutture di Alcacèr do Sal e di De Hogeweyk ha messo in evidenza che le caratteristiche fisiche dello spazio esterno rispondono positivamente ai requisiti necessari per l'integrazione della struttura con la città e che la creazione di spazi escludenti è la risposta a una particolare maniera di concepire gli spazi dell'anzianità e della disabilità.

L'eccessiva attenzione alla salvaguardia della sicurezza tipica del modello *a isola* ha, come controcena, una riduzione non solo della libertà dell'individuo, in quanto produce spazi segreganti ed escludenti, ma anche della sicurezza stessa: indebolisce chi vive dentro l'isola sia perché gli impedisce di sviluppare difese contro i pericoli esterni (esempio del bambino dentro il box) sia perché ne rende nota la fragilità agli altri (esempio delle isole di sicurezza nella metropolitana di New York).



Vita in città di A.

Sicurezza, inclusività, orientamento

Vita in città di A.

Prende vita dall'analisi delle condizioni e delle **esigenze specifiche di A.** e dalla **critica dell'attuale offerta di modelli abitativi**

Il primo requisito per accedere alla città è la possibilità di muoversi autonomamente:
mobilità pedonale accessibile ad A.

Introduzione di una terza categoria di progetto
Sicurezza e Inclusività + Orientamento topografico

La categoria dell'Orientamento topografico non è solo **necessaria** ma addirittura **indispensabile**:

Se A. Si perde mentre si muove in città, diminuiscono anche la Sicurezza e l'Inclusività

Diritto e necessità
di abitare la città

Novità della
proposta

definizione

La sicurezza urbana riguarda l'**assenza di rischi**, reali o percepiti, presenti in un determinato ambiente e può essere letta secondo tre diversi livelli ontologici:

Sicurezza fisica

Ricerca comunitaria PROMPT

Barriere architettoniche e sensoriali (la città senza barriere)

problematiche determinate da: dimensione dei marciapiedi; stato delle pavimentazioni; collocazione degli attraversamenti pedonali e dei parcheggi delle auto; illuminazione; presenza e collocazione delle aree di sosta e dei servizi; divisione o condivisione della sezione stradale con altre categorie di utenti

Sicurezza psicologica

Costanzi 2005

Burton 2006

Alzheimer's Society 2013

Cura della qualità ambientale degli spazi (la città curata)

evitare disagio e malessere, attraverso: pulizia e ordine delle strade; presenza di spazi verdi e di infrastrutture "lente"; controllo dei livelli sonori; leggibilità e semplicità del layout e delle forme spaziali; presenza di punti di soccorso e di aiuto con personale istruito sulla demenza

Sicurezza sociale

Jacobs 1961

Gehl 1971

Rafforzamento del controllo sociale (la città controllata)

ridurre il rischio di subire maltrattamenti fisici o psichici da parte di altre persone, attraverso: livelli di vitalità delle strade e dei marciapiedi e sulla permeabilità dei piani terra degli edifici

definizione

Possibilità di **partecipare** alla vita comunitaria e di sentirsi parte attiva.

L'assenza di partecipazione può dare origine alla solitudine, intesa secondo i significati negativi dell'isolamento, dell'abbandono e del disorientamento:

isolamento

Gehl 2010

Glaser 2012

Rafforzamento dei contatti sociali diretti e indiretti (visivi e uditivi) attraverso la permeabilità tra interno ed esterno: aperture, balconi, cortili

oblio

Donaggio 2013

Müller 2013

Rafforzamento degli stimoli e della partecipazione attiva attraverso il progetto dello spazio pubblico come luogo di invito all'azione (*The Warm City*)

spaesamento

Gehl 2010

Hall 1966

Importanza della dimensione e della scala umana dei luoghi attraverso una progettazione che tenga conto delle capacità percettive umane

definizione

Secondo Arthur e Passini (1992), il modo migliore per definire il Wayfinding è interpretarlo come una capacità di *Spatial Problem Solving*

criticità

È la **categoria più complessa per l'abitare di A.** perchè richiede l'utilizzo di numerose **funzioni cognitive** (memoria, linguaggio, coscienza, ragionamento, visione e percezione), che nella malattia di Alzheimer vengono **compromesse** in maniera progressiva, anche se con tempistiche diverse a seconda delle aree cerebrali interessate e del livello di avanzamento della malattia (Ravizza 2004)

revisione
bibliografica
wayfinding

Lynch 1960
Siegel e White 1975
Arthur e Passini 1992
O'Keefe 1996
Montello 1998
Golledge 1992,1999
Pazzaglia et al. 2000
Nori e Piccardi 2010

