POLITECNICO DI MILANO

Scuola di Architettura e Società
Corso di Laurea Magistrale in Architettura - Progettazione Architettonica
a.a. 2014 - 2015

Mixed-Generation Housing

Nuove forme dell'abitare per la promozione della salute e della vita attiva

relatore
Prof. Stefano Capolongo

correlatore
Arch. Marco Gola

studenti
Giulia Agostini
Susanna Masci

INDICE

Abstract 10

Introduzione 13

PARTE 1

Capitolo 1 – Ageing society 17

1.1 L'invecchiamento demografico 19

1.2 L'attuale concetto di anzianità 25

1.3 Patologie e terminologia medica 27

1.4 Problemi politici ed economici 30

1.5 Prospettive future 31

Capitolo 2 - Servizi assistenziali per anziani in Italia 37

2.1 Cambiamento delle dinamiche familiari 39

2.2 I servizi per gli anziani - strutture residenziali assistite 42

2.3 Problematiche e obiettivi futuri 50

Capitolo 3 - Nuove residenzialità per anziani 53

3.1 Tra casa e RSA 55

3.2 Nuove forme di residenza per anziani 57

3.3 La situazione europea 60

3.2.1 Alloggi autonomi 61

3.2.2 Alloggi protetti 61

3.2.3 Cohousing – Microcomunità 61

3.2.4 Residenze comunitarie 62

3.4 Convivenza intergenerazionale 62

3.5 Abitare Leggero - L'esperienza lombarda 63

Capitolo 4 - Casi studio 71

4.1 Comunità alloggio per anziani autonomi – Ravenna 76

4.2 Centro anziani parzialmente e non autosufficienti - Maienfeld, Svizzera 78

4.3 Casa protetta per anziani parzialmente autosufficienti - Svezia 80

4.4 Residenze per anziani autonomi e non - Alcácer do Sal, Portogallo 82

4.5 Centro residenziale per le cure palliative - Hospice – Roma 85

4.6 Le case multigenerazionali tedesche 88

4.6.1 Casa multigenerazionale St. Severin - Tinnum, Germania 90

4.6.2 Mixed-generation Housing - Straubing, Germania 97

4.6.3 Casa multigenerazionale - Stadtroda, Germania 99

4.7 Casa delle generazioni - Eggersdorf, Austria 102

4.8 La Vivienda dotacional spagnola 104

4.8.1 Vivienda dotacional – Barcellona 105

Capitolo 5 – Nuova residenza multigenerazionale 109

5.1 Matrice relazionale-funzionale – dimensionamento e servizi 111

5.2 Matrice generale 116

Indice delle illustrazioni

PARTE 2

Capitolo 1 - Lettura socio-territoriale dell'area di progetto 121

1.1 Inquadramento territoriale: Provincia Autonoma di Trento 123

1.2 Indagine demografica: Comunità Valsugana e Tesino 126

1.3 Strutture di assistenza agli anziani nella Comunità Valsugana e Tesino 133

1.4 Definizione dell'area di progetto 137

1.5 Tavole di analisi dell'area di progetto 138

1.6 Profilo storico della Valsugana Orientale 147

1.6.1 Evoluzione dei servizi sanitari e assistenziali 152

1.7 Il comune di Borgo Valsugana 159

Capitolo 2 – Mixed-Generation Housing 166

2.1 Il confronto con gli Enti locali 168

2.2 Multegenerazionalità: madri con minori 170

2.3 Indicazioni progettuali per la definizione della nuova struttura 177

Capitolo 3 – Metaprogetto 182

3.1 Introduzione alle proposte metaprogettuali 184

3.1.1 Criteri economico-normativi 186

3.1.2 Studio del verde (masterplan) 191

3.2 Definizione di una proposta metaprogettuale per una nuova costruzione 193

3.1.1 Le camere da letto 205

3.3 Definizione di una proposta metaprogettuale di riuso dell'Albergo Venezia 213

3.3.1 Organizzazione spaziale e funzionale del complesso 213

3.3.2 Le camere da letto 225

3.3.3 Potenzialità del progetto di riuso 229

Conclusioni 231

Bibliografia 235

Indice delle illustrazioni

Mixed-Generation Housing

Nuove forme dell'abitare per la promozione della salute e della vita attiva

I grandi cambiamenti demografici degli ultimi anni hanno forti conseguenze sulle politiche sanitarie e sul sintema welfare di tutti i paesi industrializzati; per poter garantire una vita dignitosa e decorosa a tutte le persone, in particolare a quelle anziane che vanno via via aumentando, non sono sufficienti i provvedimenti sanitari attuali.

I modelli assistenziali tradizionali risultano non adeguati ai mutamenti odierni, e da qui pertanto nasce l'esigenza di trovare soluzioni efficaci e appropriate, e nello stesso tempo sostenibili, per affrontare il rilevante problema dell'aumento della popolazione anziana e dei suoi bisogni nel nostro Paese.

Se per gli anziani con forti compromissioni patologiche sono presenti su tutto il territorio Residenze Sanitarie Assistite (RSA), per quelli autosufficienti o con patologie lievi è necessario riordinare e pensare a nuove strategie per il loro approccio alla vecchiaia.

L'obiettivo della ricerca condotta è quello di individuare idee progettuali che favoriscano la vita attiva per le persone anziane dato che queste rappresentano un'importante risorsa per la società. Lo scopo è quindi quello di riuscire a definire una nuova tipologia di residenza per anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti, profondamente diversa dalle RSA, in cui ciascun anziano possa trovare la giusta risposta alle sue esigenze e a quelle dei suoi familiari.

Sulla base dell'esperienza di molti paesi europei, si propone come nuovo modo di abitare un modello di residenza multigenerazionale; esso infatti rappresenta una delle frontiere più innovative che permette la coabitazione nella medesima struttura di differenti fasce di età, con un sistema fondato sull'aiuto reciproco.

Il lavoro ha portato a definire un'ipotesi metaprogettuale, nella Provincia Autonoma di Trento, in cui sono stati sviluppati e messi in pratica i risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti. Si è elaborata una proposta di nuova costruzione che rispecchia le linee guida individuate e successivamente si è provato a ipotizzare anche il mantenimento dell'edificio esistente nell'area di progetto, con i medesimi dati dimensionali e funzionali.

Mixed-Generation Housing

New form of living for the promotion of health and active life

The Great demographical changes of last years have deep consequences on sanitary policies and on the welfare system and of all industrialized countries.

In order to guarantee a decent and decorous life to all people, particularly to elder people progressively increasing, current sanitary policies are not sufficient.

Traditional care models are not adequate any longer to nowadays changes. Consequently, new efficient and sustainable solutions are needed, to face the relevant problem of increasing elder people and their needs in our country.

If on one hand on the whole country are present assisted nursing structures (RSA residenze sanitarie assistite) for people with strong pathological impairments, on the other hand for the self-sufficient or mild disease one, it's necessary to think about new strategies to approach oldness.

The research goal is to identify new design idea s that can ease active life for elder people, being a great resource for the society.

The scope is therefore to define a new type of nursing structures for self sufficient or semi self sufficient old people, totally different form RSA, where each elderly person could find the right answer for him and his relatives.

Based on the experience of many European countries, we suggest this as a new way of living and as a multigenerational residence.

This represents one of the most innovative new frontiers, allowing the cohabitation of people with different ages with a system based on reciprocal support.

The work has defined a meta-projectual hypothesis, near Trento, where the emerging data from the research have been developed and compared. It's been developed a proposal for new construction that reflects the guidelines founded; later we tried to think about the maintenance of the preexisting building in the project area with the same dimensional and functional data.

INTRODUZIONE

Da indagini eseguite in diversi Paesi europei emerge che le persone anziane, a prescindere dall'età e dalle condizioni di salute, preferiscano permanere nel proprio domicilio, quando ciò però non è più possibile, si rende necessario il trasferimento in una struttura residenziale, che dovrebbe essere il più possibile simile al luogo di provenienza[1]. Nella dicotomia RSA-domiciliarità, negli ultimi anni, stanno nascendo però una molteplicità di strutture innovative, ognuna con caratteristiche differenti.

L'elaborato va ad inserirsi in quest'ambito e approfondisce il tema delle residenze multigenerazionali, dividendosi in due sezioni: la prima di indagine e la seconda di tipo metaprogettuale.
Dopo una parte introduttiva riguardante l'invecchiamento della popolazione e la descrizione delle diverse tipologie di residenze per anziani attualmente diffuse in Italia e in Europa, si procede allo sviluppo dell'argomento della tesi, ovvero la definizione di una nuova residenza multigenerazionale per anziani, derivante dalle conoscenze apprese dai progetti selezionati, già realizzati.

Vengono quindi, nella prima parte di questo lavoro, esaminate alcune questioni di carattere generale collegate alle problematiche dell'invecchiamento della popolazione italiana e ai servizi di assistenza per anziani e, successivamente, viene tracciato un quadro analitico che mira a definire i caratteri fondativi della nuova tipologia residenziale. Il lavoro procede con un progressivo approfondimento, dal generale al particolare, partendo da riferimenti europei con molteplici caratteristiche, fino ad arrivare al dettaglio di una tipologia specifica.

Nella seconda parte dell'elaborato, vengono descritte in dettaglio le scelte metaprogettuali, derivate dall'analisi e dall'elaborazione dei dati raccolti nella prima parte di questo lavoro. L'area selezionata per la definizione del metaprogetto è un comune della Provincia Autonoma di Trento, Borgo Valsugana. La scelta è ricaduta su questa area geografica dopo un'analisi condotta attraverso alcuni indicatori demografici e socio-economici, che hanno fatto emergere il bisogno di una struttura residenziale multigenerazionale proprio in questa zona.

Gli obiettivi di questa nuova residenza sono di:

- favorire l'integrazione delle generazioni
- mantenere l'autonomia fino ad età più avanzata
- garantire alle persone anziane una vita attiva, dignitosa e decorosa

[1] Kob K., "*Strutture residenziali per anziani a misura d'uomo",* Lettura magistrale presentata al 5° Congresso Nazionale S.I.A.I.S., Firenze, 24-26 ottobre 2013

Alla definizione di questo lavoro di tesi hanno collaborato vari esperti a cui va un sentito ringraziamento:

- Il Dott. Karl Kob, Segretario del Consiglio Direttivo dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.) in ambito nazionale;

- Il Presidente dell'APSP di Borgo Valsugana, Dott. Mario Dalsasso, insieme all'Assistente sociale Dott.ssa Elisabetta Cenci e alla Direttrice della RSA di Borgo Valsugana Dott.ssa Anna Corradini;

- L'Arch. Lenzi, direttore dell'ufficio operativo della Provincia Autonoma di Trento del corpo permanente dei Vigili del fuoco;

- L'Arch. Andrea Gasperini del servizio tecnico e ufficio lavori pubblici della Comunità di Valle, e l'Arch. Flavio Carli dell'ufficio tecnico del comune di Borgo;

- Il proprietario dell'ex Albergo Venezia, Matteo Faresin.

1 _ AGEING SOCIETY

1.1 L'invecchiamento demografico

Negli ultimi decenni i paesi sviluppati, e in particolare il contesto europeo, stanno assistendo ad una trasformazione demografica senza precedenti: l'unione del calo della fertilità e l'aumento della longevità, dovuta al miglioramento delle condizioni di vita e ai progressi in ambito medico, ha determinato una crescita senza precedenti della popolazione anziana[2]. Con l'eccezione del Giappone, i 25 Paesi più vecchi del mondo si trovano in Europa[3].

Lo straordinario incremento dell'aspettativa di vita, che ebbe inizio verso la metà del XIX secolo, costituisce senza dubbio un fattore importante per l'invecchiamento della popolazione. Le innovazioni nella produzione industriale e nelle tecnologie agricole, nonché la distribuzione più equa dei beni di consumo, ebbero infatti indiscutibilmente "ripercussioni positive sulle opportunità nutrizionali e, quindi, sulle aspettative di salute e di benessere di un gran numero di persone"[4].

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è stato messo in evidenza dalle Nazioni Unite, che dichiararono il 1999 anno dell'anziano, riconoscendo e divulgando diverse ricerche demografiche, che delineano un prossimo futuro in cui la popolazione anziana continuerà a crescere in maniera esponenziale.

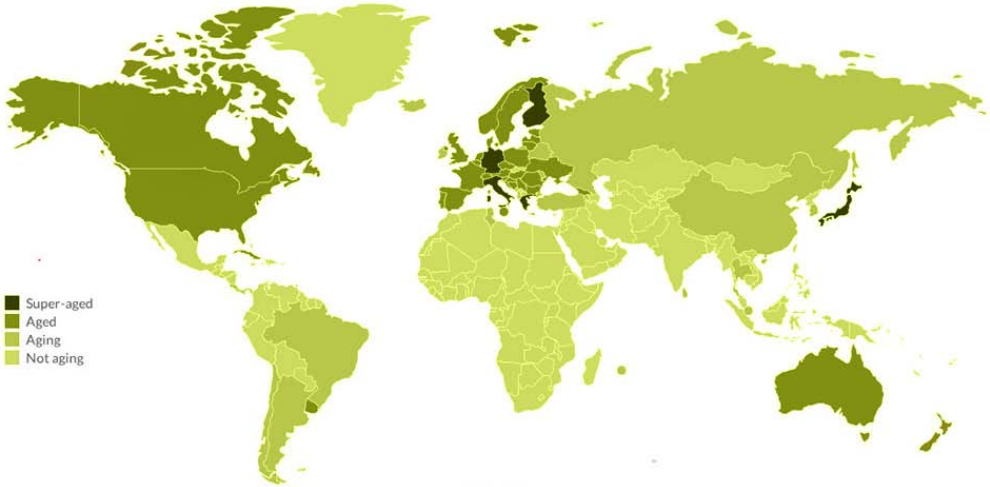


Figura 1.1 – I Paesi con il più alto indice di vecchiaia (2015)

[2] Bernabei R., Onder G., *"Invecchiare oggi"*, Enciclopedia Treccani, 2010
[3] IBIDEM
[4] IBIDEM

	Speranza di vita alla nascita		Tasso di fecondità totale	Indice di vecchiaia (anno 2013)
	Maschi	Femmine		
UE28	77,5	83,1	1,58	116,6
Germania	78,6	83,3	1,38	158,0
Francia	78,7	85,4	2,00	96,7
Regno Unito	79,1	82,8	1,92	97,7
Spagna	79,5	85,5	1,32	115,8
Nord-Ovest	79,8	84,7	1,48	164,4
Nord-Est	80,1	85,1	1,47	157,3
Centro	79,7	84,4	1,42	166,4
Sud	79,0	83,7	1,34	131,1
ITALIA	**79,6**	**84,4**	**1,42**	**151,4**

Tabella 1.1 – Principali indicatori della dinamica demografica UE28, alcuni paesi europei e ripartizione geografica – Anno 2012 (Fonte: Tavole di mortalità, iscritti in anagrafe per nascita, Eurostat, Istat)

Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che "nel 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale[5]".

A partire dagli anni '70 e '80 infatti, dopo il *babyboom* culminato nel 1964[6], il tasso di fecondità italiano si è progressivamente ridotto fino ad arrivare ai giorni nostri, in cui si registrano i livelli tra i più bassi al mondo. Da 2,3 figli per donna degli anni Cinquanta[7] si è passati infatti a 1,39 figli per donna nel 2014[8]. Il tasso di natalità italiano è sceso dall'8,5 per mille del 2013 all'8,4 per mille del 2014, registrando il più basso numero di nascite dall'Unità d'Italia. A partire dal 2007 l'Italia presenta una dinamica negativa della popolazione, che nemmeno il fenomeno dell'immigrazione riesce ad arrestare. Con un tasso pari al 9,9 per mille il Trentino-Alto Adige detiene l'indice di natalità più alto del Paese[9].

[5] United Nations, *"World population ageing 1950-2050"*, Department of Economic and Social Affairs , Population Division, 2002
[6] Lori A., Golini A., Cantalini B., Bruno P., Citoni F., Paganelli F., *"Atlante dell'invecchiamento della popolazione: vent'anni di evoluzione nelle provincie e nei comuni italiani"*, 1998
[7] Bernabei R., Onder G., *"Invecchiare oggi"*, Enciclopedia Treccani, 2010
[8] Istat, *"Indicatori demografici, stime per l'anno 2014"*, 2015, pag. 3
[9] IDEM, pag. 2

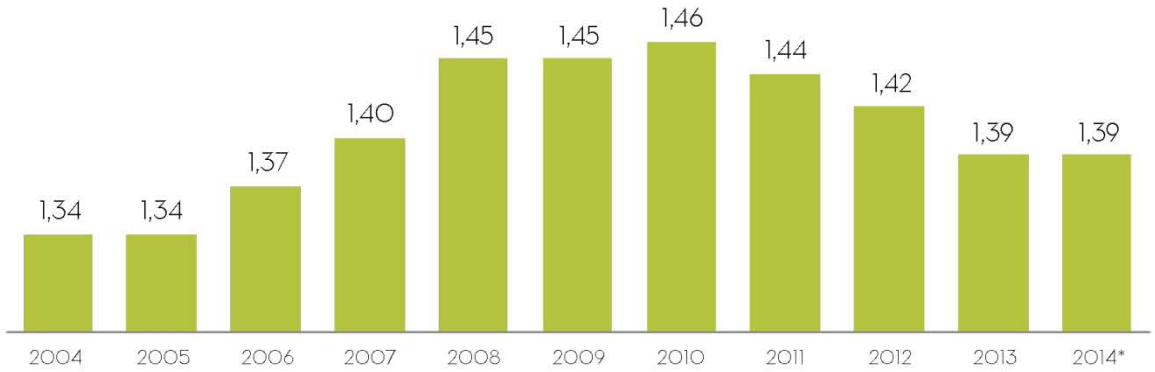


*Grafico 1.1 - Numero medio di figlio per donna in Italia (Fonte:Isat, *stima)*

Al contrario, la durata media della vita si è allungata al di là di ogni previsione, superando gli 80 anni per gli uomini e gli 84 per le donne. Oltre il 21,7% degli italiani ha un'età uguale o superiore ai 65 anni, mentre in Grecia, Svezia, Giappone, Spagna e Belgio i valori si avvicinano al 17%. Il tasso di mortalità è in tendenziale decrescita ed è sceso dal 10 per mille del 2013 al 9,8 per mille del 2014. Al 1° gennaio 2015 l'età media della popolazione ha raggiunto i 44,4 anni ed è così distribuita per grandi classi di età: 13,8% fino a 14 anni di età, 64,4% da 15 a 64 anni, 21,7% da 65 anni in su[10]. Anche nel caso della speranza di vita il primato italiano è detenuto dal Trentino Alto Adige, sia per quanto riguarda gli uomini (81,3) che per quanto riguarda le donne (85,9).[11]

La vita media si è costantemente allungata nel corso degli anni: dall'inizio del secolo gli uomini hanno guadagnato 3 anni di vita, mentre le donne 2. Questi risultati rappresentano sicuramente un esito lusinghiero del Sistema Sanitario pubblico, che ha reso accessibili a tutta la popolazione i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, come ad esempio medicinali chemioterapici o apparecchiature che permettono l'analisi precoce di patologie degenerative. Va sottolineato infatti che i guadagni di vita osservati nel corso degli anni sono stati ottenuti grazie alla riduzione della mortalità per patologia, dove efficacia e tempestività della prevenzione sanitaria sono state decisive.

[10] IDEM, pag. 10
[11] IDEM, pag. 6

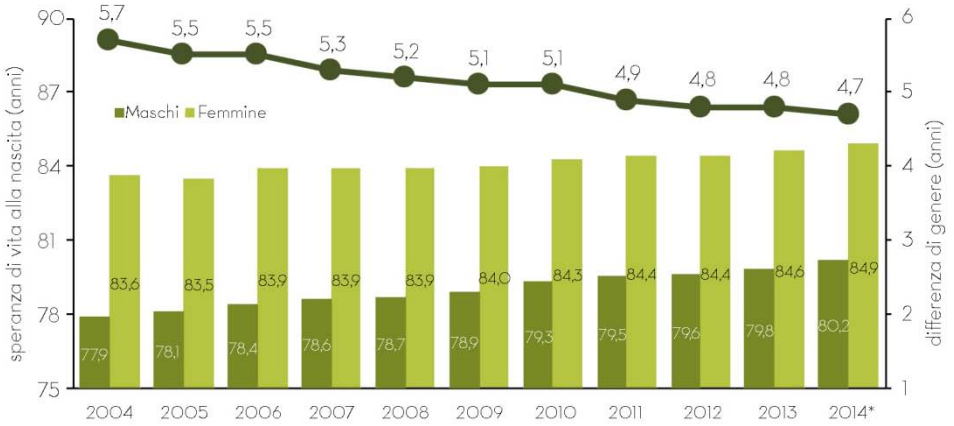


*Grafico 1.2 - Speranza di vita alla nascita e differenza di genere in Italia (Fonte Istat, *stima)*

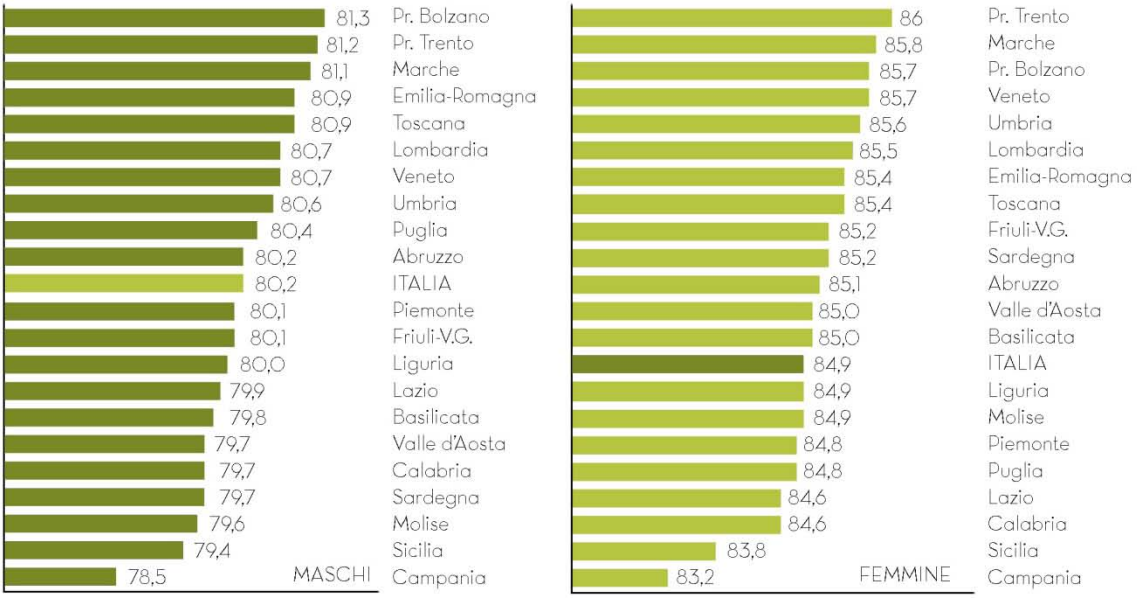


Grafico 1.3 - Speranza di vita alla nascita per sesso e regione (Fonte Istat, stime)

Regioni/Ripartizioni	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di incremento naturale
Piemonte	8,0	11,2	-3,2
Valle d'Aosta	8,8	10,0	-1,2
Lombardia	8,8	9,0	-0,2
Trentino-Alto Adige	9,9	8,3	1,6
Bolzano	10,5	7,9	2,6
Trento	9,4	8,8	0,6
Veneto	8,3	9,2	-0,9
Friuli-Venezia Giulia	7,6	11,0	-3,4
Liguria	6,9	13,2	-6,3
Emilia-Romagna	8,4	10,7	-2,3
Toscana	7,8	11,1	-3,3
Umbria	7,9	11,2	-3,3
Marche	8,1	10,6	-2,5
Lazio	8,6	9,4	-0,8
Abruzzo	8,1	10,7	-2,6
Molise	7,2	11,5	-4,3
Campania	8,9	8,8	0,1
Puglia	8,3	9,0	-0,8
Basilicata	7,3	10,3	-3,0
Calabria	8,3	9,6	-1,3
Sicilia	8,8	9,8	-0,9
Sardegna	7,1	9,3	-2,3
ITALIA	8,4	9,8	-1,4
Nord	8,4	10,0	-1,6
Nord-Ovest	8,4	10,0	-1,6
Nord-Est	8,4	9,9	-1,5
Centro	8,2	10,2	-2,0
Mezzogiorno	8,4	9,4	-1,0
Sud	8,4	9,3	-0,8
Isole	8,4	9,7	-1-3

Tabella 1.2 – Indicatori della dinamica naturale per Regione (Fonte: Istat 2014, stime per mille residenti)

	% pop. 0-14 anni	% pop. 15-64 anni	% pop. 65 anni e più	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Piemonte	12,9	62,6	24,4	59,6	39,0	188,8	46,1
Valle d'Aosta	13,9	63,7	22,4	57,1	35,2	161,4	45,0
Lombardia	14,2	64,1	21,7	56,1	33,9	152,3	44,4
Trentino-Alto Adige	15,5	64,7	19,8	54,7	30,7	127,7	42,9
Bolzano	16,0	65,0	18,9	53,8	29,1	118,1	42,1
Trento	15,0	64,3	20,7	55,5	32,2	137,7	43,6
Veneto	14,0	64,4	21,6	55,3	33,6	154,2	44,5
Friuli-Venezia Giulia	12,6	62,3	25,1	60,4	40,2	199,5	46,6
Liguria	11,6	60,5	28,0	65,3	46,2	242,1	48,3
Emilia-Romagna	13,5	63,1	23,4	58,6	37,1	173,2	45,5
Toscana	12,8	62,4	24,7	60,1	39,6	192,4	46,3
Umbria	13,0	62,5	24,5	60,0	39,2	188,0	46,0
Marche	13,2	63,1	23,7	58,5	37,6	179,2	45,6
Lazio	13,8	65,5	20,7	52,7	31,6	150,0	44,1
Abruzzo	12,9	64,6	22,6	54,9	35,0	175,6	45,1
Molise	11,9	64,8	23,3	54,4	36,0	195,1	45,7
Campania	15,5	66,9	17,6	49,4	26,2	113,4	41,5
Puglia	14,1	65,5	20,4	52,6	31,2	145,0	43,3
Basilicata	12,7	65,6	21,6	52,3	33,0	170,0	44,7
Calabria	13,8	66,0	20,2	51,5	30,6	146,4	43,3
Sicilia	14,5	65,6	19,9	52,5	30,4	137,8	42,9
Sardegna	12,0	66,5	21,6	50,4	32,4	180,1	45,3
ITALIA	13,8	64,4	21,7	55,2	33,7	157,3	44,4
Nord	13,7	63,5	22,8	57,5	36,0	166,6	45,1
Nord-Ovest	13,6	63,3	23,1	57,9	36,4	169,3	45,2
Nord-Est	13,8	63,7	22,5	57,0	35,3	163,0	45,0
Centro	13,4	64,0	22,6	56,2	35,3	169,1	45,1
Mezzogiorno	14,2	66,0	19,8	51,5	30,0	139,0	43,0
Sud	14,4	66,1	19,5	51.3	29,5	135,5	42,8
Isole	13,9	65,8	20,3	52,0	30,9	146,8	43,5

Tabella 1.3 – Indicatori strutturali della popolazione per Regione (Fonte: Istat 2015, stime)

1.2 L'attuale concetto di anzianità

Tradizionale classificazione delle età: [12]
Età di mezzo - 45/60 primi segni di invecchiamento
Senescenza naturale - 60/70 insorgenza di malattie
Senilità conclamata - 70/90 aumento dei problemi assistenziali e sociali
Longevità - 90 anni grandi vecchi

Nella società odierna l'individuo anziano è meno interessante rispetto ad una persona in età attiva: la sua esclusione dal mondo del lavoro gli conferisce un ruolo sociale di secondo piano e con l'avanzare degli anni può andare incontro a una mancata autosufficienza, con il subentro di malattie sempre più invalidanti. Siamo ormai lontani da come un tempo veniva intesa la vecchiaia, sinonimo di saggezza ed equilibrio morale, in cui la memoria storica della popolazione era affidata ad un ristretto numero di saggi che erano custodi della tradizione da tramandare alle generazioni future.

Per una corretta analisi del fenomeno dell'invecchiamento occorre delineare i confini di tale concetto: "Vecchiaia" è infatti un termine con un significato molto ampio e difficile da circoscrivere. È possibile associare il termine anziano ad un individuo prendendo in considerazione fattori biologici, psicologici, demografici, previdenziali, ecc. "A livello collettivo invece si può parlare di invecchiamento della popolazione dal basso, per effetto della riduzione della fecondità, e dall'alto, a causa della riduzione della mortalità in età avanzate"[13].

Per delineare in concetto di anzianità i demografi sono ricorsi al concetto di "soglia", per cui si intende convenzionalmente la soglia fissata in base all'età di uscita dal mondo del lavoro, collegata alla fase del pensionamento. Questa nozione è riduttiva se si fa riferimento al concetto stesso di vecchiaia messo in relazione con quei mutamenti che influenzano la vita ai giorni nostri; i progressi della medicina, i miglioramenti della situazione igienica, alimentare e lavorativa hanno prolungato la vita e sembrano anche aver spostato in avanti l'età della "decadenza fisica".

Per una corretta comprensione del significato di "vecchiaia" è opportuno passare da un'analisi statica del puro termine ad un'analisi dinamica che faccia emergere i vari processi di invecchiamento. Secondo questo

[12] AA.VV., http://www.operatoresociosanitario.net/elementi-di-medicina/146-il-paziente-anziano
[13] Lori A., Golini A., Cantalini B., Bruno P., Citoni F., Paganelli F., *"Atlante dell'invecchiamento della popolazione: vent'anni di evoluzione nelle provincie e nei comuni italiani"*, 1998

ragionamento è più idoneo fissare la soglia di vecchiaia non in funzione della vita trascorsa dalla nascita (60 o 65 anni), bensì "in funzione di quella residua, ossia del numero di anni che in media un individuo può aspettarsi di vivere"[14]. Secondo questo criterio si può notare come la soglia si stia spostando in avanti in relazione all'allungamento della vita media.

Anche il riferimento al rischio di morte però non è sufficiente a definire in maniera esaustiva il fenomeno dell'invecchiamento. Il modo più opportuno di descrivere tale fenomeno nella sua complessità è considerare indicatori come l'efficienza fisica e mentale, e quindi la condizione di autosufficienza dell'individuo. Il numero di anni ancora da vivere viene dunque combinato con il dato che riguarda gli anni che un individuo può aspettarsi di vivere in buona salute. L'invecchiamento è quindi un "processo multifattoriale caratterizzato da una progressiva perdita delle capacità funzionali"[15] e da una crescente comparsa di patologie fisiche o psichiche, proporzionali all'avanzamento dell'età.

L'assenza o la ridotta presenta di malattia non identificano più lo stato di salute in un anziano, esso infatti fa riferimento al mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur con la presenza di diverse patologie. Per questo motivo, uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per misurare il benessere e lo stato di salute della popolazione è l'aspettativa di vita in assenza di disabilità (DFLE, disability free life expectancy), e cioè un indicatore che combina informazioni su mortalità e disabilità, ampliando il concetto di aspettativa di vita oltre il numero di anni vissuti e quantificando quanti di questi possano essere vissuti senza alcuna limitazione delle attività quotidiane (ADL, activities of daily living e IADL, instrumental activities of daily living). "[16]

La principale caratteristica di questo nuovo indicatore è il mantenimento dell'autosufficienza, fondamentale nella qualità della vita di un anziano.

[14] Lori A., Golini A., Cantalini B., Bruno P., Citoni F., Paganelli F., *"Atlante dell'invecchiamento della popolazione: vent'anni di evoluzione nelle provincie e nei comuni italiani"*, 1998
[15] Galluzzo L., Gandin C., Ghirini S., Scafato E., *"L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?"*, Roma, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Aprile 2012
[16] IBIDEM

1.3 Patologie e terminologia medica

Le conseguenze che l'invecchiamento può avere sulla salute sono una delle maggiori preoccupazioni per la popolazione dei paesi sviluppati. Una vita più longeva porta con sé il timore di trascorrere parte di essa in condizioni non ottimali, di non autosufficienza, e anche di non avere le cure e le attenzioni necessarie per affrontare malattie invalidanti.

Con l'aumento dell'aspettativa di vita si sta verificando negli ultimi decenni un cambiamento tra le patologie più diffuse: "da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronico degenerative" [17]. Nei paesi più sviluppati le patologie cardio e cerebrovascolari, i tumori, il diabete e i disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza[18], hanno un ruolo primario. Tra le patologie più diffuse tra la popolazione anziana particolare attenzione meritano anche alcune "malattie neurologiche quali il *parkinsonismo*, l'*ictus cerebrale* e la *demenza senile*"[19], sia per l'elevato numero di casi prevalenti che per gli ingenti costi che producono al SSN[20].

Il costante aumento del numero di soggetti affetti da malattie non trasmissibili come quelle appena citate non avviene per un peggioramento delle condizioni di salute, bensì per l'incremento della popolazione anziana: se infatti si considerasse un numero costante di persone, i valori resterebbero invariati o addirittura migliorerebbero. Oggi queste patologie sono responsabili di circa l'80% della mortalità e di circa il 70% delle spese sanitarie[21] e la loro prevalenza è in continua crescita. Le patologie cronico - degenerative non aumentano solo la mortalità, ma determinano anche un aumento del rischio di sviluppare disabilità.

Oltre all'insorgere di patologie, il declino funzionale, la disabilità e la fragilità sono le caratteristiche che contraddistinguono l'invecchiamento e interferiscono con la qualità di vita della persona anziana. La disabilità e la fragilità, pur esprimendo due concetti diversi, sono fortemente collegate l'una all'altra: mentre per disabilità si intende "una riduzione delle capacità funzionali nelle attività quotidiane che sono necessarie per vivere in modo indipendente", la definizione di fragilità è più difficile. In generale, "s'intende la riduzione

[17] IBIDEM
[18] Lopez AD., Mathers CD., Ezzati M., Jamison DT., Murray CJL. (Ed.), "*Global burden of disease and risk factors",* Washington (DC), World Bank, 2006
[19] Lori A., Golini A., Cantalini B., Bruno P., Citoni F., Paganelli F., *"Atlante dell'invecchiamento della popolazione: vent'anni di evoluzione nelle provincie e nei comuni italiani",* 1998
[20] Servizio Sanitario Nazionale
[21] Bernabei R., Onder G., *"Invecchiare oggi",* Enciclopedia Treccani, 2010

delle riserve funzionali responsabili della capacità di adattamento agli stimoli interni o ambientali"[22]; ciò comporta un aumentato rischio di eventi avversi, quali disabilità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione e decesso. Nella maggior parte dei casi l'esordio della disabilità è successivo ad aspetti legati alla fragilità e ha un decorso lento e progressivo, come nel caso delle malattie cronico-degenerativo, altre volte invece fa seguito ad un evento clinico acuto e brusco. "Queste patologie possono procurare alla persona anziana marginalità sociale, laddove le politiche sociali non intervengono con adeguate strategie di aiuto e assistenza, che permettano loro di continuare a vivere in maniera autonoma e a partecipare attivamente alla vita sociale"[23].

I dati appena descritti prospettano per il futuro un aumento della spesa del SSN, dovuto all'incremento della domanda di assistenza e cura da parte dei cittadini più anziani. Per i prossimi venti anni, "ci si aspetta una prevalenza di cronici gravi superiore al 22% nel 2034, quando attualmente la quota è al 15%"[24].

Con la crescita della popolazione anziana si rende necessario un cambiamento di mentalità nella concezione di vecchiaia, per evitare di andare incontro a luoghi comuni che potrebbero far travisare la reale condizione di una persona: spesso infatti si fa riferimento all'anziano come a un soggetto debole, da assistere o un soggetto che assorbe risorse dalla società. Colui che può rispondere a tali caratteristiche non è sicuramente una individuo di 65 anni, ma piuttosto persone oltre i 75-80 anni, facendo cioè parte della cosiddetta "quarta età", oltre la quale cominciano a manifestarsi patologie più debilitanti e invalidanti.

Oltre la metà della popolazione ultrasettantacinquenne soffre infatti di patologie croniche gravi. "In questa classe di età le donne che soffrono di almeno una cronicità grave rappresentano il 51 per centro, mentre nella classe precedente (età 65-69 anni) sono solo il 28 per cento; mentre gli uomini passano dal 57 al 36 per cento (Tavola 1.4)"[25].

[22] *"Abitare leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani"*, Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014, pag.21
[23] Istat, "*Tendenze demografiche e trasformazioni sociali, nuove sfide per il sistema di welfare",* 2012, capitolo 4, pag 151
[24] Istat, *"Previsioni demografiche (Anni 2011-2065), Scenario centrale",* 2011.
[25] Istat, "*Tendenze demografiche e trasformazioni sociali, nuove sfide per il sistema di welfare",* 2012, capitolo 4, pag. 13

Classi di età	Almeno una malattia cronica grave [26]					
	2005			2012		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-13	1,4	0,8	1,1	1,1	1,4	1,2
14-24	1,8	2,0	1,9	1,9	2,3	2,1
25-34	2,4	2,7	2,5	2,6	3,4	3,0
35-44	4,4	3,8	4,1	4,5	4,9	4,7
45-54	10,2	8,7	9,4	10,1	9,2	9,6
55-64	24,2	18,7	21,4	23,6	18,8	21,2
65-69	35,6	28,8	32,0	35,8	28,1	31,7
70-74	41,2	34,2	37,3	43,1	34,4	38,5
75 e più	55,1	47,3	50,2	57,0	51,1	53,3
Totale	13,3	13,3	13,3	14,6	15,0	14,8
Totale standardizzato	15,9	13,2	14,6	16,0	13,9	14,9

Tabella 1.4 – Persone con almeno una malattia cronica grave o con tre o più malattie croniche per sesso e classe di età, media Settembre-Dicembre 2005 e anno 2012 per cento persone (Fonte: Istat, Indagini condizioni di salute e ricorso a servizi sanitari)

Una recente indagine del Censis mostra come la condizione anziana sia tutt'altro che una condizione passiva e sedentaria, e che di fatto il sentirsi anziano non coincide con il superamento di una soglia anagrafica, quanto piuttosto con l'imbattersi in circostanze che debilitato fisicamente l'individuo[27]. Non a caso questa condizione, una delle prima nella graduatoria del sentirsi anziano, riguarda una decadenza più psicologica che fisiologica in quanto un handicap fisico cambia la percezione di sé e modifica il proprio livello di indipendenza.

[26] Malattie croniche gravi: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia celebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno, parkinsonismo, Alzheimer, demenze.
[27] Angeli F., *"27° Rapporto sulla situazione sociale del Paese"*, CENSIS, 1993

1.4 Problemi politici ed economici

Come è emerso dai precedenti paragrafi, l'aumento dell'aspettativa di vita degli ultimi decenni, soprattutto in Occidente, ha causato un considerevole invecchiamento demografico, cha ha portato ad un aumento delle richieste di servizi socio sanitari.

Il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non, crea un inevitabile onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate ai più anziani, per la popolazione in età lavorativa. L'emergenza demografica a cui si andrà incontro nei prossimi anni, di cui le statistiche Onu confermano i dati secondo i quali entro il 2060 l'Italia avrà una popolazione over80 del 22%, sarà uno dei principali problemi che lo Stato dovrà affrontare.

Un documento redatto nel 2010 dal Pew Research Center conferma che nel panorama internazionale è proprio l'Italia a spendere già la quota maggiore del proprio prodotto interno lordo (PIL) per le spese previdenziali, circa il 16%, seguita dalla Francia con il 14%, Germania e Spagna ferme al 11%, e, nonostante ci sia a fianco per età media, dal Giappone con una spesa del 10%[28]. La situazione odierna è quindi destinata a peggiorare se, come è avvenuto fino ad oggi, l'età media della popolazione aumenterà ancora. Anche i Paesi in via di sviluppo, ad eccezione di Messico e India, vedranno la propria spesa assistenziale e previdenziale duplicarsi entro il 2050, superando probabilmente alcuni Paesi del vecchio continente.

Essendo ormai note le ripercussioni economiche che l'invecchiamento della popolazione porta con sé, è evidente che il problema debba essere affrontato anche dal punto di vista politico; la crescita costante della popolazione anziana prospetta quindi un gran numero di sfide per i politici di molti Paesi. Se poi alcuni governi useranno come soluzione al problema l'innalzamento dell'età pensionabile, sarà inevitabile la diminuzione della partecipazione delle classi più giovani nel mercato del lavoro, sfavorendo in tal modo il ricambio generazionale.

[28] Caffarello M., *"Un grande pericolo per l'economia italiana: l'invecchiamento della popolazione"*, Febbraio 2014

1.5 Prospettive future

Nella prospettiva di una longevità crescente e di una riproduttività sempre più in calo, i dati ISTAT aiutano a fare una previsione di come si evolverà la popolazione da oggi al 2065.

In base allo scenario centrale l'età media aumenterà da 43,5 anni nel 2011 fino ad un massimo di 49,8 anni nel 2059. Dopo tale anno l'età media sarà stabile sul valore di 49,7 anni, a indicare una presumibile stabilizzazione del processo di invecchiamento della popolazione.

È da porre l'attenzione sull'aumento del numero di anziani: gli ultra 65enni, oggi pari al 20,3% del totale, nello scenario centrale aumenteranno fino al 2043, anno in cui saranno il 32%. Dopo tale anno, tuttavia, la quota di ultra 65enni si consoliderà intorno al valore del 32-33%. L'indice di dipendenza degli anziani -cioè il rapporto tra la popolazione di over65 e la popolazione in età attiva 15-64 anni-, oggi pari al 30,9%, crescerà fino a un livello del 59,7% nel 2065[29].

	Nascite	Decessi	Saldo naturale
Nord-Ovest	8,2	10,9	-2,6
	(6,9 : 9,4)	(10,5 : 11,3)	(-4,4 : -1,1)
Nord-Est	6,2	7,9	-1,7
	(5,3 : 7,2)	(7,7 : 8,2)	(-3,0 : -0,5)
Centro	5,8	8,2	-2,4
	(5,0 : 6,7)	(7,9 : 8,5)	(-3,5 : -1,2)
Sud	5,5	8,6	-3,1
	(4,9 : 6,2)	(8,2 : 9,1)	(-4,2 : -2,0)
Isole	2,6	4,3	-1,6
	(2,3 : 3,0)	(4,1 : 4,5)	(-2,2 : -1,1)
ITALIA	28,5	40,0	-11,5
	(24,4 : 32,6)	(38,3 : 41,7)	(-17,3 : -5,8)

Tabella 1.5 - Bilancio demografico cumulato 2011-2065 per ripartizione geografica, scenario centrale e intervalli di variazione, valori in milioni (Fonte: Istat)

[29] Istat, *"Il futuro demografico del paese, previsioni regionali della popolazione residente al 2065", 2011,* pag. 1

L'analisi della struttura per sesso ed età di una o più popolazioni, avviene generalmente attraverso l'adozione di una rappresentazione diagrammatica di tale struttura, nota come piramide della popolazione, ottenuta attraverso l'accostamento istogrammi orizzontali proporzionali alla numerosità di ciascuna classe di età[30]. Il riferimento alla figura della piramide deriva dal fatto che, in una società di tipo tradizionale, la rappresentazione grafica della popolazione per fasce di età tenderebbe ad assumere tale forma, con alla base un numero più alto di nuovi nati e alla sommità una quantità sempre più ristretta di persone anziane.

Il grafico 1.3 mostra gli effetti possibili del cambiamento demografico in atto: quella che già oggi si fatica a definire piramide della popolazione, in futuro continuerà ad allontanarsi sempre più da tale forma. La base più ristretta rispetto alla parte centrale, è dovuta al progressivo erodersi della consistenza quantitativa delle nuove generazioni; la crescente longevità produce invece una espansione del vertice. Nello *scenario centrale*, ritenuto il più equilibrato, l'età media della popolazione tenderebbe a crescere al ritmo annuale di circa due decimi di punto, passando dagli attuali 43,5 anni a 47,8 anni nel 2035. Dopo tale anno la l'invecchiamento subirebbe un rallentamento e si raggiungerebbe un massimo di 49,8 anni di età media nel 2059. Infine, a indicare una potenziale stabilizzazione dell'invecchiamento, va segnalato che l'età media della popolazione potrebbe ridiscendere a 49,7 anni entro il 2065[31].

Grafico 1.3 - Piramide della popolazione residente al 2011 e al 2065 in Italia, scenario centrale, in migliaia (Fonte: Istat)

[30] Galanti A., *"Demografia urbana : elementi di analisi della popolazione per la pianificazione urbanistica"*, Bologna, Progetto Leonardo, 1991

[31] Istat, *"Il futuro demografico del paese, previsioni regionali della popolazione residente al 2065"*, 2011, pag. 4

Nel complesso l'Italia sarà un Paese con una popolazione certamente più vecchia di quanto lo sia oggi, ma sempre con la possibilità di un rinnovamento e incremento demografico dal basso.

	2011			2030			2065		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più
Nord-Ovest	2,2	10,5	3,5	2,2	10,5	4,6	2,3	9,8	5,5
Nord-Est	1,6	7,6	2,5	1,7	7,9	3,3	1,8	7,7	4,3
Centro	1,6	7,8	2,6	1,6	8,0	3,4	1,7	7,4	4,2
Sud	2,1	9,5	2,5	1,7	8,4	3,6	1,3	5,8	4,1
Isole	1,0	4,5	1,3	0,8	4,0	1,7	0,6	2,9	1,9
ITALIA	8,5	39,8	12,3	8,0	38,9	16,6	7,8	33,5	20,0

Tabella 1.6 – Popolazione per grandi classi di età e ripartizione geografica, scenario centrale, in milioni (Fonte: Istat)

	Indice di dipendenza giovanile			Indice di dipendenza anziani			Indice di dipendenza strutturale		
	2001	2030	2065	2011	2030	2065	2011	2030	2065
Nord-Ovest	20,9	21,0	24,0	33,2	43,4	55,8	54,1	64,3	79,7
Nord-Est	21,3	20,9	23,5	32,3	41,9	55,9	53,6	62,8	79,4
Centro	20,6	20,1	22,5	33,0	41,9	57,2	53,6	62,0	79,7
Sud	22,5	20,4	22,4	26,8	42,6	70,1	49,4	63,0	92,5
Isole	21,6	20,4	22,5	28,1	43,7	67,9	49,7	64,1	90,4
ITALIA	21,4	20,6	23,1	30,9	42,6	59,7	52,3	63,2	82,8

Tabella 1.7 – Indicatori di carico demografico per ripartizione geografica, scenario centrale, valori percentuali (Fonte: Istat)

Più critica, per via delle ripercussioni sulla sostenibilità di lungo termine del Paese, risulterebbe l'evoluzione dell'indice di dipendenza degli anziani. Per quest'indicatore si arriverebbe ad un massimo del 61% nel 2055 a causa del trasferimento dall'età attiva a quella anziana delle numerose generazioni del *baby-boom*, ossia i

nati negli anni 1960-1975. Infine si vedrebbe l'indice di dipendenza degli anziani avviarsi verso una lenta discesa, fino al livello del 59,7% entro il 2065[32].