Conoscenza topografica e modelli teorici di acquisizione delle informazioni spaziali:

Landmark, Route, Survey

Conoscenza egocentrica e conoscenza allocentrica

Alzheimer's Disease e orientamento topografico

capacità residue di
A.

familiarità
sensoro-spaziale
sensoro-motoria

orientamento
percettivo
spontaneo

Burton 2006
Gale 1990
Palma 2004
Passini 2000
Ravizza 2004
Tversky 2003

Nella malattia di Alzheimer la **memoria procedurale** mantiene le sue funzionalità per un tempo più lungo e la **memoria dichiarativa si indebolisce a partire dai ricordi più recenti**

È lecito 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 e che riconosca i luoghi e gli oggetti quanto più questi hanno **radici profonde nella sua memoria**

Si basa sul principio che sia **l'ambiente a farsi notare e riconoscere in maniera immediata**, senza richiedere la presenza cosciente e il ragionamento da parte dell'uomo

Elementi base per le strategie di orientamento percettivo spontaneo sono i **landmark** (o riferimenti ambientali) e le **azioni motorie** (reali o simulate) necessarie per lo spostamento da un punto a un altro dello spazio urbano

Qualità spaziali fondamentali per il *wayfinding* delle persone con demenza: **familiarità, leggibilità, singolarità**

Orientamento percettivo spontaneo

riferimenti effimeri
e non effimeri





ORIENTAMENTO PERCETTIVO SPONTANEO A BARCELONA

Quattro modelli spaziali

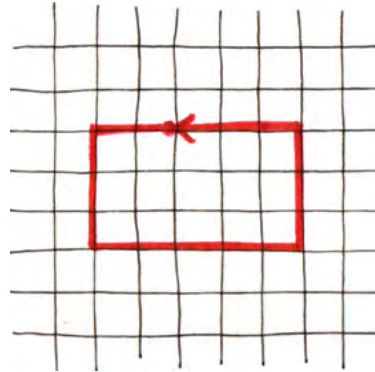
anello

gradiente

area

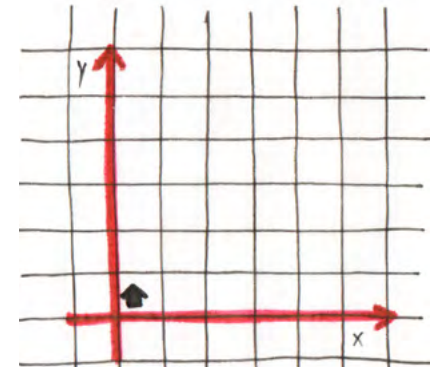
punti

anello



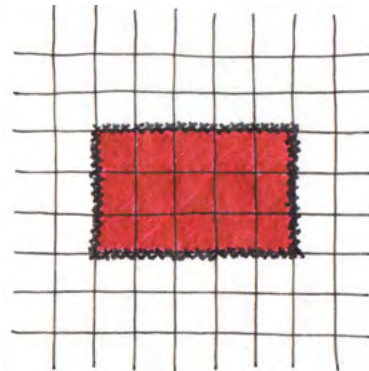
percorso predefinito
anello: ritorno al punto di partenza

gradiente



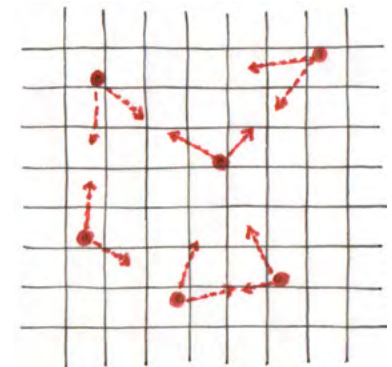
percorso libero
x e y: riferimenti generali e particolari