Anno	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	ITALIA
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA - UOMINI (anni)						
2011	79,5	79,9	79,8	79,0	79,0	**79,5**
2030	83,3	83,5	82,8	82,0	81,8	**82,8**
2065	87,3	87,5	86,4	85,7	85,2	**86,6**
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA - DONNE (anni)						
2011	84,6	85,0	84,9	84,1	84,1	**84,6**
2030	87,9	88,2	87,7	87,5	87,2	**87,7**
2065	91,8	91,9	91,1	91,4	90,9	**91,5**

Tabella 1.8 – Sintesi delle principali ipotesi demografiche a supporto delle previsioni per ripartizione geografica, scenario centrale, valori percentuali (Fonte: Istat)

Le società europee dovranno quindi convivere ancora a lungo con il processo di invecchiamento della popolazione; anche nel caso in cui si verificasse una stazionarietà dell'invecchiamento, tutto ciò avrebbe fine solo dal punto di vista quantitativo e non qualitativo. Se da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, perché testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per il futuro, nel caso in cui gli interventi di politica sanitaria riguardanti la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, non prendessero in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento[33].

[32] IDEM, pag. 8
[33] Galluzzo L., Gandin C., Ghirini S., Scafato E., *"L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?"*, Roma, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Aprile 2012

2_ SERVIZI ASSISTENZIALI PER ANZIANI IN ITALIA

2.1 Cambiamento delle dinamiche familiari

Nel contesto europeo si sono verificati cambiamenti rilevanti nella struttura familiare, nelle relazioni fra i componenti e con l'esterno. È emerso in particolare un processo di semplificazione e nuclearizzazione della famiglia, affiancato da un aumento dell'età dei suoi componenti e una forte crescita delle famiglie formate da un solo individuo. Negli ultimi decenni si è infatti evidenziato un incremento graduale del numero di famiglie, "passate, tra il 1988 e il 2003, da 19.872.000 a 22.361.000"[34]. Questi indicatori sono influenzati dal crescente numero di famiglie composte da persone anziane sole.

La condizione nella quale individui si ritrovano a vivere da soli riguarda in particolare le donne, con una frequenza che in alcune provincie del Nord Italia risulta 5-7 volte superiore a quella maschile. Tutto ciò accade sia perché è ormai conclamata la maggiore longevità delle donne, sia perché è molto più frequente la tendenza degli uomini a sposare donne più giovani e non viceversa[35].

Con l'aumentare dell'età media e della longevità, ci sono sempre più persone anziane che necessitano di diverse forme di assistenza. Negli ultimi anni in Italia le politiche rivolte alla popolazione più anziana attraversano sia il pubblico che privato, trovando di fatto un'azione congiunta di diversi attori: famiglia, settore privato e Stato[36]. Da recenti rilevazioni statistiche si evidenzia come tra gli ultrasessantacinquenni italiani il numero di coloro che hanno una disabilità (di ogni ordine e grado) si attesta a circa il 20%, pari a circa 2.165.00 persone[37]. Nella realtà italiana oltre il "10% dei nuclei familiari ha almeno un componente con disabilità, in particolare oltre un terzo delle famiglie è composto da persone disabili che vivono sole e quasi il 60% è composto da un nucleo famigliare in cui almeno un membro assiste la persona disabile"[38].

In questa situazione assai critica è allarmante notare come quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulti supportata da alcun servizio pubblico, anche se molti di questi necessiterebbero di un'assistenza sanitaria a domicilio. Non va inoltre dimenticato che la disponibilità economica delle famiglie italiane si andrà riducendo in futuro e di conseguenza ci sarà una richiesta maggiore verso politiche sanitarie più efficienti. "Da un punto di vista economico gli anziani costituiscono una delle categorie maggiormente a rischio e ad alta vulnerabilità, infatti la condizione socioeconomica costituisce per loro una preoccupazione

[34] Bernabei R., Onder G., *"Invecchiare oggi"*, Enciclopedia Treccani, 2010
[35] IBIDEM
[36] Montemurro F., *"Le case di riposo in Italia, prima ricerca nazionale Auser sulle Case di Riposo"*, Auser, 2011
[37] Istat, *"Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - anno di riferimento 2005"*, 2007
[38] Paulli A., *"Modelli innovativi di assistenza socio-sanitariai integrata per gli anziani"*, Le politiche sociali in Italia nello scenario europeo, Ancona, Novembre 2008, pag. 7

comune. In tal senso i dati ISTAT hanno evidenziato in questi soggetti una percezione di indebolimento delle proprie possibilità economiche, diffusa soprattutto tra i nuclei familiari nei quali la persona di riferimento ha più di 65 anni di età"[39].

Oggi il ruolo della famiglia, e soprattutto le donne al suo interno, è fondamentale nelle funzioni di cura della persona anziana; questa infatti è la principale fonte di assistenza per l'anziano in Italia. Il suo benessere economico, sociale e psicologico nella maggior parte dei casi è fortemente legato all'unità familiare in cui vive. Da alcune indagini internazionali[40] emerge come lo stato civile e l'esistenza di legami parentali siano fondamentali nella definizione del luogo nel quale una persona anziana si trova a vivere. Gli anziani non coniugati e quelli che non hanno figli, infatti si trovano a vivere con maggior frequenza in istituzioni.

Il modello di assistenza familiare fino a non molti anni fa era molto funzionale: le famiglie erano più stabili, le donne lavoravano per di più a casa e i figli spesso erano più numerosi degli anziani. La struttura della famiglia, come si è evidenziato, sta cambiando rapidamente e per questo il modello di assistenza famigliare va via via cedendo. Occorrono allora nuove politiche con strategie che tengano in considerazione la dinamica demografica e formulino interventi adeguati ai tempi.

Vanno in questa direzione gli interventi di sostegno alle famiglie per le cure informali, che permettono a queste ultime di prendersi cura dei propri anziani fin quando lo stato di salute lo renda possibile. Fanno parte di questa categoria, ad esempio: "assegni familiari (tenendo anche conto del fatto che la forte riduzione dei bambini e dei giovani consente alle autorità pubbliche forti risparmi su tutte le spese relative a questa fascia d'età), congedi dal lavoro per motivi di malattia di un anziano a casa, contributi per le cure dell'anziano nonché per la manutenzione della casa"[41].

[39] Bernabei R., Onder G., *"Invecchiare oggi"*, Enciclopedia Treccani, 2010
[40] Lori A., Golini A., Cantalini B., Bruno P., Citoni F., Paganelli F., *"Atlante dell'invecchiamento della popolazione: vent'anni di evoluzione nelle provincie e nei comuni italiani"*, 1998
[41] IBIDEM

Va ricordato tuttavia come molte persone vivano come un problema la cura di persone non autosufficienti, sia dal punto di vista economico, sia emotivo. Spesso nasce un rapporto conflittuale tra il lavoro, la famiglia e la cura dell'anziano. Sono necessari quindi servizi diversificati che aiutino tanto gli anziani quanto le famiglie; la sfida è quella di trovare soluzioni che ripartiscano le cure fra la famiglia e lo Stato in modo efficace.

Oltre all'assistenza informale delle famiglie, le persone con disabilità possono fare riferimento all'assistenza formale, presente sia in ambito privato che pubblico, caso questo più frequente nel Nord Europa. Dal momento che nel nostro Paese i servizi di assistenza a lungo termine forniti dalle amministrazioni pubbliche sono limitati e concentrati in modo disomogeneo nelle diverse regioni, le famiglie fanno fronte a questa mancanza attraverso servizi offerti dal mercato privato. L'assistenza privata a pagamento, e cioè l'assunzione di badanti, che attinge soprattutto dalla forza lavoro immigrata, è in parte sostenuta da aiuti economici da parte delle istituzioni, in relazione alle disabilità e alle capacità economiche dell'anziano. Sebbene sia difficile quantificare il numero preciso delle badanti, si stima che in Italia siano tra 700.000 e 900.000.[42] I servizi offerti comprendono la gestione dell'abitazione e la cura della persona, anche se non specificatamente sanitaria, dal momento che solo una percentuale molto ristretta di badanti ha competenze in questo campo.

Punto a favore di questa soluzione è senza dubbio la possibilità per l'anziano di rimanere nella propria abitazione e mantenere un legame materiale con il territorio. In molti casi tuttavia le abitazioni non sono strutturate in modo adeguato alle necessità di persone con difficoltà motorie, per la presenza di barriere architettoniche, la mancanza di manutenzione o servizi utili alla persona anziana. Molti anziani inoltre affermano di sentirsi isolati dal resto della società perché trascorrono le proprie giornate in casa o di non sentirsi più sicuri perché hanno il timore di raggiri e furti da parte di malintenzionati. Anche se dal 1998 il Piano sanitario nazionale ha previsto, tra gli obiettivi, il mantenimento dell'autosufficienza dell'anziano nella propria abitazione, ci sono casi in cui la permanenza diventa troppo problematica. La scelta di un centro per anziani o la propria abitazione è determinata anche dal livello di autosufficienza della persona e quindi dalla consistenza del bisogno da soddisfare.

[42] Paulli A., *"Modelli innovativi di assistenza socio-sanitariai integrata per gli anziani"*, Le politiche sociali in Italia nello scenario europeo, Ancona, Novembre 2008, pag.8

2.2 Le strutture residenziali assistite

La scelta di permanenza in una struttura residenziale assistita attesta la non praticabilità e la rinuncia della vita nel proprio domicilio, dal momento che le risorse disponibili o le caratteristiche ambientali non avrebbero permesso soluzioni adeguate e dignitose alle proprie esigenze. Nel nostro Paese solo una percentuale relativamente bassa di anziani vive in un'istituzione, i dati ISTAT indicano che nell'anno 2003 solo il 2% degli over65 sia ospite di presidi residenziali e il 2,4% alloggi in residenze sanitarie assistite (RSA). Questi dati tuttavia variano tra le diverse regioni italiane, con una percentuale maggiore nelle regioni dell'Italia settentrionale, rispetto al Centro e al Sud[43]. In ogni caso, dall'inizio degli anni '90 al primo decennio del XX secolo, il numero delle strutture residenziali è cresciuto di circa il 10%, passando da 4.025 a 4.473, un numero che però non è ancora in grado di far fronte alla percentuale di popolazione anziana bisognosa di assistenza.

Il settore pubblico offre ai cittadini una serie di servizi per far fronte all'offerta di assistenza continuativa, tipicamente detti "long-term care". Fanno riferimento esclusivamente a quegli interventi rivolti ad anziani non autosufficienti, "anche a gestione privata ma finanziati, anche parzialmente, dall'ente pubblico (cfr. Gori, Lamura, 2009)"[44]. Gli interventi analizzati sono riconducibili a tre principali tipologie:

- gli interventi di assistenza domiciliare di natura sociosanitaria (l'Assistenza Domiciliare Integrata, ADI) e sociale (il Servizio di Assistenza Domiciliare, SAD);

- i trasferimenti monetari di natura assistenziale, erogati sotto forma di indennità di accompagnamento per invalidità civile oppure sotto forma di assegni di cura, voucher o altri trasferimenti erogati dai Comuni.

- i servizi di assistenza residenziale (considerando tutte le diverse tipologie di presidi sociosanitari per anziani esistenti nelle Regioni italiane e le forme di assistenza in *setting* ospedaliero post-acuto[45].

[43] Istat, "*L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto*", 2006
[44] Network Non Autosufficienza, *"L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 3° Rapporto"*, Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità, Maggioli editore, 2011, pag. 14
[45] IDEM, pag. 15

"Può essere utile riportare lo schema concettuale che illustra i vari modi in cui può essere soddisfatta la domanda di assistenza da parte di anziani, elaborato dalla Commissione per la garanzia dell'informazione statistica (CoGIS) nel 2005" [46].

Figura 2.1 - Assistenza agli anziani in Italia: schema concettuale

Per prestazione residenziale (presidi sociosanitari e presidi socioassistenziali) e semi-residenziale (centri diurni integrati, CDI) si intende "il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione". Si caratterizza per essere una prestazione a lungo termine rivolta "a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche"[47].

"Si sono diffuse negli ultimi anni anche forme alternative alla tradizionale istituzionalizzazione con la creazione di Centri Diurni e Servizi Domiciliari, Residenze Sanitarie Assistenziali, Case Albergo, Comunità

[46] Montemurro F., *"Le case di riposo in Italia, prima ricerca nazionale Auser sulle Case di Riposo"*, Auser, 2011, pag. 20
[47] Ministero della Salute, *"Prestazioni residenziali e semiresidenziali"*, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, 2007

Alloggio e Case protette, realtà destinate ad assistere i disabili anziani parzialmente autosufficienti con capacità motorie e psicorelazionali"[48]. Lo scopo di queste nuove strutture è quello di poter dare un'idonea sistemazione ai diversi tipi di esigenze della popolazione anziana, con la possibilità di vivere autonomamente in un contesto protetto e assistito. L'assistenza comprende l'insieme di prestazioni sanitarie, tutelari e alberghiere erogate nell'arco delle 24 ore all'ospite della struttura.

L'Italia è l'unica tra le nazioni europee a non aver realizzato una riforma complessiva dell'impianto della long-term care. Negli ultimi anni tuttavia stanno avvenendo molteplici cambiamenti per quanto riguarda l'organizzazione e la definizione delle residenze per anziani, ai fini di organizzare i presidi a seconda dell'intensità di assistenza erogata, a differenza di ciò che avveniva in passato, quando anziani, autosufficienti e non, erano accolti indistintamente nelle stesse strutture. "Per questo motivo è complesso dare una classificazione univoca delle strutture residenziali con valenza nazionale, poiché ogni Regione in autonomia ha le proprio modalità organizzative"[49].

Per ovviare alle difficoltà di confronto, "il sottogruppo Mattone 12 del Progetto Mattoni SSN del Ministero della Salute, ha proposto nel 2007 un nuovo schema di classificazione delle strutture residenziali, basato sulle caratteristiche tecnico-organizzative e professionali delle strutture erogatrici e rese coerenti da un codice nazionale di classificazione:[50]

R1 per le prestazioni rese in nuclei specializzati ad alto grado di intensità assistenziale (stati vegetativi, pazienti terminali, nutrizione artificiale o ossigenoterapia continua, ventilazione meccanica)

R2 per quelle rese in nuclei specializzati a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria

R2D per quelle rivolte a persona con demenza con associati disturbi del comportamento (Nuclei Alzheimer)

R3 per le prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria"[51]

---

[48] Paulli A., *"Modelli innovativi di assistenza socio-sanitariai integrata per gli anziani"*, Le politiche sociali in Italia nello scenario europeo, Ancona, Novembre 2008, pag. 9

[49] Montemurro F., *"Le case di riposo in Italia, prima ricerca nazionale Auser sulle Case di Riposo"*, Auser, 2011, pag. 20

[50] Ministero della Salute, *"Prestazioni residenziali e semiresidenziali"*, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, 2007

[51] AA.VV., *"Abitare leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani"*, Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014, pag. 32

Le strutture residenziali si dividono, quindi, fra quelle con peculiarità di tipo sanitario, le RSA, e quelle con caratteristiche di tipo "sociale" come le Strutture Protette, Case di Riposo, Case Albergo, Comunità Alloggio, Centri Diurni)[52]. Riprendendo la definizione dell'ISTAT (2006) [53] distingue tra:

Residenze Assistenziali: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali (es. Case di Riposo);

Residenze Socio-Sanitarie: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti (es. Residenze Protette e Comunità alloggio per anziani);

Residenze Sanitarie Assistenziali: presidi residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un elevato livello di assistenza tutelare e alberghiera (es. RSA – Case Protette)». In linea generale, le RSA si differenziano dalle "case di cura" e, più in generale, dagli ospedali, poiché non sono rivolte ai pazienti colpiti da malattie e patologie "acute". Le strutture offrono prestazioni e servizi differenti che possono essere divisi in tre macrocategorie:

- Sanitario (assistenza medica, infermieristica e riabilitativa)
- Assistenziale (aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane, prestazioni alberghiere)
- Sociale (animazione e socializzazione)

Ogni categoria fa riferimento a figure professionali differenti che devono essere coordinate tra loro per un buon funzionamento dell'intero sistema.

[52] Si rimanda al D.M. n.308 del 21/05/01 in cui sono definiti i "requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328"

[53] Montemurro F., *"Le case di riposo in Italia, prima ricerca nazionale Auser sulle Case di Riposo",* Auser, 2011, pag. 22

Regioni	RSA	Residenze socio-sanitarie	Residenze assistenziali	Altre residenze di tipo assistenziale	Totale anziani ricoverati	Anziani ricoverati/ 1.000 ab.
Piemonte	5.947	14.154	28.867	1.234	50.199	51,6
Valle d'Aosta	157	1.070	76	44	1.347	53,8
Lombardia	63.392	3.326	2.203	1.607	70.528	38,4
Bolzano	688	3.771	0	5	4.464	55,7
Trento	6.107	0	22	298	6.427	65,2
Veneto	5.572	29.327	5.978	1.388	42.266	46,5
Friuli-VG	8.406	9.138	2.677	623	20.842	76,3
Liguria	7.457	12.832	851	1.008	22.179	52
E. Romagna	7.498	23.624	10.273	228	41.624	43.8
Toscana	13.418	1.343	4.042	696	19.499	23,2
Umbria	703	1.562	747	174	3.186	15,7
Marche	3.217	2.355	5.024	89	10.684	30,9
Lazio	4.526	861	7.539	1.461	14.387	14,2
Abruzzo	1.769	1.813	1.252	422	5.255	18,9
Molise	52	1.124	349	212	1.736	24,6
Campania	755	550	3.312	571	5.189	5,9
Puglia	159	2.927	3.784	994	7.864	11,2
Basilicata	0	186	309	226	720	6,1
Calabria	587	834	550	252	2.224	6,1
Sicilia	771	3.036	4.790	1.010	9.606	10,6
Sardegna	875	398	1.396	2.229	4.898	16,8
ITALIA	132.052	114.229	84.040	14.771	345.093	29,8
%	38,3	33,1	24,3	4,3	100	

Tabella 2.1 - Anziani ospitati nelle strutture residenziali, anno 2005 (Fonte: Abitare Leggero)

È difficile definire l'esatto numero di strutture presenti sul territorio a causa della loro diversità di servizi e prestazioni erogate. Il numero delle "case di riposo" varia a seconda delle fonti ufficiali e informali che si occupano delle strutture residenziali. "Se si analizzano i dati degli elenchi regionali il valore è pari a 3.374 strutture, numero che riguarda le residenze sanitarie assistenziali (RSA) con alcune eccezioni dove vengono elencate anche le residenze assistenziali (RA)". L'ultimo censimento delle "strutture residenziali di accoglienza per anziani (che riguarda RSA e RA) "preparato dal Ministero dell'Interno parla di 5.858 strutture - pubbliche e private - al 31 dicembre 2008, di cui 3.409 strutture che "accettano anziani non autosufficienti"[54].

Se si fa riferimento invece a ricerche informali, come possono essere quelle relative agli annunci delle Pagine Gialle, le strutture si aggirano intorno a 6.500 (febbraio 2011). La distribuzione geografica delle strutture è particolare, con 900 la Sicilia è la regione con più istituzioni, anche se solo la metà sono state censite dal Ministero dell'Interno; mentre il 34% è presente in Lombardia.

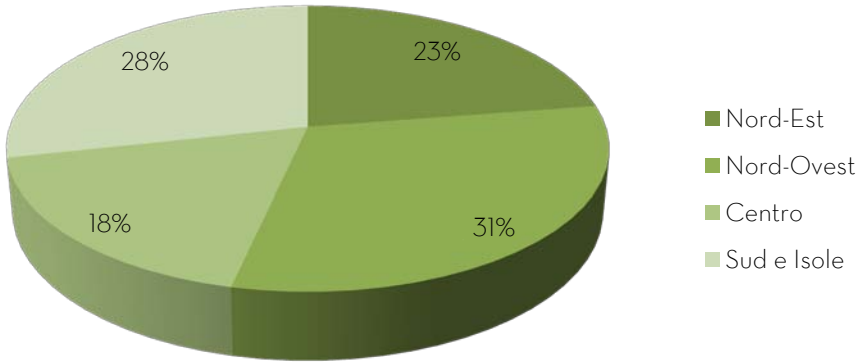


Grafico 2.1 - Distribuzione per area geografica del totale delle strutture residenziali per anziani rilevate negli elenchi delle Pagine Gialle e delle Camere di Commercio e indicate da altre fonti

[54] AA.VV. *"Le case di riposo in Italia, un settore che non conosce crisi",* prima indagine nazionale Auser, pag. 1, Auser, 2011, pag. 1

L'offerta dei servizi di residenza e la domanda dei cittadini sono molto diversificate sul territorio nazionale. "Si passa da contesti dove i ricoveri e le istituzionalizzazioni sono molto frequenti quale la Lombardia (RSA 3,5%; lungodegenza 0,3%; riabilitazione 5,1%) e il Trentino-Alto Adige (RSA 4,0%; lungodegenza 3,1%; riabilitazione5,0%) ad altri quali la Campania e la Basilicata dove non è frequente né l'uso di residenze ad elevata intensità assistenziale sanitaria (RSA: 0,1% e 0% rispettivamente), né il ricorso all'ospedale in *setting* post-acuto (lungodegenza: 0,4% in entrambe le Regioni; riabilitazione 1,4% e 0,8%)"[55].

Immagine 2.1 – RSA Montemurlo, Ipostudio - 1999

[55] Network Non Autosufficienza, *"L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 3° Rapporto"*, Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità, Maggioli editore, 2011, pag. 23

REGIONI	Rsa	Lungodegenza ospedaliera (cod. 60)		Riabilitazione int. Ospedaliera (cod.56)	
	Degenze x 1000 anziani	Durata media degenza	Degenze per 100 anziani	Durata media degenza	Degenze per 100 anziani
Piemonte	7,6	34,5	0,9	29,2	2,7
Valle d'Aosta	8,2	-	-	-	-
Lombardia	35,3	27,9	0,3	21,3	5,1
Trentino-Alto Adige	40,4	29,9	3,1	20,1	5
Veneto	5,4	25,1	1,4	22	2,5
Friuli-Venezia Giulia	34,9	15	0,1	35,6	0,6
Liguria	16,3	-	0	-	2,3
Emilia-Romagna	8,6	30,9	3,2	25,6	1,8
Toscana	15,4	32,1	0,3	21,1	1,3
Umbria	4	19,4	0,1	16,8	0,8
Marche	8,8	27,2	1,4	29,5	1
Lazio	4,7	84,2	0,6	38,7	3,3
Abruzzo	7,4	19,8	0,4	14,1	5,6
Molise	0	33,4	0,3	34,4	2,7
Campania	0,6	48,6	0,4	32,7	1,4
Puglia	0,3	20	1	25,1	2,1
Basilicata	0	26,6	0,4	24,3	0,8
Calabria	2,7	53,7	0,7	29,7	1,4
Sicilia	2	18,6	0,2	27,6	1
Sardegna	3,5	34,5	0,4	34,9	0,1
ITALIA	11,8	33,5	0,8	25,1	2,5

Tabella 2.2 – Degenze in RSA (% anziani), durata media e tassi di degenza nei reparti di lungodegenza e riabilitazione intensiva ospedaliera (% anziani). Fonte: Istat, Struttura e attività degli strumenti di cura (2010b) e Istat, L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia (2010a).

2.3 Problematiche e obiettivi futuri

Negli anni recenti si è assistito ad un potenziamento dell'offerta residenziale per anziani senza precedenti, per progettualità e risorse dedicate. "Numerose Regioni hanno potenziato gli stanziamenti dedicati e hanno puntato sullo sviluppo dei servizi alla persona"[56]. L'obiettivo è quello di garantire alla persona anziana un'assistenza adeguata, un servizio flessibile che permetta di far fronte alle esigenze in base al diverso grado di disabilità e al luogo in cui la persona vive, conciliando un migliore servizio offerto con il contenimento dei costi. Oltre al trattamento specialistico e riabilitativo delle malattie degenerative, proprie dell'età avanzata, compito essenziale è quello di attuare interventi di prevenzione in grado di minimizzare i principali fattori di rischio e promuovere adeguati stili di vita in ogni età, favorendo parallelamente l'accesso ai servizi e l'integrazione del soggetto nel proprio contesto sociale.

Dall'analisi del quadro nazionale si desume tuttavia come, nonostante le numerose iniziative a livello locale, continui ad esserci un gap tra l'assistenza domiciliare e le residenze assistite, nelle quali le persone con una lieve compromissione non si riconoscono.

Le strutture residenziali sono ancora entità non ben definite, con nomi differenti a seconda del contesto locale; inoltre si presentano sul territorio nazionale in modo disomogeneo, a causa della diversità demografica e socioeconomica tra le varie regioni.

Una parte consistente delle strutture socio-assistenziali è posizionata inoltre in aree a basso costo immobiliare, soprattutto nei grandi centri abitati (Roma, Milano, Torino e Napoli). L'anziano in questi casi è costretto, oltre al disagio di dover cambiare il suo domicilio, all'ulteriore disagio di vivere distante, spesso decine di chilometri, dal proprio nucleo familiare. "Si tratta di un vero e proprio fenomeno di "migrazione" territoriale dell'anziano, in diversi casi l'abbandonato a se stesso, anche a causa della distanza"[57].

Tale orientamento è stato recepito dall'Unione Europea, che ha proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni", e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha dedicato la Giornata Mondiale della Salute 2012 a "Invecchiamento e salute: la buona salute aggiunge vita agli anni"[58].

[56] IDEM, pag. 35
[57] Montemurro F., *"Le case di riposo in Italia, prima ricerca nazionale Auser sulle Case di Riposo"*, Auser, 2011, pag. 8
[58] World Health Organization, *"World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers"*, WHO, 2012

3 _ NUOVE RESIDENZIALITÀ

3.1 Tra casa e RSA

Per affrontare in modo adeguato la sfida dell'invecchiamento della popolazione è necessario che il sistema sanitario e sociale si adattino velocemente ai cambiamenti e alle nuove esigenze, con risposte sia in ambito tecnologico che organizzativo, al fine di evitare l'ospedalizzazione o il ricovero in strutture assistenziali troppo invasive. Le nuove soluzioni devono privilegiare la prevenzione, la riabilitazione e le facilitazioni ambientali, contemporaneamente al sostegno sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia.

Fino agli anni '70, nel continente europeo, si poteva osservare un mondo di servizi sostanzialmente bipolare: da un lato erano presenti servizi ospedalieri e dall'altro residenze specializzate, con soggiorni di lungo periodo, dotate di servizi sanitari. L'attenzione sul tema della malattia piuttosto che sullo svolgimento della vita quotidiana è ancora prevalente in Italia. Dagli anni '80, con l'introduzione dei Group Homes, l'interesse si sposta dal tema della malattia a quello dei bisogni fisici ma anche emotivi delle persone. Si comincia a parlare di unità abitative e contesti residenziali in grado di fornire supervisione, assistenza e servizi low care come la pulizia degli ambienti e governo della casa.

La rete dei servizi in Italia però è orientata verso le disabilità più gravi o verso le malattie più debilitanti, mentre sono molto meno diffuse le soluzioni che possano riguardare anziani con esigenze meno acute o meno specifiche. In uno scenario con risorse limitate come quello italiano, sarebbe necessario costruire delle soluzioni che possano permettere alle persone e alle loro famiglie la gestione il più possibile autonoma del sé. Con il passare degli anni infatti le strutture residenziali tradizionali si occuperanno dei casi di gravità sempre più estrema a causa dell'ingrossamento delle proprie liste di attesa. È necessario garantire un servizio idoneo agli anziani non autosufficienti in modo tale che non gravino sulla famiglia o su assistenti familiari (badanti) più di quando non avvenga attualmente.

Nuovi modelli di intervento orientati a ripensare il concetto di abitare della persona anziana sono in atto in molti paesi sviluppati, dalle politiche di adattamento di abitazioni non idonee, alla diffusione di modelli di housing sociale con servizi accessori, a nuove forme di residenzialità comunitaria. In molti paesi queste procedure rientrano in consistenti strategie politiche, al fine di rinnovare i paradigmi e le usanze tradizionali. "Le nuove forme di residenzialità sociale adottano soluzioni organizzative leggere e valorizzano in modo particolare la dimensionale relazionale del rapporto di cura"[59].

[59] Sala F., "Sono possibili buone forme di residenzialità per anziani? I risultati del progetto Abitare Leggero", LombardiaSociale, Aprile 2013

Il passaggio da una vita indipendente ad una vita assistita è un percorso graduale sia personale che sociale, coinvolge infatti l'intera comunità. La capacità di agire con interventi mirati nelle situazioni non ancora di compromissione totale dell'anziano permette ridurre di molto i rischi per le persone anziane e di evitare soluzioni che graverebbero maggiormente sul SSN.

Il territorio che va indagato quindi è quello intermedio fra casa e RSA, simile e prossimo all'abitazione originaria con sostegno e aiuti di tipo sociale e, se necessario, sanitario. È un mondo che va dal housing sociale a soluzioni meno convenzionali di residenzialità di piccole dimensioni; il fine comune è far sì che la persona anziana si senta parte di una comunità lungo tutto il suo processo di invecchiamento.

La maggior parte del patrimonio abitativo italiano non è adatto a soluzioni di domiciliarità, infatti non si adatta alle esigenze di persone con limitazioni funzionali. Anche le più recenti realizzazioni difficilmente tengono conto dell'invecchiamento delle persone e hanno spesso lo svantaggio di essere lontane dal centro cittadino e di conseguenza dai servizi e dalla socialità. "Le politiche di adattamento delle abitazioni sperimentate in molti paesi prevedono semplici soluzioni costruttive in grado di migliorare la fruibilità anche all'emergere di limitazioni funzionali"[60].

Si prefigura quindi la soluzione più idonea in un sistema residenziale organizzato per livelli crescenti di intensità, sia di assistenza sociale che sanitaria. Anche se questo può implicare il cambiamento di residenza per alcuni anziani, evita un continuo cambio di struttura via via che le invalidità legate all'invecchiamento si fanno più evidenti.

[60] "AA.VV., *"Abitare Leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani"*, Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014, pag. 10

3.2 Nuove forme di residenza per anziani

I nuovi tipi di residenze sociali, che si posizionano tra l'assistenza domiciliare e le RSA, sono spesso rappresentati da strutture di dimensioni contenute, con una forte impronta domestica e una forte attenzione alla sfera relazionale del rapporto di cura. Per questi motivi trovano un riscontro positivo tra famiglie e utenti, anche grazie a servizi meno costosi; sono apprezzate anche dagli enti gestori perché più facilmente gestibili rispetto alle RSA.

Libertà di scelta, integrazione urbana, dinamicità dei servizi e intergenerazionalità nella progettazione sono quelle caratteristiche che possono rendere efficaci le nuove forme di residenza per anziani. I nuovi modelli favoriscono un approccio diverso rispetto alle residenze sanitarie tradizionali; si propongono di accompagnare le fragilità che ogni persona incontra nell'invecchiare, favorendo il più possibile le autonomie e assolvendo i bisogni propri di ognuno. Se le soluzioni abitative sono vicine alle prospettive di vita di un individuo, è chiaro che la fatica di adattamento ad un nuovo luogo si riduce ed è più semplice trovare un punto di equilibrio. Più una soluzione è flessibile grazie alla plasticità dei suoi servizi, più sarà facile che una persona si adatti ad essa.

Alcune realtà innovative si distinguono per la loro connotazione polifunzionale, dando spazio a varie tipologie di servizi che possano seguire l'anziano nei diversi stadi della disabilità, da quelli di tipo alberghiero a quelli sanitari, come la riabilitazione. Il fine è quello di dare vita ad una sorta di "città integrata composta da strutture dedicate ad attività specialistiche e ad altre attività ad esse correlate, con una particolare attenzione alla qualità della relazione tra ospiti e il personale che vi lavora o che vi svolge attività di volontariato"[61].

Da alcuni anni stanno nascendo anche soluzioni che rispondono al modello del cohousing, nel quale sono coinvolte anche persone anziane. È una modalità di abitare che si ispira alla solidarietà e all'aiuto reciproco. Le strutture contengono sia spazi privati per i nuclei familiari, sia zone comuni da destinare a servizi e/o alle relazioni tra gli abitanti. Per quanto riguarda le abitazioni per anziani, si possono sviluppare in due modi differenti: alloggi per anziani soli o in coppia affiancati ad altri nuclei destinati ad altre tipologie di utenti, garantendo una protezione informale[62] e favorendo la solidarietà tra generazioni; oppure interi complessi

[61] Bernabei R., Onder G., *"Invecchiare oggi"*, Enciclopedia Treccani, 2010

[62] Scortegogna R., *"Quali risposte al bisogno dell'abitare con l'anziano? Famiglie sospese tra domiciliarità e residenzialità"*, tratto da http://www.socialesalute.it/temi-in-discussione/quali-risposte-al-bisogno-dellabitare-con-lanziano-famiglie-sospese-tra-domiciliarit-e-residenzialit.html, 2013

riservati a residenze per anziani, incoraggiando forme di mutuo aiuto tra gli anziani stessi. Le forme di cohousing hanno risvolti certamente interessanti, che rispondono alle caratteristiche generali del nuovo abitare: da un lato offrono una risposta adeguata al bisogno materiale di abitare a costi contenuti, dall'altro implementano le relazioni di appartenenza ad una comunità e al territorio.

Data la grande varietà di nuove tipologie di residenze, tutte con denominazioni differenti, è opportuno ricomporle in due macro-gruppi per una comprensione più immediata. Il primo gruppo comprende soluzioni o strutture idonee alla vita indipendente (Independent Living Facilities)[63].

Tra i modelli più diffusi compaiono:

- Abitazioni protette
- Appartamenti in condivisione
- Co-housing
- Case albergo
- Maison Cangourou

Queste strutture sono realizzate seguendo particolari accorgimenti architettonici e sono arricchite da servizi alla persona di ridotta intensità, anche solo su richiesta, come governo della casa, spesa a domicilio, trasporti, ecc. Gli abitanti possono condividere spazi e servizi comuni (cucina e lavanderia) ma sono totalmente autonomi nella gestione della propria quotidianità. L'accesso avviene solitamente intorno ai 70 anni, a causa di fragilità sociali, difficoltà abitative specifiche o limitazioni funzionali minime. Il soggiorno all'interno di queste strutture è normalmente pluriennale.

Il secondo gruppo riguarda invece quelle strutture provviste di servizi per la vita assistita (Assisted Living Facilities)[64] come:

- Comunità alloggio
- Residenze sociali
- Homes for the Aged
- Hotel Care

[63] "AA.VV., *"Abitare Leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani"*, Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014, pag. 10
[64] IBIDEM

Anche se queste strutture sono organizzate in forma comunitaria, possono comunque avere l' appartamento come unità primaria di accoglienza, come accade negli Usa e nei Paesi scandinavi, oppure la più classica camera singola/doppia con bagno privato. I servizi garantiti da queste abitazioni hanno il fine di sostenere la riduzione dell'autonomia e di assistere l'anziano 24 ore su 24. Questi organismi accolgono persone normalmente più anziane rispetto al gruppo precedente (oltre gli 80-85 anni), con limitazioni funzionali che interessano anche l'area delle ADL[65]. "La durata dell'accoglienza dipende soprattutto dalla consistenza della rete familiare"[66]: in Italia si limita solitamente a pochi mesi, tempo necessario alla persona per superare delle difficoltà temporanee.

Con il passare degli anni queste due macro-aree tendono a mescolarsi, sono infatti sempre più diffusi nuovi progetti che provano a integrare normali abitazioni con servizi per la vita assistita.

"Il modello più noto è quello della *Continuing Care Retirement Community* statunitense, che offre agli "anziani più giovani" soluzioni abitative di qualità integrate da servizi - di prossimità, domiciliari, di residenzialità leggera o istituzionale nelle loro diverse articolazioni - in grado di accompagnare le persone senza richiedere ulteriori cambiamenti di luogo e di riferimenti"[67]. Anche nei recenti esempi sviluppatisi nella regione Lombardia si trovano sempre più spesso centri polifunzionali, che raggruppano diverse tipologie di residenza e servizi. Uno dei problemi a cui i progettisti possono andare incontro è la creazione di cittadelle per anziani che essendo isolate non permettono l'integrazione e il reciproco aiuto garantito dall'intergenerazionalità.

L'insieme di queste differenti tipologie rientra nella definizione più generica di *Residential Facilities* (RF), introdotta nel 1968. Con RF si intendono le "strutture di cura di lungo periodo, che garantiscono supervisione e assistenza nelle attività della vita quotidiana, fornendo anche, quando necessario, servizi medici e di assistenza infermieristica"[68]. Nel 2003 però è stato introdotta la definizione di *Assisted Living Facilities,* che comprende al suo interno residenze con configurazioni diverse, alle quali possono essere accorpati servizi sanitari e alberghieri, che hanno come hanno come obiettivo l'indipendenza degli abitanti.

[65] ADL= Difficoltà nello svolgimento di funzioni della vita quotidiana
[66] "AA.VV., *"Abitare Leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani*", Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014, pag. 11
[67] IDEM, pag. 12
[68] IDEM, pag. 28

3.3 La situazione europea

Nei paesi europei è crescente l'attenzione verso il processo di invecchiamento della popolazione e alla progettazione di nuovi ambienti per gli anziani. Secondo l'Osservatorio Europeo del Social Housing, in Europa solo l'1% degli alloggi è idoneo alle esigenze degli anziani[69]. In Germania e in Francia, come del resto negli Stati Uniti, vanno diffondendosi proposte residenziali orientate specificatamente a persone over60. Sono abitazioni collocate in centri urbani ed integrate da servizi accessori per la socializzazione e il benessere. Queste soluzioni possono essere ricondotte a categorie specifiche.

Macro-categoria	Tipologie
Alloggi singoli	Privati-adattati
	Pubblici-agevolati
Alloggi accorpati	Mono-generazionali
	Multi-generazionali
Alloggi protetti	Servizi di prossimità
	Centro servizi comunitario
	Contratto canguro
	Servizi domiciliari di supporto
	Servizi sanitari di base a richiesta
	Alta intensità sanitaria al bisogno
Micro comunità	Case-famiglia
	Tipologia Abbeyfield
	Cantous
Residenze	Case albergo
Residenze comunitarie	Supporti assistenziali
	Socio-sanitarie di base
	Media-alta intensità sanitaria
	hospice

Tabella 3.1 - Categorie e tipologie delle soluzioni residenziali europee (Fonte: Predazzi[70], 2013)

[69] Censis, "*Social Housing e agenzie pubbliche per la casa*", Roma, Dexia Crediop, Federcasa, 2008
[70] Predazzi M., "*Arco di vita e habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali*", Milano, Fondazione Housing Sociale, 2013

3.2.1 Alloggi autonomi

Rientrano in questa categoria quelle tipologie abitative che coniugano la privacy con il giusto grado di socialità. Formano blocchi residenziali integrati e hanno nomi differenti a seconda del paese in cui sorgono, ad esempio le *Samyres Residences* in Spagna o le Case Protette svedesi. Un esempio particolare è *VieDome* ("rimanere a casa senza problemi") in Olanda, dove sono stati messi in rete degli alloggi che hanno accessibilità a servizi esterni di quartiere attraverso un terminale domestico a banda larga.[71]

3.2.2 Alloggi protetti

In molti paesi europei il concetto di protezione è alla base delle politiche per l'invecchiamento, con investimenti economici ingenti e significativi sforzi organizzativi e progettuali. Una delle caratteristiche fondamentali di queste abitazioni è la prossimità: "gli appartamenti satellite delle *Maison de Retraite* francesi e le *Sheltered Houses* svedesi sono collocate nelle immediate vicinanze di servizi civici e ospedalieri da cui attingere sicurezza e servizi"[72]. In altri casi, come nelle *Residences-Services* francesi, troviamo unità singole collegate ad un centro comunitario, che garantisce servizi e sicurezza alle persone anziane. Meritano un riferimento particolare la *Maison Cangourou* in Belgio e la *Kangaroo House* in Danimarca, cioè abitazioni-canguro formate da due appartamenti comunicanti, uno per un anziano residente e l'altro per una famiglia *caregiver* che offre servizi di assistenza.

3.2.3 Cohousing - Microcomunità

Questo nuovo modo di abitare è stato introdotto da *Abbeyfield International*, che ha costruito una rete di residenze condivise, non solo in Europa, con camere private, zona-giorno condivisa e altri spazi comunitari. Questo modello ha ispirato le contemporanee esperienze di co-housing per anziani in tutta Europa, come è il *Cantou* francese, che permette la coabitazione di 8-10 persone anziane, con autonomia ridotta o con demenza iniziale, come in una specie di famiglia allargata. Il sistema non è fondato sull'aiuto reciproco, ma sono presenti operatori per il supporto assistenziale.

[71] AA.VV., *"Abitare Leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani"*, Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014, pag.38
[72] IDEM, pag.39

3.2.4 Residenze comunitarie

Le strutture comunitarie rappresentano probabilmente la tipologia più tradizionale. Fanno parte di questa realtà persone di età più avanzata, con necessità simili a quelle che trovano risposta nelle classiche RSA. Sono proposte residenziali che spaziano dagli *Hotel Care* olandesi, case albergo attrezzate per fasi riabilitative e di convalescenza, fino agli Hospices. Vengono sperimentate soluzioni sempre più idonee alla persona anziana affetta da disabilità, con grande impegno nella progettazione architettonica. Si cita a titolo esemplificativo il concept sperimentale per cellule abitative integrate di Francisco e Manuel Aires Mateus per la casa di riposo ad *Alcacer do Sal* in Portogallo.

Immagine 3.1 - Residenze per anziani autonomi e non - Alcácer do Sal, Portogallo

3.4 Convivenza intergenerazionale

Meritano un discorso a parte, che sarà affrontato nel seguente capitolo, gli alloggi individuali in ambienti multigenerazionali. La frontiera più avanzata delle abitazioni per persone anziane sempre più di frequente incontra generazioni di età differenti. I bisogni di un anziano, che nei casi più tradizionali sono assolti da personale privato o pubblico, in questi casi trovano risoluzione in un reciproco aiuto tra individui di diverse età. In aree della città con differenti tipologie sociali e logistiche, vengono introdotti appartamenti per anziani, studenti e giovani famiglie, affiancati ad un ampio corredo di servizi sociali e comunitari di quartiere. Generalmente vengono articolate distinte aree per le diverse popolazioni, in collegamento tra loro in modo da consentire sia la reciproca indipendenza, sia occasioni di incontro e socializzazione. Il nucleo abitativo è di ridotte dimensioni a favore della connessione con il quartiere e i diversi servizi offerti (attività commerciali, servizi sanitari, trasporti pubblici).

Un esempio molto diffuso sono gli alloggi di anziani che ospitano studenti universitari con forme contrattualizzate come la rete *Ensemble 2 Générations* diffusa sul territorio francese. Uno dei paesi in cui questa tipologia si è diffusa maggiormente è la Germania, in cui ormai quasi ogni centro urbano ospita una *Mehrgenerationenhaus*. Un interessante intervento architettonico e di riqualificazione urbana si può osservare nelle *Viviendas dotacionales* di Barellona[73]. La particolarità dell'intervento sta nel fatto che una volta realizzato lo stabile, viene stipulato un contratto fra comune e cooperativa sociale che si impegna a garantire alcuni servizi di base come un responsabile, un educatore/animatore e un operatore sociale. Sul piano concettuale invece è impossibile non citare *Le Balloir* di Liegi in Belgio, "residenza multi generazionale con sinergie virtuose di auto-aiuto tra residenti anziani, madri in difficoltà, bambini e giovani socialmente fragili"[74].

3.5 Abitare Leggero – L'esperienza lombarda

Il progetto Abitare Leggero ha analizzato una selezione di realtà abitative e annessi servizi non istituzionali attivi nella regione Lombardia. "Sono state selezionate *soluzioni abitative di edilizia pubblica o privata* indirizzate esplicitamente a persone anziane, *soluzioni abitative integrate da servizi accessori, strutture di residenzialità comunitaria sociale*, di breve o lungo periodo, anche integrate in *complessi polifunzionali*"[75]. Dalla ricerca sono emerse molte analogie con i modelli internazionali, sia per quanto riguarda i servizi offerti dalle nuove strutture, sia per il target della popolazione che ne usufruisce. In Italia, come negli altri paesi europei, i cambiamenti seguono le linee di riforma del welfare, favorendo flessibilità, territorialità e aiuto alle famiglie.

Gli organismi analizzati si differenziano dal punto di vista del sostegno abitativo o della residenzialità, ma tutti hanno come fine quello di favorire la vita indipendente dell'anziano e di seguirlo nelle esigenze di vita assistita, in maniera però non istituzionale ma da un punto di vista familiare. Questa ricerca suggerisce quindi alcuni interventi possibili in Italia per lo sviluppo di nuovi modelli di accoglienza per persone anziane. Sono state analizzate 61 strutture, realizzate negli ultimi dieci anni, di cui 52 hanno partecipato a tutti le fasi di indagine e ricerca. Le strutture sono divise in nove province lombarde (tabella 3.2), gestite per la maggior parte da cooperative sociali, comuni o associazioni di volontariato.

---

[73] Cocco F., Pibiri R., *"Residenze sociali con servizi per anziani. Il modello della "vivienda dotacional" del Comune di Barcellona"*, Atti del convegno Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa, Milano, Espanet Conference, 2011

[74] AA.VV., *"Abitare Leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani"*, Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014, pag. 38

[75] IDEM, pag. 64

Provincia	Numero
Brescia	18
Milano	13
Monza e Brianza	5
Cremona	4
Varese	4
Lecco	3
Pavia	3
Bergamo	1
Sondrio	1
TOTALE	52

Tabella 3.2 - Ubicazione delle strutture di Abitare Leggero (Fonte: Abitare Leggero, 2013)

Le strutture sono state suddivise in due macrogruppi, rispettivamente le *strutture abitative (Ab)* e quelle di *residenzialità comunitaria (Rc)*, per meglio essere confrontare con i modelli di riferimento, cioè le *soluzioni per la vita indipendente* e le *soluzioni per la vita assistita*.

Tipologia di accoglienza	Numero
Vita indipendente (Ab)	25
Vita assistita (Rc)	27
TOTALE	52

Tabella 3.3 - Tipologia di accoglienza prevalente delle strutture di Abitare Leggero (Fonte: Abitare Leggero, 2013)

La tabella 3.4 mostra la variabilità del numero degli appartamenti e dei posti letto: nel complesso "l'85% delle Rc ha meno di 20 posti mentre il 60% delle Ab meno di 10 appartamenti; le restanti Ab sono distribuite fra i 20 e i 50 appartamenti"[76]. La maggior parte delle strutture garantisce un'accoglienza sia di breve che di lungo periodo, anche se in alcune strutture è prevista una durata massima di soggiorno che varia dai 30 ai 120 giorni.