area



percorso libero protetto
area e margine

punti



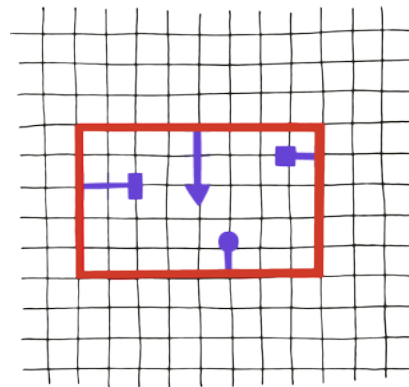
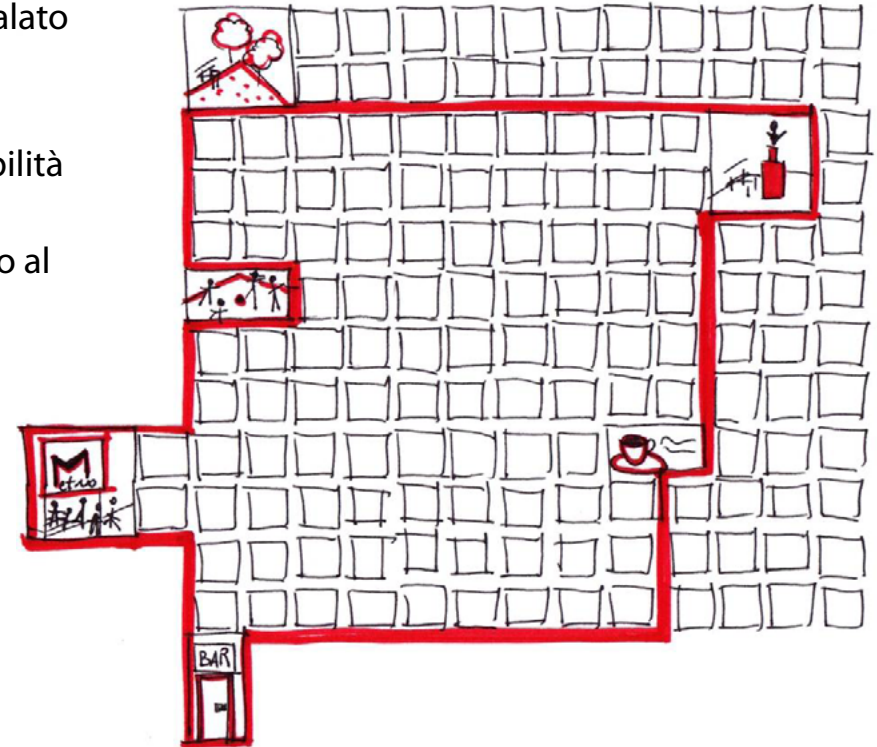
percorso suggerito
relazione tra punti di riferimento

definizione

caratteristiche

L'anello è un modello spaziale rappresentato da una **linea chiusa**

- percorso preciso e ben segnalato rispetto al contesto
- potere attrattivo e riconoscibilità
- singolarità e diversità rispetto al contesto
- collegamento con elementi attrattivi, punti di interesse, soste, servizi