[76] IDEM, pag. 68

Soluzioni abitative per la vita indipendente (Ab)	Soluzioni residenziali per la vita assistita (Residenze comunitarie,Rc)
- Soluzioni per l'autonomia e l'indipendenza dell'anziano - Persone autonome - Tipologia ad appartamento - Appartamento singolo o condiviso con coniuge o persone scelte dall'ospite - Bagno privato - Cucina autonoma - Spazio soggiorno privato - Arredi personalizzati - Gli operatori accedono nell'alloggio solo con permesso - L'ospite entra e esce dalla struttura in autonomia - Portineria - Telesoccorso	- Soluzioni per l'autonomia e l'indipendenza dell'anziano con funzioni di sostegno - Servizi assistenziali garantiti dalla struttura - Tipologia a camera - Può essere condivisa con estranei - Bagno privato o condiviso - Cucina comune - Libero accesso degli operatori - Autorizzazione per uscire dalla struttura - Portineria - Telesoccorso - Assistenza h24

Tabella 3.4 - Criteri adottati per l'attribuzione dei modelli alla tipologia abitativa o comunitaria (Fonte: Abitare Leggero)

Nelle tabelle 3.5, 3.6 e 3.7 sono stati documentati i diversi servizi offerte dalle strutture, sia quelli di sostegno alla vita quotidiana che quelli alla persona. Le Rc solitamente offrono maggiori servizi alla persona rispetto alle Ab, mentre i servizi accessori (portineria sociale, telesoccorso, teleassistenza, reperibilità e pronto intervento sulle 24 ore, trasporto e accompagnamento) possono riguardare entrambe le tipologie residenziali. Le funzioni più tipicamente sanitarie, come preparazione e aiuto nella somministrazione delle terapie orali, terapia intramuscolo, attività fisica assistita, rilevazioni delle variabili fisiologiche, misurazione della glicemia, insulino-terapia, sono più caratteristiche delle Residenze Comunitarie e possono essere gestite sia dal personale proprio della struttura che da professionisti esterni.

Servizi accessori	Base	A richiesta	Totale
Servizi di mediazione di mediazione di rete	41	3	44
Servizi di monitoraggio	44	0	44
Ascolto e servizio sociale	40	3	43
Sostegno all'attività del medico di famiglia	37	1	38
Piccola manutenzione	36	2	38
Case-management e care-management	28	5	33
Primo intervento h24	33	0	33
Numero telefonico di riferimento h24	30	1	31
Portineria sociale	20	0	20
Telesoccorso	16	2	18
Teleassistenza	13	2	15

Tabella 3.5 - Servizi accessori delle strutture di Abitare Leggero (Fonte: Abitare Leggero, 2013)

Servizi di sostegno	Base	A richiesta	Totale
Pulizia e controllo degli spazi comuni	43	0	43
Lavanderia	32	10	42
Animazione e attività di socializzazione	40	2	42
Assistenza alla pulizia	38	3	41
Servizi di trasporto e accompagnamento	26	11	37
Parrucchiere	21	16	37
Podologo	17	19	36
Iniziative culturali	26	1	27
Collaborazione domestica	19	4	23
Consegna pasti	3	18	21
Consegna spesa	5	6	11
Consegna farmaci	5	6	11
Offerta di assistenti familiari/badanti	4	4	8

Tabella 3.6 - Servizi di sostegno alla vita quotidiana di Abitare Leggero (Fonte: Abitare Leggero, 2013)

Servizi alla persona	Base	A richiesta	Totale
Bagno assistito	35	8	43
Aiuto nell'igiene personale	34	8	42
Assistenza all'assunzione terapie per via orale	36	6	42
Preparazione pasti	30	12	42
Rilevazione variabili fisiologiche	35	6	41
Assistenza infermieristica	26	13	39
Aiuto nell'utilizzo di servizi igienici	31	6	37
Trasferimenti letto-sedia	30	7	37
Sostegno alla deambulazione	31	6	37
Sostegno alla nutrizione	29	7	36
Attività fisica	28	7	35
Riabilitazione	8	27	35
Servizio mensa	20	3	23
Assistenza medica	12	9	21

Tabella 3.7 - Servizi alla persona di Abitare Leggero (Fonte: Abitare Leggero, 2013)

Il progetto Abitare Leggero si è successivamente focalizzato su 12 strutture, 6 abitative e 6 di vita assistita, per indagare più nello specifico, attraverso sopralluoghi e valutazioni dirette, la qualità architettonica e dell'analisi prossemica.

Nella maggior parte dei casi, gli organismi analizzati si sviluppano all'interno di edifici preesistenti e che non presentano dunque una progettazione architettonica specifica; molto spesso capita che la destinazione d'uso precedente abbia poco a che fare con quella attuale, con la conseguente necessità di riconversione degli spazi esistenti. Ciò ha comportato, in alcuni casi, che gli spazi interni non fossero modificabili al 100%, anche con interventi di costo elevato. Un punto a favore delle preesistenze è la loro ubicazione: spesso infatti sono posizionate in contesti urbani, con la possibilità di usufruire dei servizi circostanti.

Dal punto di vista architettonico è emerso come non ci siano delle linee progettuali comuni nelle risposte formali e nella distribuzione spaziale. Si evidenziano tuttavia anche elementi di qualità che concorrono a una buona progettazione degli spazi, soprattutto in riguardo al senso di familiarità, la semplicità dei flussi di distribuzione, colori ben distinti per le diverse aree funzionali e percorsi ad anello arricchiti da luoghi d'interesse. "Rispetto al tema della personalizzazione, oltre l'80% delle strutture analizzate, la permette e la

promuove. Gli interventi riguardano soprattutto gli spazi privati, ma anche le aree di accesso e alcuni spazi comuni"[77]. È da notare come il 50% delle strutture abbia un'organizzazione degli spazi interni che si basa sulla disposizione delle case tradizionali, con la presenza a volte di elementi archetipi come il salotto o il camino. La qualità architettonica va interpretata come un servizio a tutti gli effetti: aumenta la qualità della vita e rassicura le persone.

Le strutture sono sempre articolate in ambito privato e ambito pubblico. La parte privata, di dimensioni ridotte, è riservata alla vita individuale della persona residente, mente la parte pubblica prevede, che comprende anche gli spazi esterni, è adibita a funzioni di tipo sociale e comunitario. "L'orientamento e la riconoscibilità degli spazi derivano dall'organizzazione gerarchica e dalla loro progettazione, attraverso la realizzazione di spazi intermedi di relazione tra quelli che si aprono all'esterno e quelli privati"[78].

Soluzioni che si prestano alla reversibilità e flessibilità degli spazi, o aspetti tecnici come la domotica, sono quasi del tutto assenti negli organismi analizzati: solo il 15% delle strutture prese in esame è stata progettata pensando ad una flessibilità impiantistica, che permetta di modificare o incrementare le dotazioni esistenti. I sistemi più diffusi rimangono quelli per la comunicazione telefonica o di telesoccorso, mentre sono rari quelli di videosorveglianza o di comunicazione audio-video.

Nelle strutture analizzate si trovano "anziani con necessità assistenziali di entità ridotta, indipendenza residua nelle funzioni chiave e senza anomalie comportamentali maggiori. Nel complesso, la popolazione accolta nel campione di Abitare Leggero appare in gran parte inappropriata per l'accoglienza in RSA"[79]. Gli ospiti delle soluzioni abitative hanno un'età media al momento dell'accoglienza pari a 74 anni nelle Ab e 83 nelle Rc, con una forte prevalenza di persone di sesso femminile (72,3%). Le Rc accolgono quindi persone di 10-15 anni più anziane rispetto alle Ab, anche se esistono casi in cui sono presenti individui più giovani, interessati da disabilità mentale o disagio sociale.

[77] IDEM, pag. 72
[78] IDEM, pag. 73
[79] Sala F., "Sono possibili buone forme di residenzialità per anziani? I risultati del progetto Abitare Leggero", LombardiaSociale, Aprile 2013

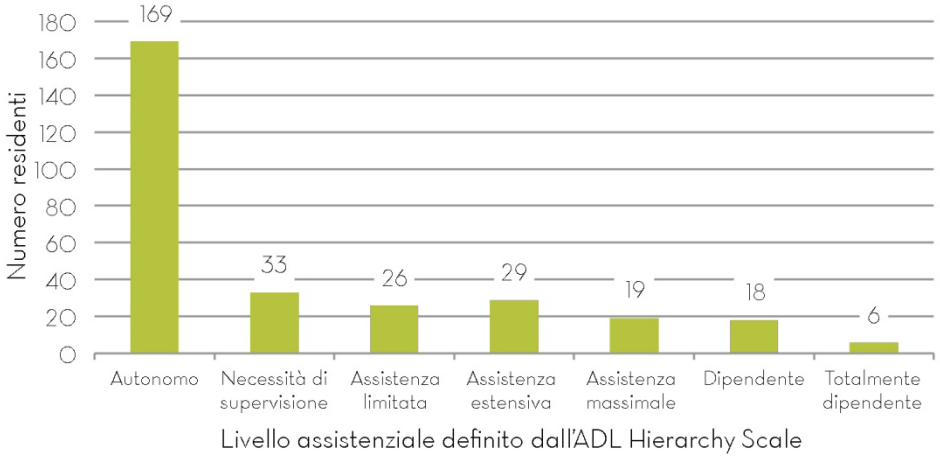


Grafico 3.1 - profilo funzionale e delle autonomie dei residenti nelle strutture censite (Fonte: Abitare Leggero)

Nelle Rc sono presenti anziani con maggior numero di esigenze, per questo le dimensioni delle strutture sono contenute. La soluzione di affiancare un numero minore di operatori rispetto al numero degli assistiti permette costi più limitati senza intaccare la qualità del servizio. "Un operatore assistenziale per turno può seguire in modo adeguato poco più di 10 anziani con esigenze limitate"[80], ma in caso di necessità o in determinate fasce orarie può essere affiancato da altro personale.

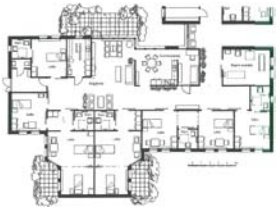
L'obiettivo dei servizi di vita indipendente e assistita favoriscono l'autonomia, la socialità e la sensazione di sicurezza, in una formula che non è valida solo per gli anziani, ma anche per altri ambiti di residenzialità protetta, come ad esempio persone con problemi psichiatrici oppure famiglie e madri in difficoltà.

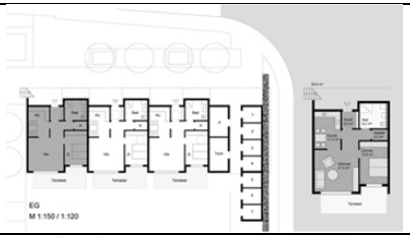
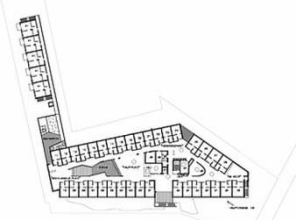
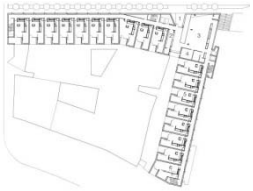
[80] AA.VV., *"Abitare Leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani"*, Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014, pag. 95

4 _ CASI STUDIO

Di seguito vengono riportati alcuni casi studio con caratteristiche differenti, selezionati al fine di mettere in luce aspetti concettuali, funzionali, dimensionali o formali. I primi quattro riguardano nello specifico residenze per anziani e sono ordinati, seguendo la logica dei capitoli precedenti, in base al grado di autosufficienza degli utenti, dagli alloggi in comune all'hospice. Il gruppo successivo prende invece in esame quattro strutture multigenerazionali europee, che si avvicinano concettualmente alla tipologia che verrà approfondita nella seconda parte del presente lavoro.

Figura 4.1 - Casi studio europei

	Anno	Paese	Destinatari	Planimetria
Comunità alloggio a San Lazzaro di Ravenna	1992	Italia	Anziani autonomi	
Centro anziani	2011	Svizzera	Anziani parzialmente e non autosufficienti	
Casa protetta	1984	Svezia	Anziani non autosufficienti	
Residenze ad Alcácer do Sal	2007	Portogallo	Anziani non autosufficienti	
Centro residenziale per le cure palliative - Hospice	2004	Italia	Pazienti terminali	

	Anno	Paese	Destinatari	Planimetria
Casa multigenerazionale St. Severin	2010	Germania	Anziani autonomi, genitori soli, single, coppie, famiglie	
Mixed-generation Housing	2008	Germania	Anziani autonomi, famiglie	
Casa multigenerazionale	2010	Germania	Anziani autonomi, single, giovani famiglie	
Casa delle generazioni	2013	Austria	Anziani parzialmente autosufficienti, bambini	
Vivienda dotacional a Can Travi Horta Guinardó	2005	Spagna	Anziani autonomi, giovani, donne in difficoltà, disabili	

4.1 Comunità alloggio, San Lazzaro di Ravenna, 1990-92

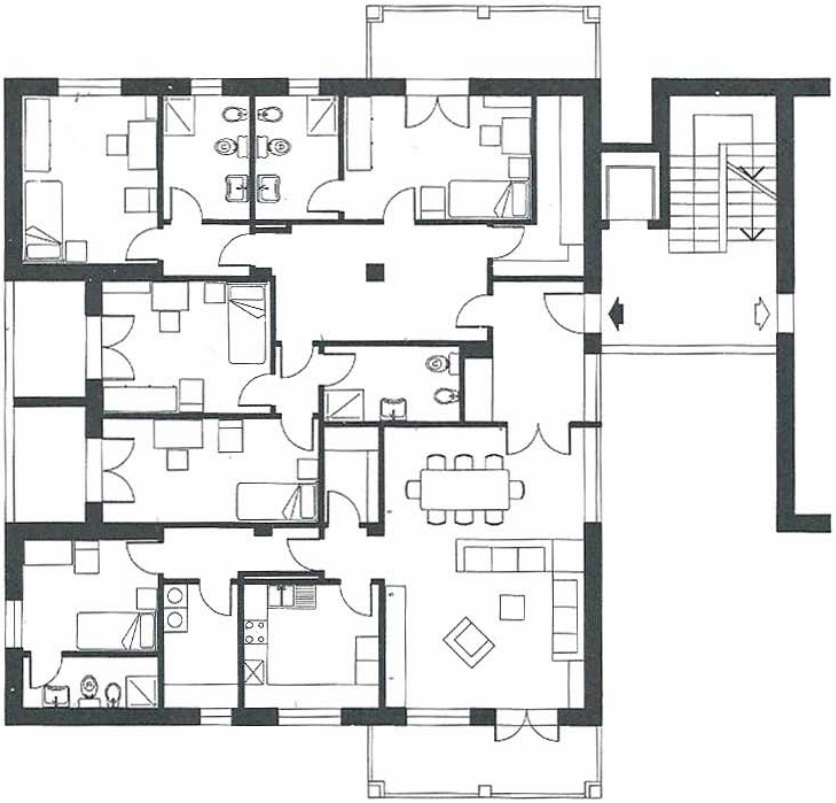


Figura 4.2 - Planimetria dell'edificio

La comunità alloggio è articolata in normali appartamenti, è localizzata in una zona residenziale e si rivolge ad anziani autosufficienti, semiautosufficienti o portatori di handicap, da soli o in coppia. L'obiettivo è quello di consentire all'anziano una permanenza in un contesto abitativo dall'aspetto non eccessivamente istituzionalizzato, al fine di evitare o posticipare la sua introduzione in strutture residenziali di tipo collettivo.

Le singole cellule abitative possono ospitare 4-6 persone, un numero ritenuto ottimale sul piano della convivenza e dell'assistenza. Gli spazi sono privi di barriere architettoniche e funzionali e sono articolati in soggiorno-pranzo, cucina e quattro camere da letto singole e tre bagni privati. Le camere sono fornite anche di una scrivania e una poltrona per consentire all'anziano dei momenti di intimità nel corso della giornata.

L'assistenza è garantita 24 ore su 24, infatti è presente anche un locale, dotato di bagno privato, che svolge la funzione di camera da letto per gli operatori presenti durante le ore notturne. Il disimpegno che fa da filtro tra tale spazio e la casa dà accesso anche alla lavanderia ed è ben distinto da quello della zona notte, che distribuisce le stanze degli ospiti.

Appartamento tipo (200 mq - 4 persone + 1 assistente)

Ingresso: 6,5 mq

4 Camere singole: 12-13 mq

3 Bagni: 6 mq

Guardaroba: 5 mq

Disimpegno: 15 mq

Soggiorno-pranzo: 30 mq

Cucina: 10 mq

Dispensa: 3 mq

Lavanderia: 6 mq

Locale assistente + bagno: 12 mq

4.2 Centro anziani, Maienfeld (CH), 2011

Il sito si trova nelle immediate vicinanze del borgo storico della valle del Reno, in prossimità di una scuola. I volumi si articolano in modo complesso su tutti i lati, lasciando spazio a terrazze e balconi e creando affacci favorevoli. La struttura integra positivamente funzioni ad accesso pubblico, come la sala esposizioni e la caffetteria, a un'area residenziale che comprende 54 camere per lungodegenti e 4 appartamenti per anziani autosufficienti.

L'accesso conduce direttamente all'atrio centrale, con parti a tripla altezza che consentono un'illuminazione zenitale: questo spazio per la socialità è il fulcro della struttura che, oltre ad ospitare la caffetteria, viene utilizzato per manifestazioni, feste, concerti e come mensa diurna dai bambini della vicina scuola. Qui si concretizza la ricercata permeabilità con la vita della comunità, favorendo uno scambio positivo tra generazioni.

I materiali, sia all'esterno che all'interno, sono stati scelti per favorire il senso di familiarità: sulle facciate è stato applicato un intonaco a grana grossa con inserti in pietra locale, mentre all'interno si trovano intonaci minerali a grana fine, porte in rovere e pavimento alla veneziana.

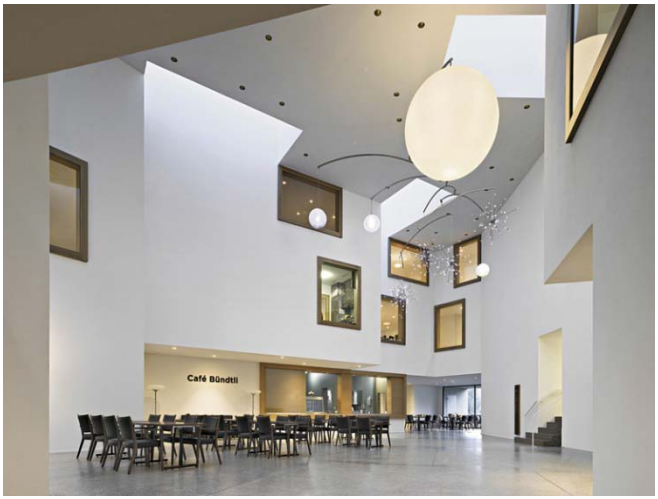


Immagine 4.1 - Esterno ed interni del Centro anziani

I reparti sono organizzati su un unico livello e si presentano come "abitazioni" dotate di una propria cucina e sala da pranzo. La particolare articolazione dell'edificio porta ad una distribuzione attraverso un corridoio anulare, concepito come spazio connettivo semipubblico che spesso si estende per dare luogo a spazi di soggiorno o nicchie appartate, con viste sul paesaggio circostante e sull'atrio centrale.

Figura 4.3 - Planimetria del piano terra

Figura 4.4 - Planimetria del primo piano

Ingresso: 15 mq

Amministrazione: 250 mq

Atrio: 200 mq

Sala terapia: 55 mq

Caffetteria: 70 mq

Sala esposizioni: 110 mq

Cucina: 200 mq

Lavanderia: 180 mq

Terrazza comune: 2x 40 mq

Camera singola: 50x 21 mq

Camera doppia: 2x 28 mq

Bagno privato: 4 mq

Bagno assistito: 2x 15 mq

Bilocale: 58 mq

Trilocale: 80 mq

Sala comune: 4x 70 mq

Cucina di reparto: 3x 8 mq

Terrazza-giardino protetta: 110 mq

4.3 Casa protetta per anziani parzialmente autosufficienti, concorso SPRI, Svezia, 1984

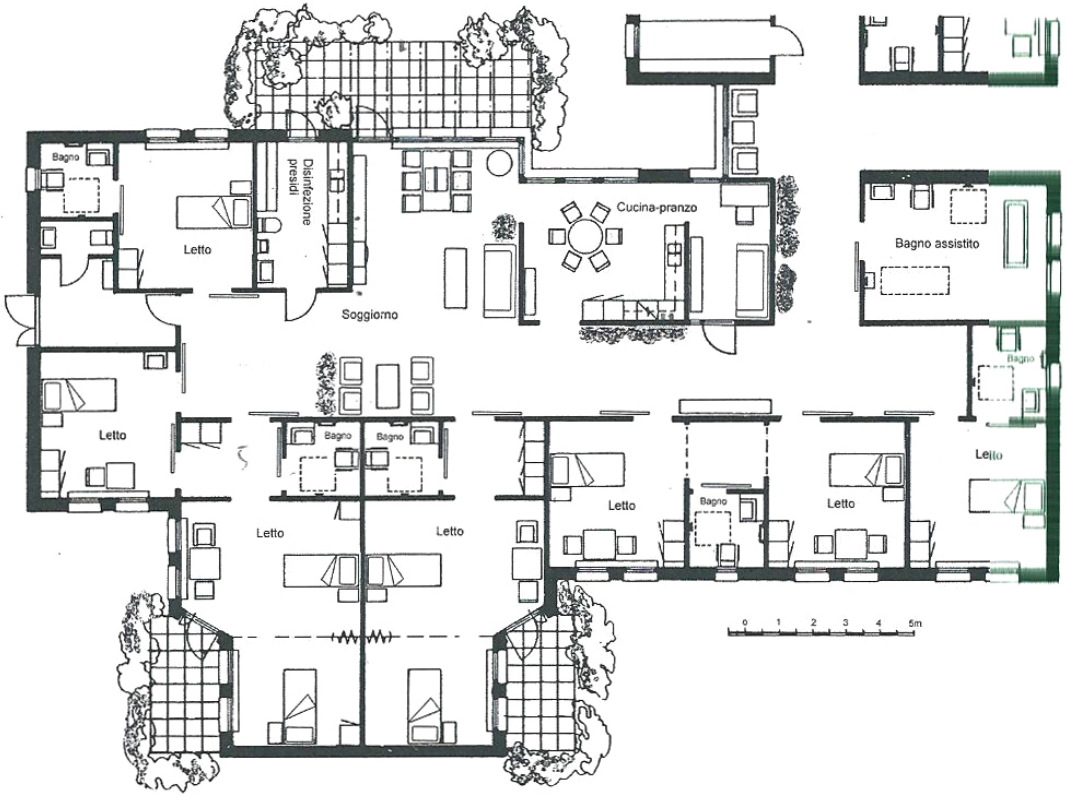


Figura 4.5 - Planimetria del primo piano

La residenza è una struttura socio-sanitaria extraospedaliera finalizzata ad ospitare anziani parzialmente non autosufficienti, non bisognosi di cure sanitarie continuative ma non assistibili al proprio domicilio. L'ambiente controllato e protetto, dotato di spazi collettivi per la vita relazionale, è pensato per sviluppare al massimo nel paziente il proprio grado di autonomia.

Gli ambienti per la distribuzione sono ampi e luminosi, tanto che possono essere considerati spazi per la socialità in diretta relazione con le zone giorno comuni e non solo ambienti si servizio. Sono presenti cinque camere singole e due doppie, ai cui ospiti è comunque garantita la propria privacy grazie all'utilizzo di pareti

amovibili che rendono flessibile l'utilizzo dell'ambiente. Al contempo, tre delle camere singole hanno la possibilità di essere aggregate alle camere adiacenti, con le quali condividono il bagno, tramite pannelli scorrevoli pur mantenendo un accesso autonomo.

Gli spazi comuni sono ampi e luminosi e comprendono una zona soggiorno, una cucina-sala da pranzo, un terrazzo comune e una sala lettura. Oltre al bagno privato di cui ogni camera è dotata, è presente un bagno assistito comune e dei servizi accessibili ai visitatori.

Unità abitativa tipo (300 mq - 9 persone)[81]

5 camere singole: 14 mq

2 camere doppie: 24 mq

5 bagni privati: 4 mq

Lavanderia-stireria: 9 mq

Soggiorno: 33 mq

Cucina-pranzo: 26 mq

Sala Lettura: 9 mq

Distribuzione-socialità: 55 mq

Disimpegni: 20 mq

Bagno assistito: 19 mq

Servizi igienici comuni: 4 mq

Terrazzo comune: 17 mq

2 balconi privati: 7 mq

[81] I dimensionamenti degli ambienti sono stati ottenuti con buona approssimazione a partire dalla planimetria riportata.

4.4 Residenze per anziani non autosufficienti ad Alcácer do Sal, Portogallo, 2006-07

L'intervento, progettato da Francisco Aires Mateus e Manuel Aires Mateus, consiste nell'ampliamento e la riqualificazione di un complesso residenziale per anziani esistente. La tipologia risulta intermedia tra quella dell'hotel e quella della clinica, e cerca di rispondere alle esigenze di vita sociale e, allo stesso tempo, di intimità dell'utente anziano non più autonomo. Il principale obiettivo dei progettisti è stato quello di garantire ai residenti un'equilibrata vita comunitaria, lasciando libera la scelta di interpretare i luoghi relazionali e abitativi in funzione del grado di privacy desiderato.

Il lungo edificio si presenta come un muro bianco che emerge con andamento irregolare dal terreno, delimitando e definendo lo spazio aperto, rendendosi permeabile ad esso su di un lato, ed ermetico e monumentale sull'altro. La linea spezzata che disegna si adatta all'orografia del terreno e contribuisce a definire spazi più pubblici o più intimi a seconda della configurazione: a nord-ovest definisce un'ampia corte che si relaziona con le preesistenze, mentre e sud-est, lungo il confine del lotto, piccoli giardini dal carattere più appartato. Per l'edificio preesistente, che si relaziona in particolare con il piano terra dell'ampliamento, è stato predisposto un restyling.

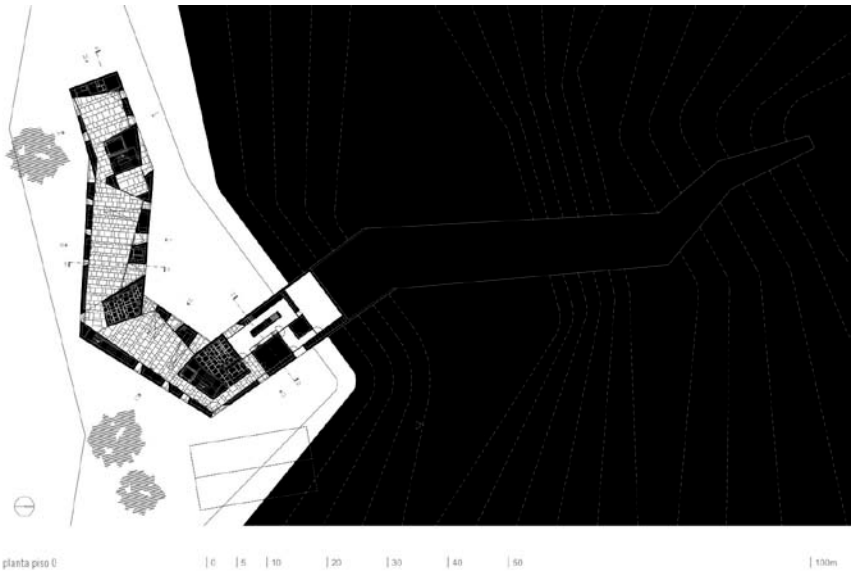


Figura 4.6 - Planimetria del piano terra

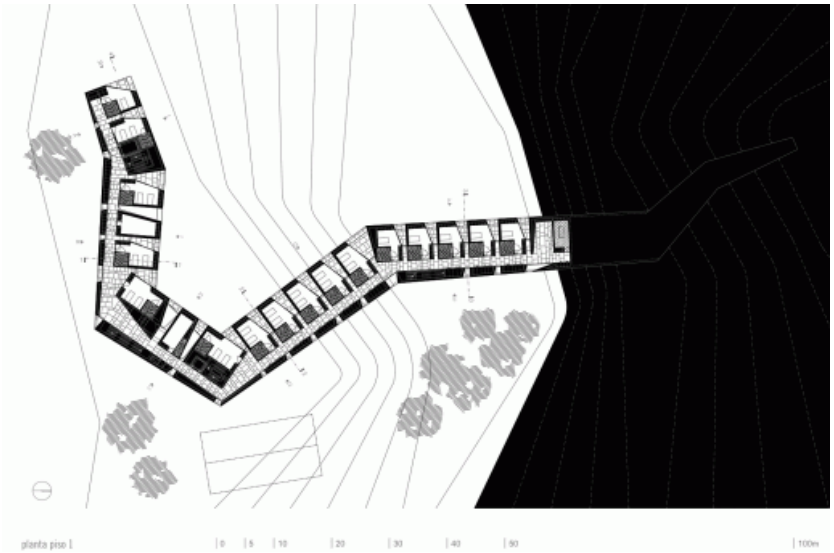


Figura 4.7 - Planimetria del primo piano

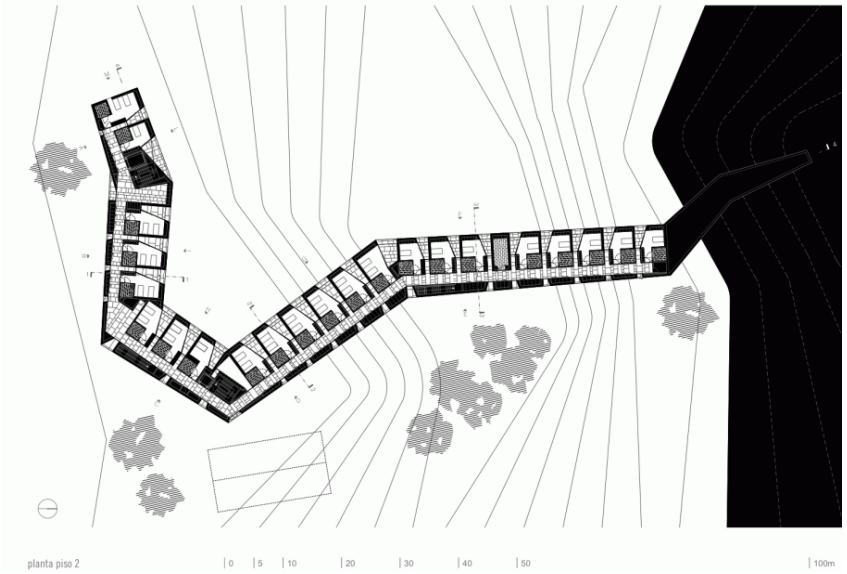


Figura 4.8 - Planimetria del secondo piano

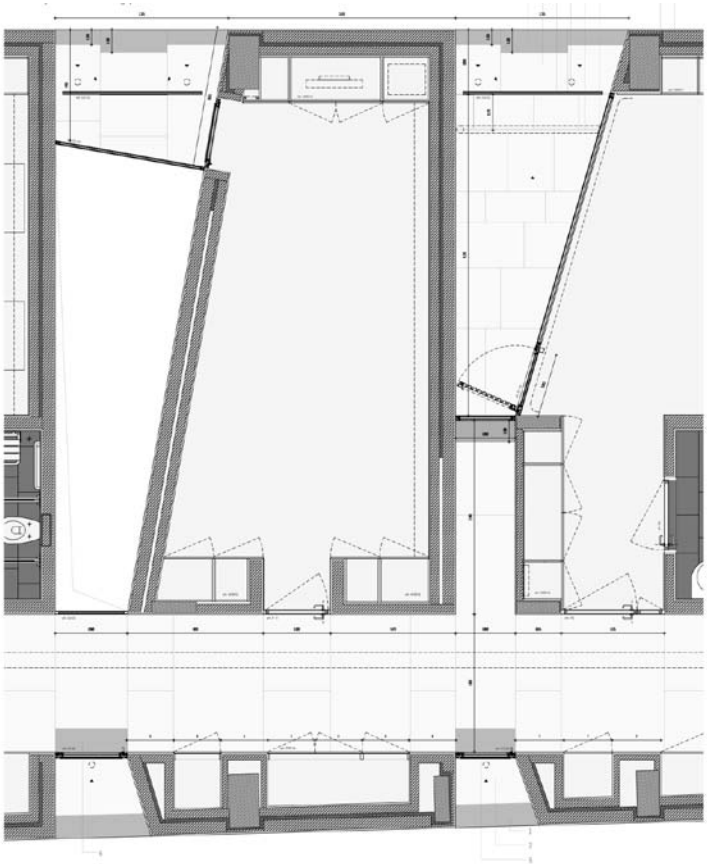


Figura 4.9 - Planimetria della camera

Internamente si articolano i nuclei destinati all'abitare e i locali collettivi per l'incontro e la socializzazione, messi in relazione da una reciproca connessione percettiva. L'edificio è sviluppato su tre livelli: il piano terra ospita gli spazi comuni del refettorio, i locali polivalenti, la reception, le cucine e gli spogliatoi, mentre i piani superiori distribuiscono le camere da letto e alcuni spazi comuni.

La monotonia del corridoio rettilineo continuo è stata abolita dall'impianto geometricamente articolato: l'estensione delle parti rettilinee è stata studiata in funzione della ridotta mobilità degli utenti, incentivando in tal modo brevi passeggiate servite da punti di sosta e visuali sull'esterno attraverso gli ampi squarci vetrati. Le stanze sono singole e doppie, tutte dotate di bagno privati e loggia. Sono ambienti intimi e luminosi, dove però la luce del sole portoghese non può mai penetrare direttamente.

4.5 Centro residenziale per le cure palliative - Hospice, 2002-04

Ospedale A. e E. Cartoni Rocca Priora - Roma

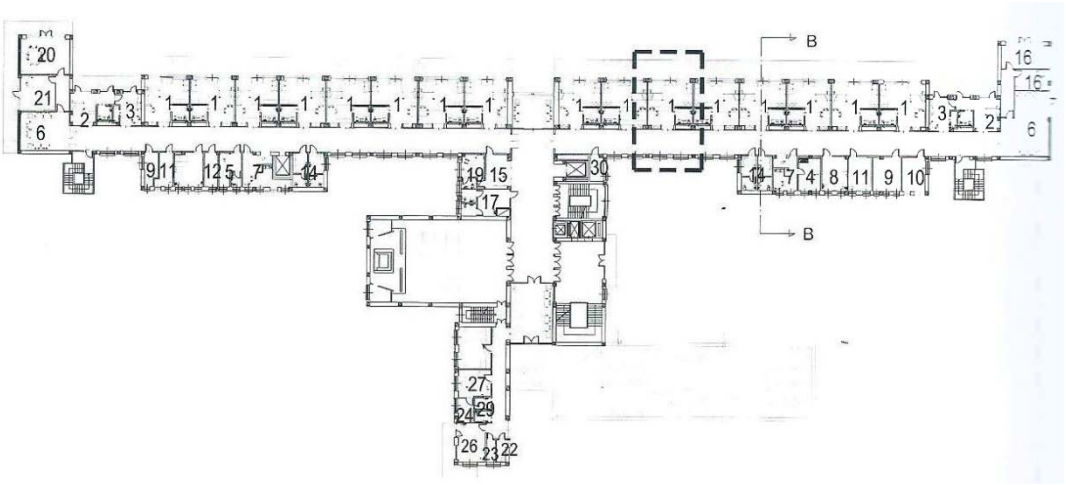


Figura 4.10 - Planimetria dell'edificio

L'intervento prevede la riconversione funzionale e la ristrutturazione di una parte dell'Ospedale, per l'inserimento di attività assistenziali rivolte ai pazienti terminali. Le caratteristiche altimetriche e paesaggistiche, la buona esposizione, il verde e l'assenza di rumori rende il contesto prescelto per il centro residenziale per le cure palliative particolarmente adatto.

La struttura esistente, nata negli anni '50 come "preventorio sanatorio" per i malati di tubercolosi, confina a sud con un bosco di circa 5 ettari ed è dotata di un vasto giardino sul quale si affacciano le camere di degenza. L'accessibilità all'Ospedale è garantita a livello territoriale da un sistema di infrastrutture che consente un facile accesso con mezzi sia privati sia pubblici.

Il Centro è stato previsto al terzo piano dell'Ospedale, in un area dismessa occupata precedentemente da camere di degenza e laboratori di analisi. L'ipotesi progettuale ha previsto la conservazione dell'originaria tipologia a corpo triplo, con camere rivolte a nord-est e servizi di supporto alla degenza sul fronte opposto, lungo il corridoio.

Per quanto riguarda l'area della residenzialità, sono state previste 16 camere singole, con servizi igienici privati e la possibilità di ospitare un accompagnatore, e 2 camere tipo suites comunicanti con un'ulteriore camera dedicata all'accoglienza notturna dei familiari. Un sistema di differenziazione della distribuzione verticale consente un accesso indipendente a visitatori, pazienti e personale.

Le tecnologie e i materiali utilizzati sono stati scelti con la finalità di garantire, sia nelle camere di degenza che negli spazi ad uso collettivo, benessere ambientale, sicurezza e fruibilità degli spazi. In particolare è stata valorizzata la luce naturale, percepibile nelle sue variazioni stagionali e giornaliere.

Ogni arredo è stato scelto e posizionato per rendere agevole e sicura la mobilità dei ricoverati e di coloro che li assistono. Gli arredi sono inoltre personalizzabili e conformi al modello alberghiero, con poltroncina, sedie e tavolo/scrivania. Oltre a quanto previsto dalle normative, sono stati previsti serramenti particolarmente manovrabili da persone con difficoltà motorie, senza spigoli e facilmente pulibili. Le operazioni di igiene sono facilitate dalla continuità delle superfici, con il minor numero di rilievi nelle soluzioni tecniche per pavimenti e rivestimenti.

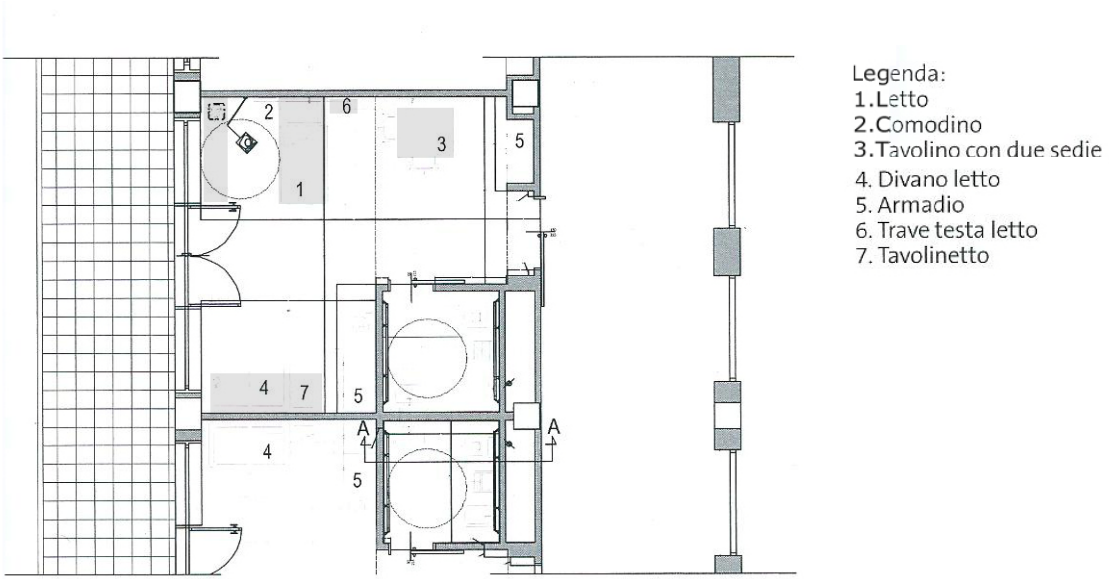


Figura 4.11 - Planimetria della camera

Per permettere il passaggio delle tubazioni degli impianti è stata predisposta una controsoffittatura nei corridoi e nei disimpegni, con pannelli ispezionabili in fibre minerali a quota 2,70 m. Gli impianti idrico-sanitario, meccanico ed elettrico sono stati sottoposti ad un intervento di ristrutturazione per consentire la realizzazione di nuovi servizi igienici, nuovi dispositivi di illuminazione e sollevamento meccanico.

Programma funzionale

Posti letto: 18

Superficie dell'area residenziale: 1000 mq

Volume: 8900 mc

Servizi di supporto: 367 mq

Area valutazione e terapia: 165 mq

Area destinata alla formazione: 56 mq

Connettivo: 962 mq

Area residenziale[82]

16 camere singole con soggiorno: 35 mq

2 camere + camera accompagnatore: 35 mq

2 soggiorni polivalenti: 25 mq + 35 mq

Soggiorno all'aperto: 500 mq

2 bagni assistiti: 13 mq

Stanza caposala: 9 mq + 4 bagno

2 tisanerie: 18 mq

2 depositi pulito: 17 mq + 7 mq

2 depositi sporco: 13 mq + 7,5 mq

1 deposito farmaci: 8 mq

1 deposito attrezzature: 13 mq

[82] I dimensionamenti ambienti sono stati ottenuti con buona approssimazione a partire dalla planimetria riportata.

4.6 Le Case multigenerazionali tedesche

In Germania si prevede che entro il 2030 il numero di over 65 nel paese supererà i 22 milioni, pari, secondo l'Ufficio statistico federale, al 29% della popolazione totale, peraltro già in fase di decrescita.

Secondo Hennig Scherf[83] uno dei temi fondamentali del prossimo futuro sarà la disponibilità di alloggi a canone sostenibile per anziani, formulando nuove soluzioni abitative con caratteristiche adatte. Le case di riposo non dovranno più inoltre essere costruite in periferia, lontano dal centro della città: è inutile infatti scegliere una zona che, sebbene molto bella da un punto di vista naturalistico - paesaggistico, sia lontana da dove abita gente e risulti quindi emarginata dalla vita della comunità.[84]

La gran parte delle persone desidera rimanere il più a lungo possibile nella propria casa e nel quartiere di sempre, possibilmente in autonomia. Le abitazioni presentano spesso tuttavia barriere architettoniche e non sono predisposte per accogliere anziani con difficoltà motorie. In Germania si contano in effetti circa 40 milioni unità abitative, ma quelle adatte agli anziani rappresentano meno dell'1%.[85] Lo sfaldarsi delle famiglie tradizionali e l' aumento dei nuclei familiari single, incrementano l'esigenza di socializzazione e di sicurezza all'interno di una comunità, sia per i giovani che per gli anziani.

Scherf è un convinto sostenitore della solidarietà tra generazioni, sottolineando come i bambini rappresentino un'ottima terapia per le persone anziane perché risvegliano la loro vitalità. Anche i bambini possono beneficiare della convivenza intergenerazionale, perché, quando giovani e vecchi vivono sotto lo stesso tetto, gli inquilini più anziani assumono spesso automaticamente il ruolo di nonni. In cambio i più giovani aiutano con la spesa, piccoli lavori di riparazione, o con l'installazione di un nuovo programma per il computer.

L'importanza di regolari relazioni intergenerazionali, a beneficio di tutte le fasce d'età, è riconosciuta anche da uno studio della facoltà di Servizi Sociali della Fachhochschule di Potsdam, intitolato Gut Leben im hohen Alter, ossia "Vivere bene la vecchiaia". La migliore soluzione all'invecchiamento della popolazione

[83] Ex sindaco di Brema e autore di numerosi libri, tra cui *Gemeinsam statt einsam* (*Insieme invece da soli*)
[84] Kob K., "*Strutture residenziali per anziani a misura d'uomo"*, Lettura magistrale presentata al 5° Congresso Nazionale S.I.A.I.S., Firenze, 24-26 Ottobre 2013
[85] Scherf H., *"Grau ist bunt. Was im Alter möglich ist" (Il grigio è colorato. Cosa si può fare quando si diventa anziani),* Freiburg im Breisgau Herder, 2006

consisterebbe nel "creare nuovi stili di vita e sistemi di supporto su misura per contrastare l'isolamento, la solitudine e l'emarginazione."[86]

In Germania ormai quasi ogni città dispone di una cosiddetta *Mehrgenerationenhaus*, grazie agli speciali incentivi. Questa tipologia sembra essere un'efficace risposta ai tanti problemi di conciliazione vita-lavoro, ma anche di solitudine, digital divide e disoccupazione. Le "Case multigenerazionali" ospitano infatti solitamente un centro anziani, un centro giovanile, uno spazio nursery e servizi di vario genere per le famiglie.

La tipologia è stata promossa nel 2003 dall'allora ministro per la famiglia della Bassa Sassonia Ursula von der Leyen, che aprì cinquecento Case nella regione. A ciascuna venne assegnato un finanziamento di quarantamila euro annui, di cui solo metà poteva essere impiegato per coprire gli stipendi, in modo da incoraggiare forme di volontariato. Le case possono poi raccogliere fondi con tessere associative, ristoranti e mense interni e corsi di vario genere.

Le reali potenzialità della casa non si riscontrano tuttavia nei servizi a pagamento, ma nella collaborazione e condivisione di tempo e competenze tra gli ospiti e il risparmio sui costi fissi condividendo alcuni servizi come cucina, fotocopiatrice, wifi e bollette.

Spesso gli alloggi per anziani all'interno delle Case multigenerazionali sono in condivisione e si articolano in distinte unità abitative e spaziose aree comuni tra cui il soggiorno, la sala da pranzo e la cucina. I residenti, che di norma hanno superato i 65 anni di età, possono scegliere liberamente se ritirarsi nella propria stanza o chiacchierare, cucinare e svolgere varie altre attività in compagnia dei coinquilini. Nella progettazione di queste strutture è essenziale tenere conto non soltanto dei requisiti spaziali e strutturali, ma anche della "chimica" che si instaura tra gli inquilini, perché la convivenza tra persone anziane non è semplice come può essere quella tra studenti.

Questo modello si sta dimostrando esportabile in altre nazioni europee, infatti il Regno Unito sta iniziando a studiare costi e benefici delle Case multigenerazionali tedesche al fine di aprirne di analoghe nel paese. [87]

[86] AA.VV., "Gut leben im (HOHEN) Alter", Fachhochschule Potsdam, University of Applied Sciences, tratto da http://www.fh-potsdam.de/projekt/project-action/show/Project/silqua-gut-leben-im-hohen-alter/

4.6.1 Casa multigenerazionale St. Severin, Tinnum (DE), 2010

La proposta ha ottenuto il secondo posto in un concorso bandito per la realizzazione di un edificio residenziale multigenerazionale sull'isola di Sylt, in prossimità del confine danese. L'area di progetto è localizzata ai margini di una zona residenziale, e gli edifici in cui si articola si rapportano per altezza al contesto di villette a due piani. Il tetto - giardino si integra invece con la natura circostante.