Accessi:
distribuzione e
riferimenti

_forma e dimensionamento

_relazione con i luoghi d'interesse circostanti

_attraversamento della strada carrabile

_collocazione accessi interni ed esterni

_accostamento anelli



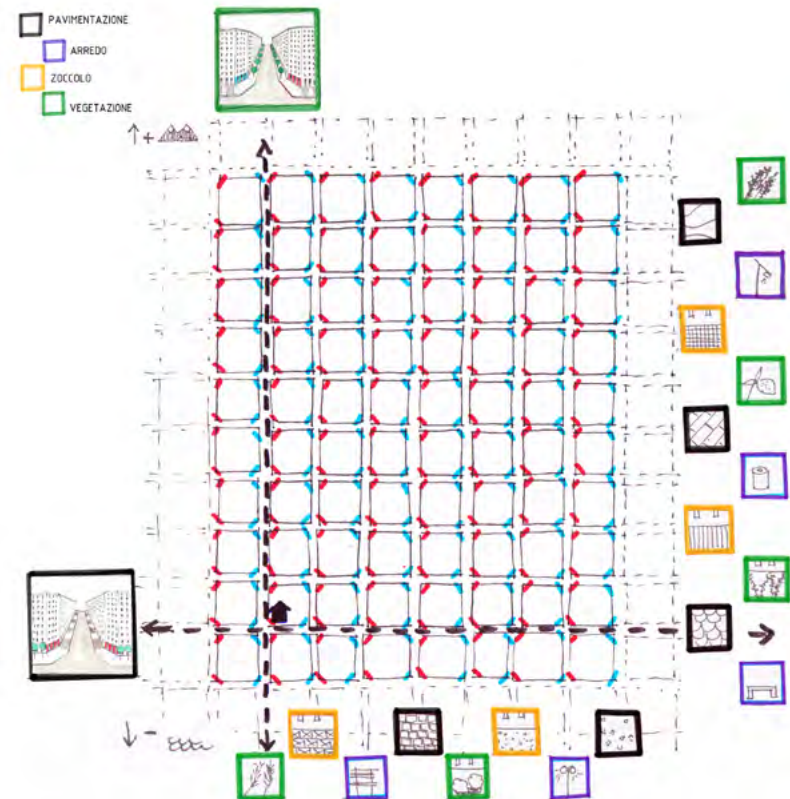
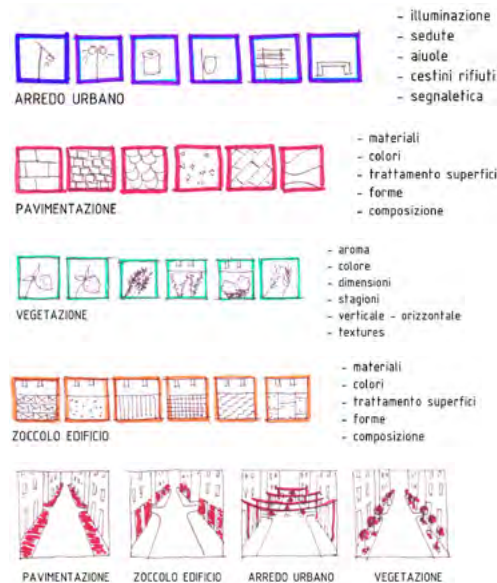
definizione

Il gradiente è un modello spaziale rappresentato da un **sistema di assi cartesiano bidimensionale** in cui i due assi rappresentano ciascuno un riferimento di ordine generale (alto-basso, destra-sinistra) mentre le singole variabili x e y rappresentano riferimenti di ordine particolare

caratteristiche

- passeggiate libere
- no *loop* interni
- punto d'origine degli assi posizionato sull'abitazione di A.

temi progettuali di differenziazione



_determinazione dei riferimenti generali

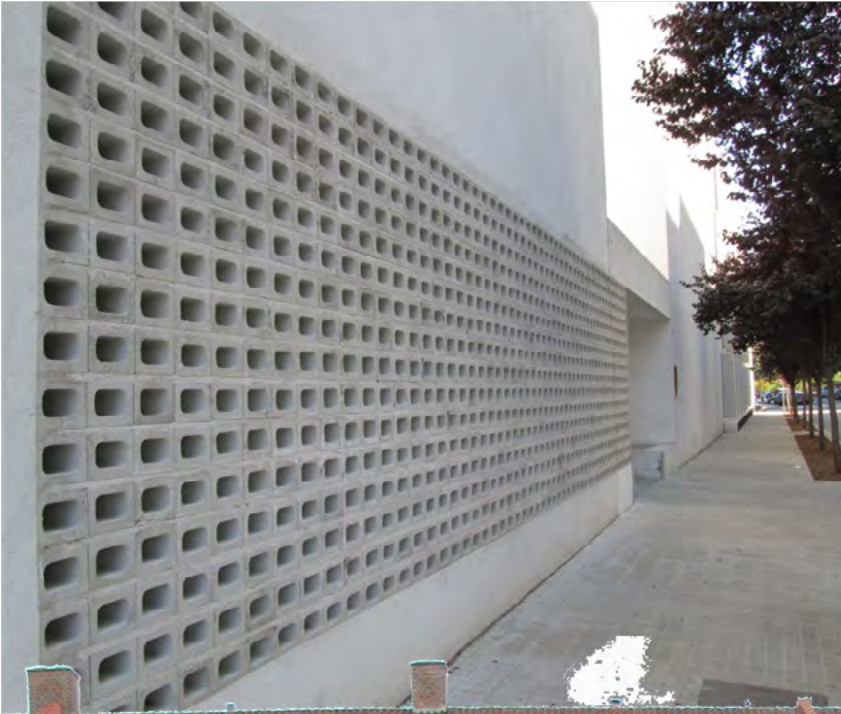
_determinazione dei riferimenti particolari

_dispersione

_percezione della gradazione





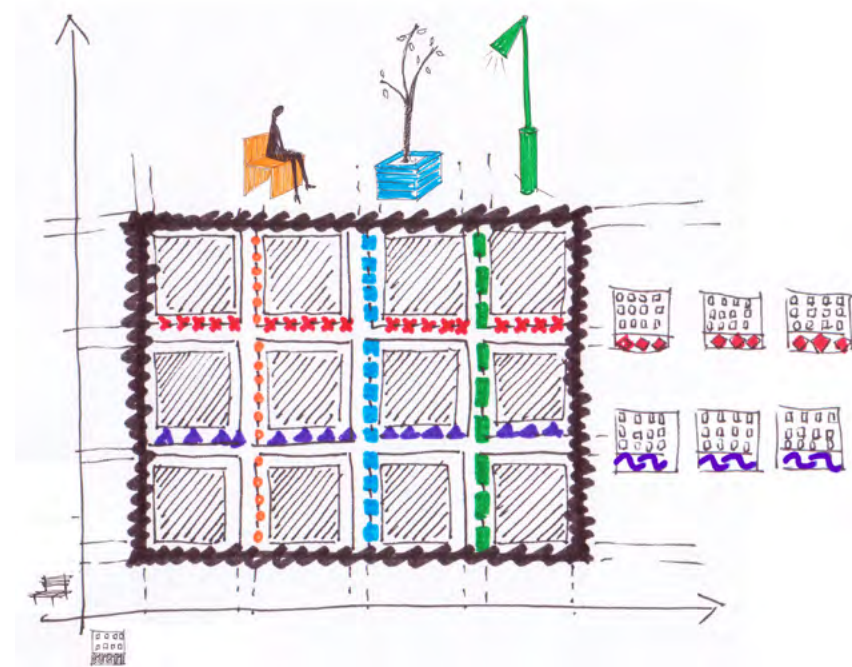


definizione

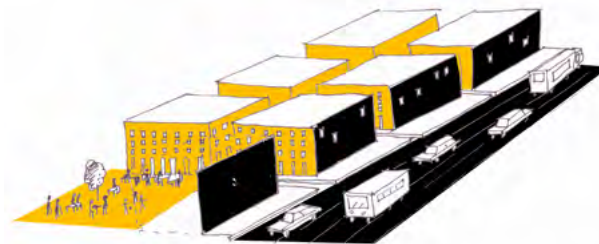
L'area è un modello spaziale costituito da una **porzione di piano delimitata da confini**

caratteristiche

- confine percettivo invalicabile
- libertà di movimento in area delimitata
- riferimenti generali e particolari
- contrasto acceso / spento