I servizi e le residenze sono organizzati attorno ad un cortile centrale, che si propone come una piazza di paese, simbolo dello spirito comunitario alla base dei *Mehrgenerationenwohnen*. I tre edifici ospitano diverse aree funzionali, che rendono possibile una chiara leggibilità chiara degli usi possibili. Ad ovest sono ospitati degli spazi comunali, a nord degli spazi collettivi della comunità e nella L a sud-est gli alloggi. Gli appartamenti sono di diverse metrature per adattarsi alle esigenze dei diversi gruppi di utenti.

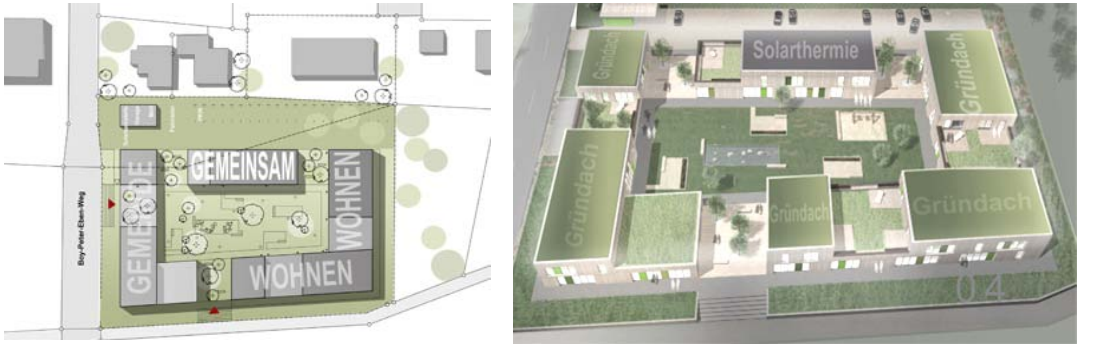


Figura 4.12 - Planivolumetrico del progetto

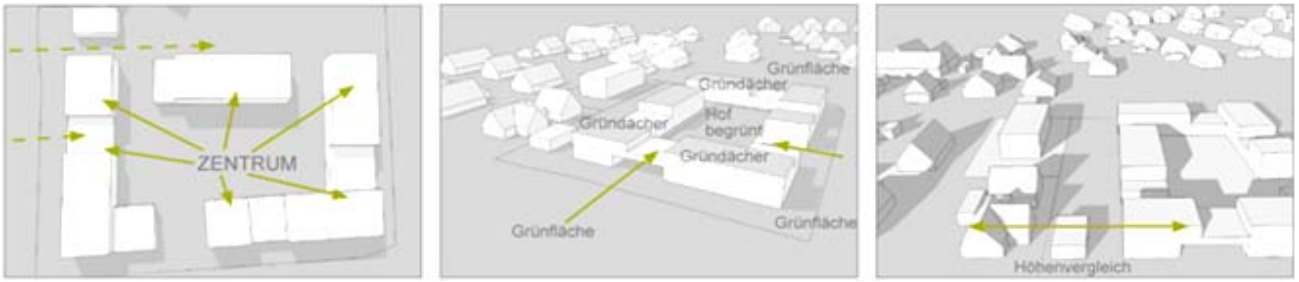


Figura 4.13 - Schemi sui rapporti spaziali e dimensionali col contesto

[87] Oltermann P., "Germany's multigeneration houses could solve two problems for Britain", The Guardian, 2 Maggio 2014, tratto da http://www.theguardian.com/world/2014/may/02/germany-multigeneration-house-solve-problems-britain

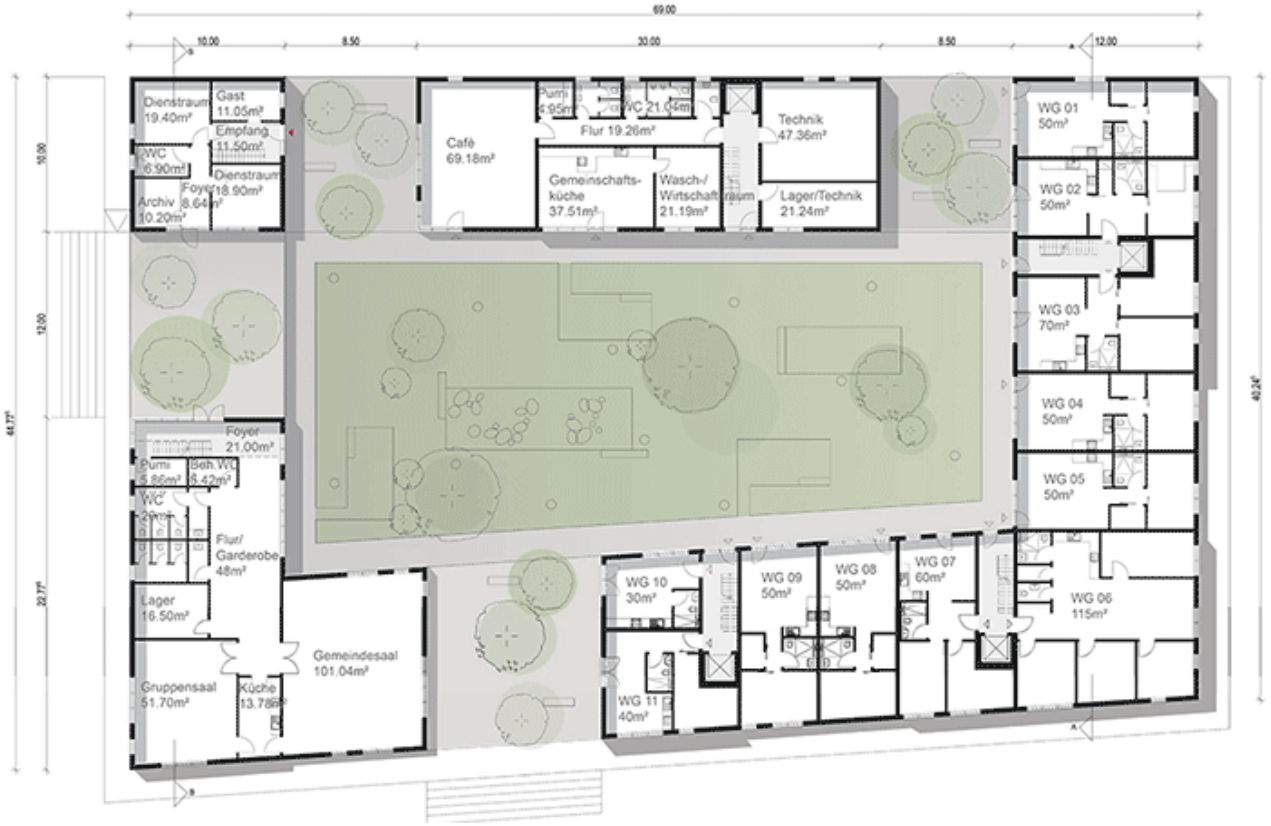
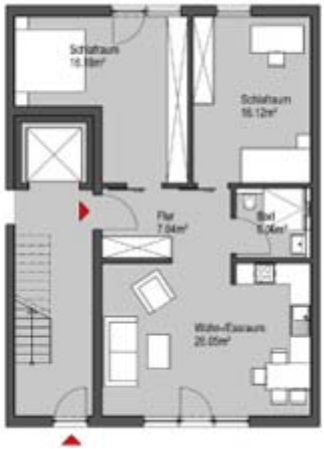


Figura 4.14 - Planimetria del piano terra

Figura 4.15 - Planimetria del primo piano

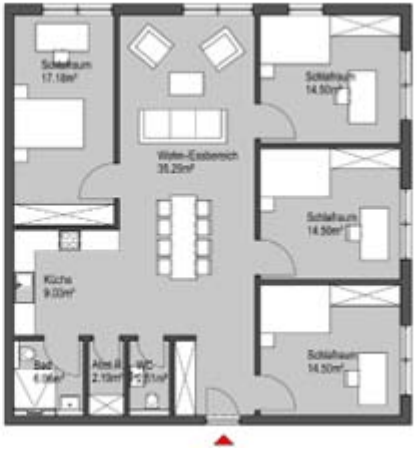
Tipologia 01 - Single

Tipologia 02 - Coppia



Tipologia 03 - Genitore solo

Tipologia 04 - Famiglia



Tipologia 05 - Appartamento condiviso per anziani

Figura 4.16 - Planimetrie degli appartamenti

Edificio Comunale [88]

Piano Terra

Sala comunale: 101,0 mq

Cucina: 13,8 mq

Sala per gruppi: 51,7 mq

Magazzino: 16,5 mq

Guardaroba: 48,0 mq

WC pubblico: 29,0 mq

Reception: 5,9 mq

Foyer: 21,0 mq

Locale di servizio: 19,4 mq + 18,9 mq

Accoglienza: 11,5 mq

Ospite: 11,05 mq

WC: 6,9 mq

Archivio: 10,2 mq

Primo piano

Spazio comune: 64,0 mq

Magazzino/spazio gruppi: 39,0 mq

Guardaroba: 28,8 mq

Ufficio: 23,8 mq

Disimpegno/ingresso: 19,8 mq

Tetto giardino del pastore: 80,0 mq

Appartamento del pastore: 138,4 mq

88

Edificio della Comunità [89]

Piano Terra

Cafè: 69,2 mq

Ripostiglio: 4,9 mq

WC: 21,0 mq

Disimpegno: 19,26 mq

Cucina comune: 37,5 mq

Lavanderia/stireria: 21,2 mq

Locale tecnico: 47,4 mq + 21,2 mq

Primo piano

Spazio comune: 96,9 mq

Spazio giovani: 70,0 mq

Tetto giardino comune: 85,0 mq

Edifici residenziali (per circa 40 persone)[90]

Tipologie

Tipologia 01 - Single: 30 mq, 40 mq (4 appartamenti= 4-5 persone)

Tipologia 02 - Coppia: 50 mq (7 appartamenti = 14 persone)

Tipologia 03 - Genitore solo: 70 mq (2 appartamenti = 4-5 persone)

89

16

Tipologia 04 - Famiglia: 95 mq (2 appartamenti = 8-9 persone)

Tipologia 05 - Appartamento comune anziani: 115 mq (2 appartamenti= 10 persone)

Tetto giardino: 90 mq + 90 mq = 180 mq

Tipologia 03 - Genitore solo

Ingresso: 7,0 mq

Cucina-soggiorno: 26,1 mq

1 Camera matrimoniale: 18,2 mq

1 Camera singola: 12,1 mq

Bagno: 6,1 mq

Tipologia 05 - Appartamento comune anziani

Soggiorno: 35,3 mq

Cucina: 9,0 mq

Bagno: 6 mq

Ripostiglio: 2,2 mq

3 Camere singole: 14,5 mq

1 Camera doppia: 17,2 mq

Bacino di utenza [91]

Tinnum, frazione di Sylt

2997 abitanti

759 abitanti > 65 anni

Sylt

151125 abitanti

3834 abitanti > 65 anni

[91] Dati tratti da http://www.deutschland123.de/tinnum-einwohner-statistik

4.6.2 Mixed-Generation Housing, Straubing (DE), 2008

L'intervento, pensato per favorire la convivenza di gruppi di età eterogenei, è collocato in un terreno in prossimità del centro di Straubing, in Baviera. L'edificio si presenta come una stecca su quattro livelli, che ospita due comunità alloggio per anziani al piano terra e otto appartamenti duplex per famiglie ai piani superiori. L'esterno verrà attrezzato con una piazza di quartiere con verde, sedute e un parco giochi, proponendo soluzioni abitative adeguate alle esigenze di diverse generazioni.

Immagine 4.2 - Prospetto sud

Le quattro unità abitative che compongono le comunità alloggio per anziani consistono in dei bilocali dotati di cucina e bagno, che condividono ampi spazi comuni, tra cui una cucina in linea, una sala da pranzo e un soggiorno. Gli spazi connettivi sono lontani dall'idea del corridoio e tendono ad integrarsi con gli spazi per la socializzazione. Ogni comunità alloggio, libera da qualsiasi barriera architettonica, è pensata per otto ospiti autosufficienti tra i 60 e gli 80 anni, che normalmente scelgono in autonomia questa sistemazione per godere dei comfort e dell'assistenza di questa struttura.

Figura 4.17 - Planimetria del piano terra

L'esigenza crescente di proposte di questo tipo, alternative alla tradizionale casa di riposo, è testimoniata dalla rapidità con cui questi appartamenti sono stati dati in locazione: la generale tendenza all'invecchiamento demografico, il piccolo taglio delle unità abitative e l'equilibrato connubio tra spazi comuni e spazi privati favoriscono infatti una sempre maggiore domanda di alloggi per anziani.

Superficie utile: 1380 mq

Appartamenti duplex per famiglie: 950 mq

Comunità alloggio per anziani: 2x 270 mq

Deposito biciclette: 14 mq

Locale spazzatura: 10 mq

Soggiorno e pranzo comuni: 35 mq

Cucina comune: 8 mq

Ripostiglio: 7 mq

Economie domestiche: 10 mq

Camera A: 4x 23 mq

Camera B: 35 + 4 mq

Bagno privato: 5x 5 mq

Costo totale lordo: 3,2 milioni di euro

4.6.3 Casa multigenerazionale, Stadtroda (DE), 2010

La struttura è stato progettata con il supporto Prof. Ing. Lützkendorf, professore all'Istituto di Tecnologia dell'Università di Karlsruhe, attribuendo grande importanza alla sostenibilità ambientale e al risparmio energetico, attraverso una visione olistica dell'intero ciclo di vita dell'edificio. Il progetto mira a risparmiare energia termica, elettrica e acqua potabile, utilizzando fonti rinnovabili e incrementando l'efficienza energetica dell'involucro e degli impianti. Particolare attenzione è stata posta all'isolamento acustico, in quanto l'edificio è situato lungo una strada trafficata. Una barriera verde, ripetuta anche sulla facciata di ogni unità, aiuta a ridurre al minimo il rumore e l'impatto visivo.

L'orientamento nord-sud dell'edificio permette un'esposizione ottimale delle unità residenziali. Al piano inferiore sono stati pensati appartamenti senza barriere architettoniche per anziani autonomi o persone sole, mentre al piano superiore sono stati organizzati appartamenti duplex per giovani famiglie. L'esterno è caratterizzato da spazi aperti progettati per favorire la comunicazione tra gli abitanti. Sul tetto dell'edificio sono posizionati impianti per il solare termico e il fotovoltaico, per utilizzare al meglio l'energia solare. Al fine di raggiungere un elevato grado di funzionalità e comfort, sono state sviluppate tipologie diverse pensate per le esigenze dei diversi abitanti.

Figura 4.18 - Prospetti

Tipologia 1 (18-22 persone)

Piano terra:

3 Trilocali anziani di 70 mq

1 camera doppia: 14 mq

Cucina: 11,2 mq

Soggiorno: 21,6 mq

Bagno: 9 mq

Primo e secondo piano:

4 Pentalocali di 110 mq

Zona giorno: 60 mq

Zona notte: 50 mq

Figura 4.19 - Planimetrie

Tipologia 2 (18-22 persone)

Piano terra:

3 Trilocali anziani di 55 mq

1 camera doppia: 12 mq

Cucina: 9,5 mq

Soggiorno: 18 mq

Bagno: 5 mq

Primo e secondo piano:

4 Pentalocali di 115 mq

Zona giorno: 70 mq

Zona notte: 45 mq

Figura 4.20 - Planimetrie

Superficie utile: 1.700 mq per edificio

Costo di costruzione: 1.000.000€

4.7 Casa delle generazioni, Eggersdorf (AT), 2013

Uno degli interventi più recenti dell'architetto austriaco Gerhard Mitterberger è il progetto per una casa di cura ad Eggersdorf, in Stiria del 2013. L'architetto, noto per i suoi progetti nell'ambito del sociale, ha progettato diverse case di cura per anziani in centri multigenerazionali: nei primi anni 2000 è stata aperta la prima a Passail che, oltre a rappresentare un successo a livello umano, costituisce uno dei primi esempi di edificio con il tetto piano e una linea architettonica pulita, nonostante il contesto alpino e la presenza di persone anziane. A partire da questi primi progetti pilota, concepiti su modello delle sperimentazioni già compiute in Germania e Francia, la presenza delle case multigenerazionali si sta rapidamente consolidando anche in Austria.

Figura 4.21 - Planimetria del piano terra

La "Casa di Generazioni" di Eggersdorf è stata aperta dopo l'acquisizione da parte della Caritas, in seguito al fallimento del proprietario originale. Il sapiente mix di funzioni garantisce un vantaggio dovuto al sovrapporsi di alcuni servizi e favorisce lo scambio di saperi e competenze che possono offrirsi vicendevolmente diverse fasce di età. La presenza dei più giovani è incoraggiata, al fine di superare la visione di Casa di cura percepita come un ghetto.

Gli anziani qui non abitano emarginati dalla vita della comunità, ma in una struttura realizzata per quanto possibile nel tessuto urbano cittadino. Nella concezione di Mitterberger, una casa di cura[92] non è un ospedale ma nemmeno un hotel: è un edificio residenziale.

[92] Con casa di cura, in tedesco Pfelgeheim, si intende una struttura simile alle case di riposo italiane

Alla Casa di cura si sono aggiunti altri servizi, tra cui un centro diurno per anziani e soprattutto un asilo nido, messo in relazione con la struttura attraverso una spaziosa terrazza. Anziani e bambini, nei loro rispettivi spazi, sono in contatto visivo tra loro e si incontrano regolarmente per cantare insieme e per fare ginnastica, con beneficio di entrambi.

La parte pubblica al piano terra ha una configurazione urbana, con servizi come un caffè, un dentista, un pediatra e un parrucchiere. L'architettura risponde a questa idea di promiscuità con sequenze spaziali fluide e trasparenti nelle aree comuni, che trasmettono il concetto di apertura.

Nella declinazione austriaca, la casa multigenerazionale non prevede dunque la promiscuità di più fasce di età da un punto di vista residenziale: l'idea è quella di accostare servizi attrattivi per la comunità alla tipologia della casa di cura, che generalmente ospita anziani con delle capacità residue ma non totalmente autosufficienti, e che necessitano quindi di una specifica struttura in grado di garantire un adeguato grado di assistenza.

L'integrazione con l'intorno simboleggia quella con la comunità ed è evidente anche nella scelta dei materiali: i pannelli di rivestimento esterno in legno stampato con foglie richiamano gli alberi e il verde paesaggio collinare. Gli spazi interni della casa di cura offrono stimoli visivi: fotografie di grandi dimensioni di Zita Oberwalder sono dedicate ai temi dell'acqua, della montagna e della città.

4.8 La *vivienda dotacional* spagnola

Le politiche residenziali spagnole, volte a ridurre il disagio abitativo dei gruppi più vulnerabili, hanno portato negli anni ad ottimi risultati sia da un punto sociale che architettonico. A partire dal 2003 il comune di Barcellona ha introdotto un nuovo modello denominato *vivienda dotacional*, che cerca di dare luogo ad un corretto mix sociale in grado di migliorare la qualità della vita nella comunità e di accrescerne l'identità.[93]

Questa tipologia di housing sociale è pensata infatti per fasce di età e gruppi sociali diversificati, come i giovani con meno di 35 anni, gli anziani autosufficienti oltre i 65 anni, le donne maltrattate o i portatori di handicap, accomunati dalla necessità di poter accedere all'edilizia abitativa a canone convenzionato.

Le residenze hanno una superficie non superiore ai 50 mq, ma sono dotate di ampi spazi comuni quali sale polivalenti, biblioteche, centri civici, asili nido, presidi medici e lavanderie. Tali servizi sono disposti generalmente al piano terra o al primo piano e sono aperti a tutto il quartiere: in questo modo le *viviendas dotaciolales* possono essere realizzate anche nelle aree che il piano regolatore assegnerebbe ai servizi, a condizione che il suolo rimanga di proprietà pubblica.

Figura 4.22 - Schemi funzionali

[93] Cocco F., Pibiri R., *"Residenze sociali con servizi per anziani - La vivienda dotacional a Barcellona"*, Barcellona, 2012, pag. 1

4.8.1 Vivienda dotacional a Can Travi, Barcellona, 2009

L'edificio, progettato da Sergi Serrat, si articola in due blocchi disposti ad L ed ospita al piano terra gli spazi comunitari e il centro civico del quartiere, mentre ai piani superiori si distribuiscono ottantacinque appartamenti a canone sociale. La configurazione spaziale delle funzioni si adatta al meglio alle condizioni climatiche dell'area: i corridoi, le cucine e lo spogliatoio sono ubicati nella fascia nord, mentre tutte le zone di relazione, compresi gli alloggi, si affacciano a sud, godendo di una gradevole vista della città e del mare.

Per mettere in relazione la struttura con il contesto del quartiere, sono state disposte al piano terra funzioni pubbliche, con spazi per manifestazioni, una palestra e un garage interrato. Tale permeabilità alla vita sociale della comunità conferisce all'edificio residenziale anche un ruolo di centro sociale, accentuato anche dalla facciata vetrata verso la strada, dove si trovano gli accessi dei fruitori. L'ingresso dei residenti avviene invece all'intersezione delle due stecche, dove si colloca anche una sala comune.

Immagine 4.3 - Prospetto orientale

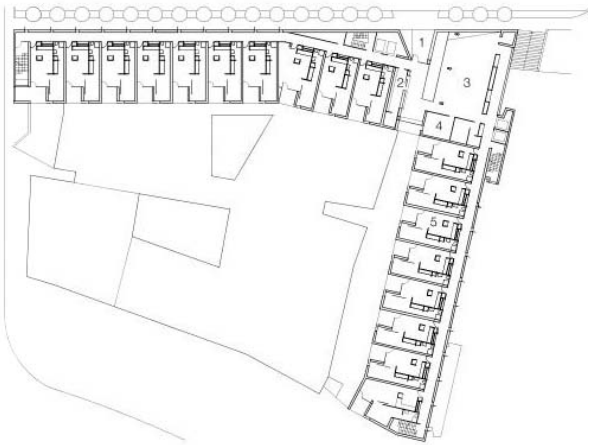


Figura 4.23 - Planimetria del piano tipo

L'unità abitativa tipo, studiata per anziani autonomi soli o in coppia, è dotata di camera matrimoniale, soggiorno-cucina e bagno, ed è distribuita in modo che lo spazio, relativamente contenuto, si percepisca più ampio rispetto alle reali dimensioni grazie allo studio di diagonali visive. L'arretramento del balcone rispetto al filo della facciata accresce ulteriormente il senso di dilatazione, come un prolungamento del soggiorno, aperto ma al contempo protetto. La percezione del vuoto della loggia dall'esterno consente inoltre all'anziano di identificare la propria casa, accrescendo così il senso di identità.

Dettagli come la doccia radente, le luci di emergenza e le prese ad un'altezza adeguata, sono pensati per garantire all'utente un livello di autonomia personale più alto possibile. I servizi assistenziali assicurano inoltre attività di socializzazione, assistenza individuale, pulizia e manutenzione di alloggio e spazi comunitari. La sicurezza è garantita mediante un servizio di teleassistenza, assicurando all'utente un contatto con il personale specializzato 24 ore su 24.