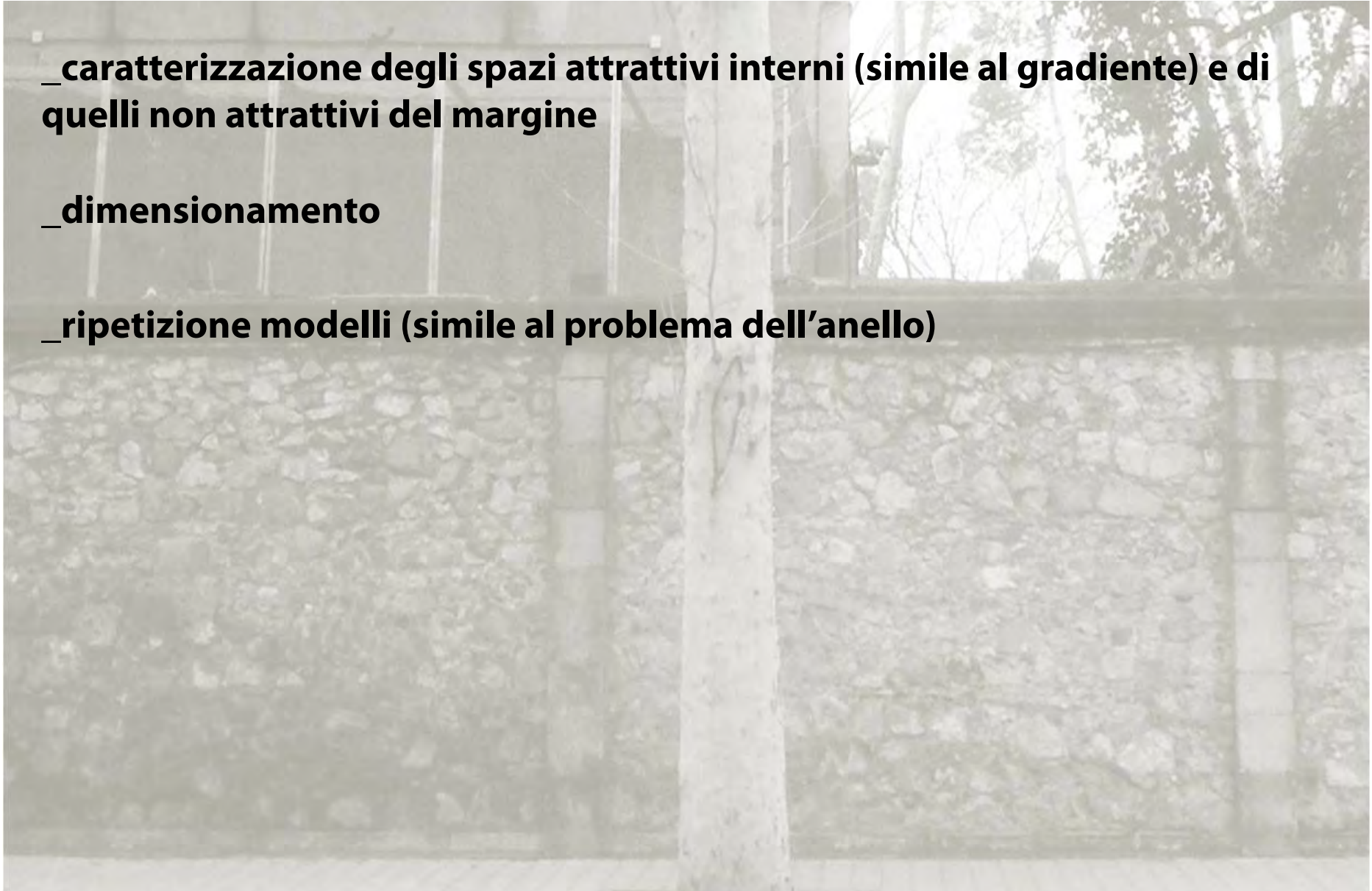
il margine



_caratterizzazione degli spazi attrattivi interni (simile al gradiente) e di quelli non attrattivi del margine

_dimensionamento

_ripetizione modelli (simile al problema dell'anello)

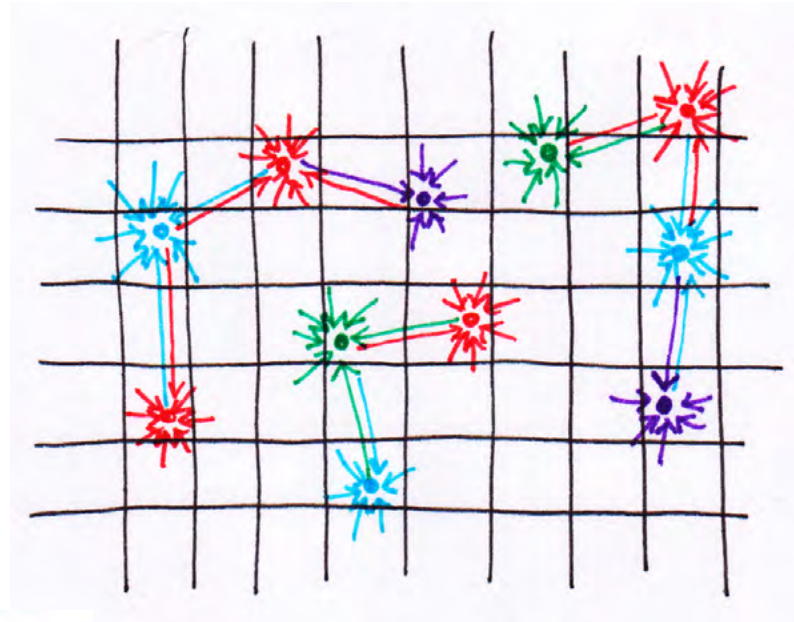


definizione

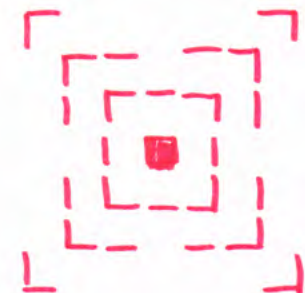
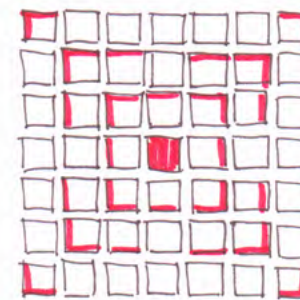
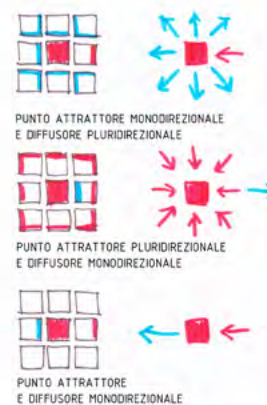
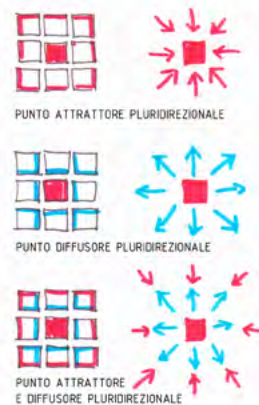
I punti sono un modello spaziale costituito da **elementi singoli e rilevanti** rispetto a uno sfondo omogeneo e dialoganti tra loro per insiemi

caratteristiche

- potere attrattivo e riconoscibilità
- espansione della forza attrattiva
- catalizzatori di passeggiate



forza attrattiva del punto e formazione di insiemi di punti



_modalità di espansione della loro forza attrattiva

_formazione degli insiemi di punti

_problema dei *loop* interni

_dispersione



Vantaggi e svantaggi dei quattro modelli spaziali

V

X

sicurezza del percorso
perché limita al massimo il rischio di dispersione

obbligatorietà del percorso che costringe l'anziano a fare **sempre la stessa passeggiata**

consente di effettuare **passeggiate libere e differenziate**

rischio della **dispersione**

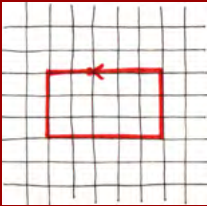
consente di effettuare **passeggiate libere e differenziate con basso rischio di dispersione**

riduce lo spazio di movimento (**confinamento**)

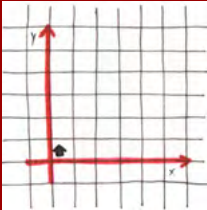
molta libertà di movimento e di scelta, offre occasioni di stimolo e di attrazione

ha **troppi rischi** di dispersione e molte criticità non risolte

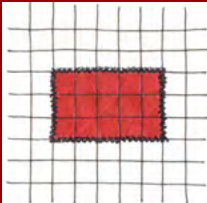
anello



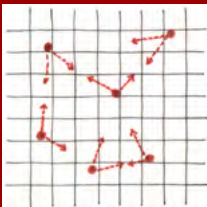
gradiente




area



punti





La sicurezza aumenta notevolmente all'aumentare del potere di confinamento dei limiti, ma decresce la libertà individuale di movimento e di scelta dei luoghi in cui andare; la libertà a sua volta cresce al diminuire dei vincoli introdotti ma contemporaneamente aumenta il rischio di smarrimento

Rapporto Vincoli-Libertá

L'unione delle caratteristiche dei vari modelli (es. anello+area+punti, gradiente+punti etc.) consentirebbe di aumentarne l'efficacia

Ibridazione dei modelli

modelli spaziali_CONCLUSIONI

_ A. rappresenta le esigenze di un ampio numero di abitanti (anche deboli): il bambino, il disabile (fisico e sensoriale), il turista etc.

_ Il progetto che considera anche le esigenze del più "debole" suggerisce soluzioni più inclusive e meno settoriali

A. come soggetto privilegiato per il progetto dello spazio pubblico

_ Il tema dell'orientamento topografico in città acquisisce nuovi significati

_ Emerge la necessità di adottare un "punto di vista" (selezionare le priorità) sul tema dell'abitare di A. (metodologia progettuale)

_ Occorre sperimentare e verificare le ipotesi

Spunti per la ricerca

Vita in città di A. _ CONCLUSIONI

La speranza
nei dei con i
giovani

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

giulianafrau@gmail.com