Area residenziale: 7500 mq

Servizi pubblici: 2500 mq

Spazio comune al PT: 105 mq

81 appartamenti: 45 mq

4 appartamenti protetti: 90 mq

Costo totale: 6.982.000 Euro

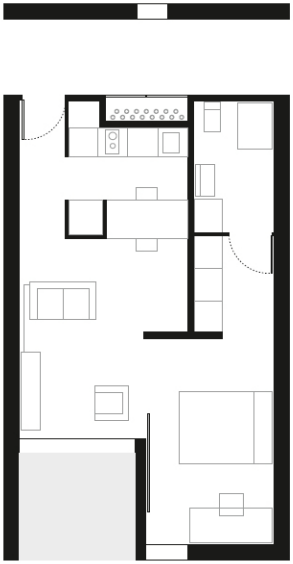


Figura 4.24 - Planimetria degli appartamenti

5 _ NUOVA RESIDENZA MULTIGENERAZIONALE

5.1 Matrice relazionale-funzionale – dimensionamento e servizi

Con l'analisi dei casi studio di diverse tipologie di alloggi e residenze per anziani sia autosufficienti che non, sia in Italia che in Europa, è emerso come tra la soluzione di ricovero in RSA e l'assistenza domiciliare vi siano innumerevoli soluzioni non del tutto definite e riconosciute dalle istituzioni, che il più delle volte finiscono per mescolarsi l'una all'altra.

Va precisato come in Italia, ancora arretrata rispetto ad altri paesi europei, non sia presente una normativa specifica che faciliti e indirizzi alla definizione di queste nuove realtà che in Europa hanno già preso piede da alcuni anni.

Lo scopo di questa ricerca è definire una nuova tipologia abitativa per anziani, derivante dai casi studio analizzati, che si possa facilmente adattare al territorio e alla mentalità italiana, in modo da poter essere un'alternativa convincente al ricovero ospedaliero o in RSA, quando non ancora necessario.

La ricerca di Abitare Leggero ha dato un apporto fondamentale per quanto riguarda la definizione di un utente tipo che possa essere accolto in queste nuove strutture; alle caratteristiche e ai bisogni propri di un individuo viene associata la tipologia abitativa più idonea[94]. Tutti i modelli di residenzialità per anziani indagati da Abitare Leggero possono essere suddivisi in tre macrogruppi, partendo da modelli di sistemi abitativi, anche intergenerazionali, fino a veri e propri modelli di residenzialità leggera più orientati verso l'offerta di servizi specifici. Da questa analisi sono emersi i servizi utili che ogni tipologia di struttura dovrebbe avere per un corretto sviluppo delle tipologie abitative, questi servizi in base al tipo di struttura esaminata possono essere già compresi nell'offerta oppure essere a richiesta. Gli individui a cui le tre categorie di Abitare Leggero si riferiscono sono:

- Anziani autonomi
- Anziani semiautonomi
- Anziani con disabilità

[94] "AA.VV., *"Abitare Leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani"*, Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014

	Sistemi abitativi – complessi intergenerazionali	Servizi abitativi e comunitari per la vita indipendente	Servizi abitativi e comunitari per la vita assistita
Residenti	Anziani autonomi	Anziani tra 70-80 anni autonomi e semiautonomi	Anziani con disabilità che superano gli 80 anni
Localizzazione	Ambienti urbani o servizi all'interno dell'edificio	Ambienti urbani o servizi all'interno dell'edificio	Ambienti urbani o servizi all'interno dell'edificio
Strutture	Si consiglia la riconversione o ristrutturazione di edifici esistenti	Si consiglia la riconversione o ristrutturazione di edifici esistenti	Si consiglia la riconversione o ristrutturazione di edifici esistenti
Tipologia di edificio	Appartamenti aggregati in un unico blocco o unità distinte (campus)	30-40 appartamenti aggregati	10-20 posti letto
Alloggi	Bilocali con bagno	Mono-Bilocali con bagno	Camere singole con bagno
Dimensioni	50 mq per appartamento	50 mq per appartamento	30 mq
Integrazione con altre generazioni	Coppie giovani, studenti, assistenti familiari	con un'attenta valutazione: Coppie giovani, studenti, assistenti familiari	-
Co-housing	X	X	-
Durata accoglienza	Più di 10 anni	5-10 anni	3 mesi-1 anno

Tabella 5.1 – Modelli di residenzialità proposti da Abitare Leggero

In concomitanza all'indagine lombarda di Abitare Leggero sono stati riportati nel capitolo precedente (4) alcuni esempi di residenze per anziani che potessero chiarire dal punto di vista pratico alcune scelte progettuali che hanno portato alla definizione di questi edifici. Ognuno di essi è stato selezionato per alcune peculiarità, sia dal punto di vista dell'organizzazione spaziale e dimensionale, sia dal punto di vista delle funzioni e dei servizi offerti; è emerso come alcuni di questi casi abbiano dato maggiore rilievo al lato dimensionale e altri a quello funzionale.

Al fine di delineare un'univoca strategia per la definizione di una nuova residenzialità per anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti, sono stati messi a sistema i tre macrogruppi emersi dalla ricerca teorica per giungere in un secondo momento alla definizione di una matrice generale che potesse dare indicazioni sulla progettazione di questa nuova tipologia.

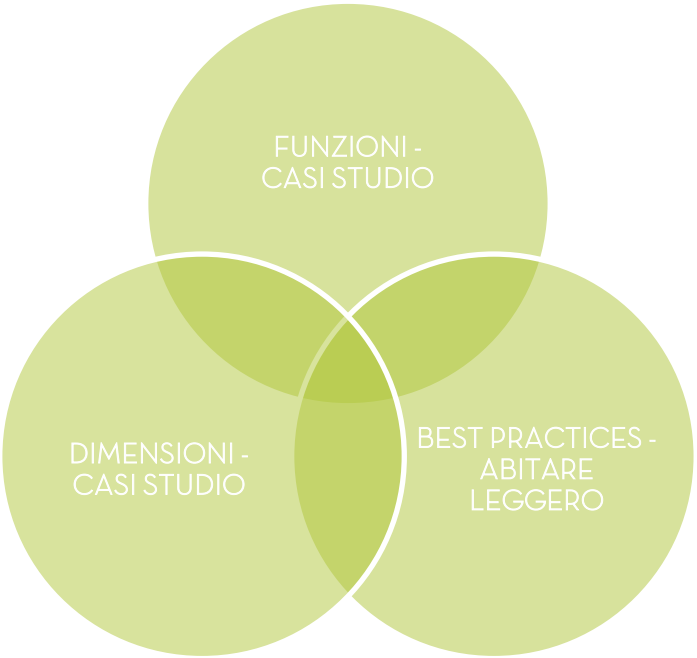


Figura 5.1 – Macrogruppi dei casi studio selezionati messi a sistema

Ognuno dei tre gruppi, in base alle informazioni emerse, compone una matrice che viene successivamente integrata in un'unica per la definizione delle caratteristiche fondamentali che la nuova residenza dovrebbe possedere. Tra tutti i casi studio analizzati sono stati selezionati quelli con maggiori informazioni riguardanti o il dimensionamento della struttura o i servizi offerti, tralasciando quelli che, pur essendo interessanti, non riportavano informazioni così specifiche.

L'inserimento delle *Linee guida sulla progettazione delle RSA nella provincia autonoma di Trento* sarà chiarito nella seconda parte di quest'elaborato, ma rientrando nelle normative italiane per la definizione delle RSA, fa riferimento alle regole da seguire per la corretta realizzazione di edifici di questo tipo e può di conseguenza rappresentare un riferimento anche per questa nuova tipologia.

La colonna finale della matrice generale riporta le conclusioni dell'analisi, e cioè le best practices che dovrebbero aiutare un ipotetico progettista alla definizione delle nuove residenzialità per anziani. I fondamenti di progetto che emergono dalla tabelle possono essere un supporto utile fintantoché non sarà definita una normativa specifica per questo tipo di strutture. I risultati emersi nell'ultima colonna non sono però frutto di una media aritmetica tra i vari casi studio, bensì emergono da riflessioni approfondite sui vari casi esaminati, dando maggiore rilevanza ai progetti che più si avvicinano ad un'idea di residenza per anziani che ne favorisca il più possibile l'autonomia.

È interessante sottolineare come la così diffusa multigenerazionalità nelle strutture analizzate possa dare un valore aggiunto alla nuova tipologia, sia dal punto di vista del reciproco aiuto tra generazioni differenti, sia per un arricchimento dal punto di vista relazionale per tutti gli utenti della struttura.

Riguardo l'ubicazione di queste strutture, nelle maggioranza dei casi, è emerso come esse siano posizionate il più possibile nei centri urbani o nelle immediate vicinanze, per non incappare nel possibile isolamento degli utenti delle residenze che il più delle volte non hanno a disposizione mezzi di trasporto. Nei casi in cui le strutture siano poste lontano da centri abitati si riscontra una dimensione maggiore delle stesse, dovuta la fatto che al loro interno sono presenti servizi che altrimenti sarebbero raggiungibili con estrema difficoltà. Questi sono i motivi per cui la nuova struttura dovrebbe distare il meno possibile dai centri abitati, sfruttando se possibile edifici esistenti con possibilità di riconversione in nuove funzioni.

L'interno delle nuova struttura, pensiero derivato dall'analisi dei casi esistenti, è formato da un insieme di appartamenti che possono ospitare dalle 5 alle 8 persone, per far sì che da un lato l'ambiente possa essere ricondotto a un luogo familiare dalle dimensioni contenute, dall'altro che vi possa essere un minore controllo da parte dei supervisori grazie alla presenza di più anziani nel medesimo ambiente. Se gli appartamenti fossero più grandi si correrebbe il rischio di incappare nella configurazione propria delle RSA. Data la presenza di anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti è possibile pensare che la presenza di assistenti sia contenuto (1 assistente per struttura o per appartamento) ma che la sua presenza sia continua sia di giorno che di notte per andare incontro ad ogni necessità dei residenti.

Va sottolineato come il dimensionamento (mq a persona) della nuova struttura sia indicativo e rimandi sempre ad una valutazione preliminare da parte del progettista e alle specifiche architettoniche degli standard minimi di riferimento[95].

[95] Gli standard minimi sono inseriti nel DPCM 22/12/1989 "Dimensionamento per la realizzazione strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti".

Indice delle illustrazioni

TABELLE

Tabella 1.1 – Principali indicatori della dinamica demografica UE28 20
Tabella 1.2 – Indicatori della dinamica naturale per Regione 23
Tabella 1.3 – Indicatori strutturali della popolazione per Regione 24
Tabella 1.4 – Persone con almeno una malattia cronica grave o con tre o più malattie croniche 29
Tabella 1.5 – Bilancio demografico cumulato 2011-2065 per ripartizione geografica 31
Tabella 1.6 – Popolazione per grandi classi di età e ripartizione geografica, scenario centrale, in milioni 33
Tabella 1.7 – Indicatori di carico demografico per ripartizione geografica, scenario centrale, valori percentuali 33
Tabella 1.8 – Sintesi delle principali ipotesi demografiche a supporto delle previsioni per ripartizione geografica 34
Tabella 2.1 - Anziani ospitati nelle strutture residenziali, anno 2005 46
Tabella 2.2 – Degenze in RSA (% anziani), durata media e tassi di degenza 49
Tabella 3.1 – Categorie e tipologie delle soluzioni residenziali europee 60
Tabella 3.2 – Ubicazione delle strutture di Abitare Leggero 64
Tabella 3.3 – Tipologia di accoglienza prevalente delle strutture di Abitare Leggero 64
Tabella 3.4 – Criteri adottati per l'attribuzione dei modelli alla tipologia abitativa o comunitaria 65
Tabella 3.5 – Servizi accessori delle strutture di Abitare Leggero 66
Tabella 3.6 – Servizi di sostegno alla vita quotidiana di Abitare Leggero 66
Tabella 3.7 – Servizi alla persona di Abitare Leggero 67
Tabella 5.1 – Modelli di residenzialità proposti da Abitare Leggero 112

GRAFICI

Figura 1.1 – I Paesi con il più alto indice di vecchiaia 19
Grafico 1.1 – Numero medio di figlio per donna in Italia 21
Grafico 1.2 – Speranza di vita alla nascita e differenza di genere in Italia 22
Grafico 1.3 – Speranza di vita alla nascita per sesso e regione 22
Grafico 1.3 – Piramide della popolazione residente al 2011 e al 2065 in Italia, scenario centrale, in migliaia 32
Grafico 2.1 - Distribuzione per area geografica del totale delle strutture residenziali per anziani 47
Grafico 3.1 – profilo funzionale e delle autonomie dei residenti nelle strutture censite 69

FIGURE

Figura 2.1 – Assistenza agli anziani in Italia: schema concettuale 43
Figura 4.1 – Casi studio europei 73
Figura 4.2 - Planimetria dell'edificio 76
Figura 4.3 - Planimetria del piano terra 79
Figura 4.4 - Planimetria del primo piano 79

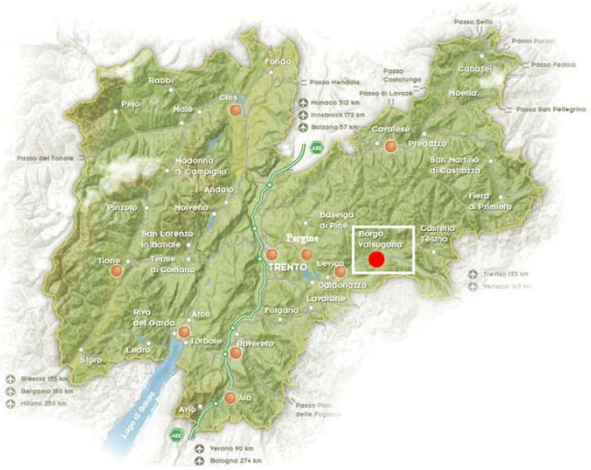
Figura 4.5 - Planimetria del primo piano 80
Figura 4.6 - Planimetria del piano terra 82
Figura 4.7 - Planimetria del primo piano 83
Figura 4.8 - Planimetria del secondo piano 83
Figura 4.9 - Planimetria della camera 84
Figura 4.10 - Planimetria dell'edificio 85
Figura 4.11 - Planimetria della camera 86
Figura 4.12 - Planivolumetrico del progetto 90
Figura 4.13 - Schemi sui rapporti spaziali e dimensionali col contesto 90
Figura 4.14 - Planimetria del piano terra 91
Figura 4.15 - Planimetria del primo piano 92
Figura 4.16 - Planimetrie degli appartamenti 93
Figura 4.17 - Planimetria del piano terra 98
Figura 4.18 – Prospetti 99
Figura 4.19 – Planimetrie 100
Figura 4.20 – Planimetrie 101
Figura 4.21 - Planimetria del piano terra 102
Figura 4.22 - Schemi funzionali 104
Figura 4.23 - Planimetria del piano tipo 106
Figura 4.24 - Planimetria degli appartamenti 106
Figura 5.1 – Macrogruppi dei casi studio selezionati messi a sistema 113

IMMAGINI

Immagine 2.1 – RSA Montemurlo, Ipostudio – 1999 48
Immagine 3.1 - Residenze per anziani autonomi e non - Alcácer do Sal, Portogallo 62
Immagine 4.1 - Esterno ed interni del Centro anziani 78
Immagine 4.2 - Prospetto sud 97
Immagine 4.3 - Prospetto orientale 105

1 _ LETTURA SOCIO-TERRITORIALE

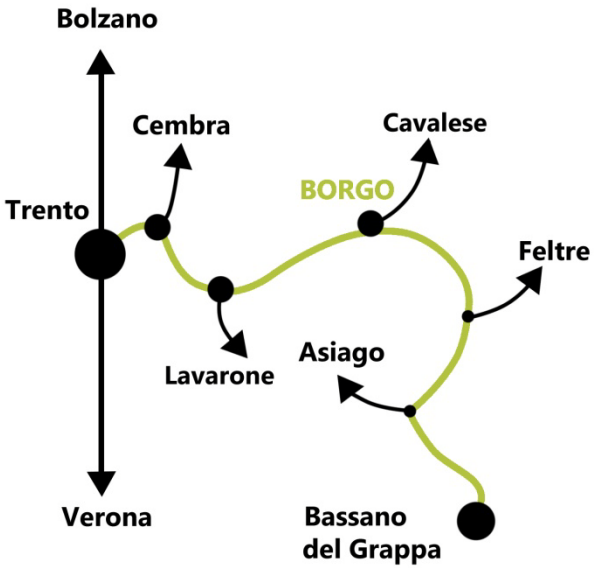
1.1 Inquadramento territoriale



Borgo Valsugana è un comune del **Trentino-Alto Adige/Südtirol**, una regione dell'Italia settentrionale, che confina a sud e a sud-est con il Veneto, a nord e a nord-est con l'Austria (Tirolo e Salisburghese), a sud-ovest con la Lombardia, a nord-ovest con la Svizzera (Canton Grigioni). La regione è compresa tra le Alpi centrali e quelle orientali, mentre a sud è bagnata dal lembo più settentrionale del lago di Garda.

Il comune è situato nel settore orientale della **Provincia Autonoma di Trento**, area storico-geografica completamente montuosa, che si insinua come un cuneo tra la pianura Padana e quella Veneta. I confini provinciali del Trentino corrispondono a nord con la provincia autonoma di Bolzano, a est con la provincia di Belluno, a sud-est con la provincia di Vicenza, a Sud con la provincia di Verona e ad ovest con le province di Brescia e Sondrio.

La **Valsugana** è situata nel Trentino sud-orientale ed è delimitata a sud dall'Altopiano di Asiago e dagli altipiani cimbri di Luserna, Lavarone e Folgaria. A nord si trova la catena del Lagorai, che la separa dalla Val di Fiemme e dal Primiero. La sua estremità occidentale è prossima alla città di Trento e alla valle dell'Adige, mentre a est, sul confine col Veneto, si restringe fra l' Altopiano di Asiago e il Monte Grappa, prendendo il nome di Canale del Brenta e sfociando nella pianura veneta nei pressi di Bassano del Grappa.



La Valsugana è sempre stata, per la sua posizione, un'importante via di collegamento tra Trento, e quindi il passo del Brennero, ed il Veneto. In particolare Borgo si trova circa a metà strada tra Bassano del Grappa (VI) e il capoluogo trentino, sulla **strada statale 47** della Valsugana, che inizia a Trento e termina a Padova, percorrendo interamente la Valsugana e attraversando parte della pianura veneta. La valle è percorsa anche dalla **linea ferroviaria** che collega Trento con il Veneto orientale fino a Venezia. Nel tratto compreso tra Borgo Valsugana e Trento è in funzione una metropolitana di superficie integrata dalle corse delle autocorriere. Strade minori collegano la valle con la Valle di Fiemme, attraverso il Passo dolomitico del Manghen, e con gli altipiani prealpini sul versante meridionale.

Figura 1.1 – Inquadramento territoriale di Borgo Valsugana

Fisicamente e politicamente, la Valsugana si può dividere in due settori, da ovest a est: l'Alta Valsugana, con capoluogo Pergine Valsugana, e la **Valsugana Orientale**, con capoluogo Borgo. Il Trentino è diviso in sedici enti territoriali denominati **Comunità di Valle**, che a livello istituzionale si collocano a metà tra comuni e Provincia ed esercitano importanti funzioni amministrative, tra le quali si ricordano l'urbanistica e i servizi socio-assistenziali.

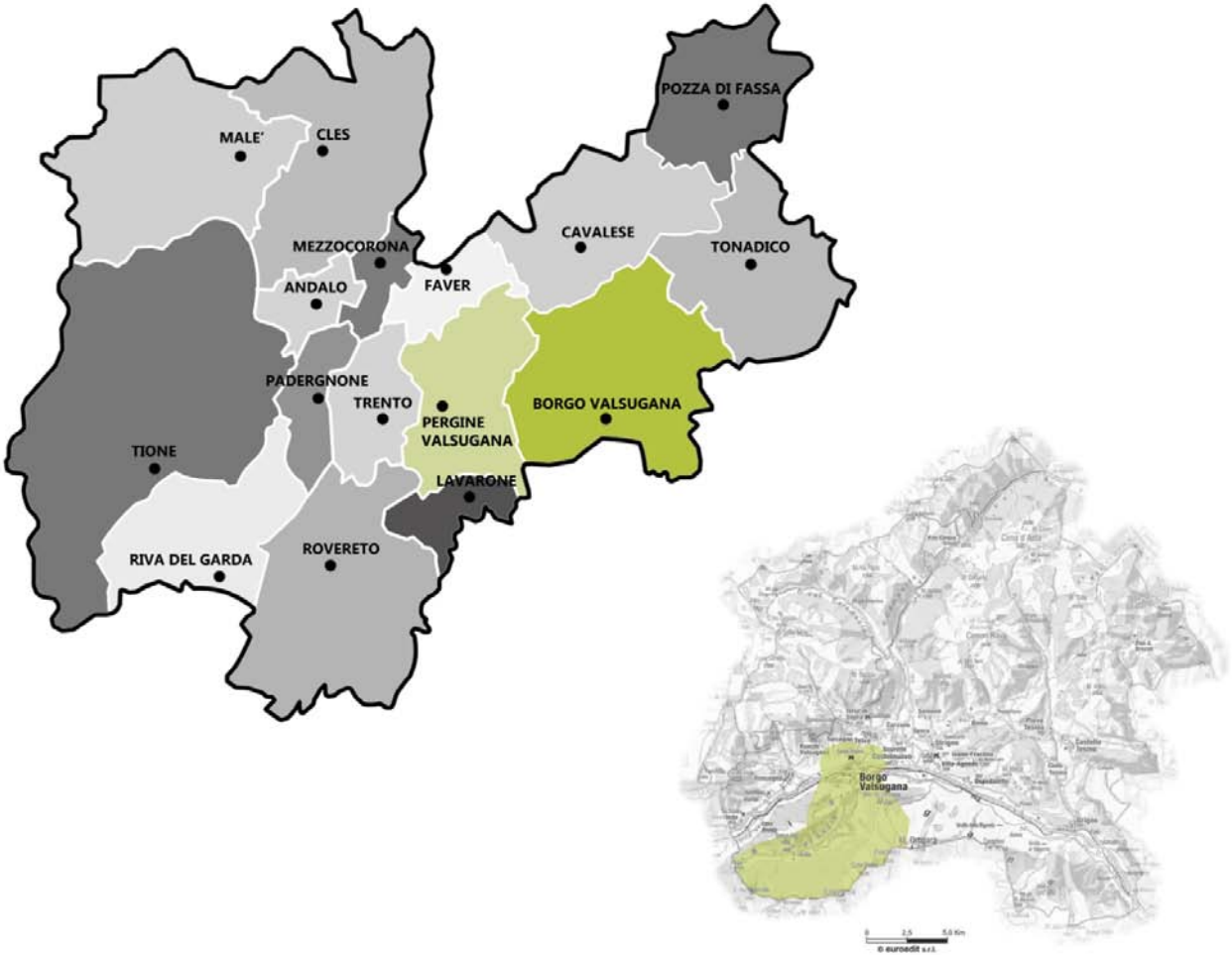


Figura 1.2 – Comunità Valsugana e Tesino e territorio comunale di Borgo Valsugana

1.2 Indagine demografica

Borgo è il capoluogo della ***Comunità di Valle Valsugana e Tesino***, che ha una popolazione di 27.439 (all'1 gennaio 2012) divisa in 21 comuni e si estende su un territorio di circa 578,88 kmq (il 9,3% della superficie provinciale). L'altitudine del territorio abitato della Comunità Valsugana e Tesino varia dai 263 metri s.l.m. del Comuni di Grigno, agli 871 metri s.l.m. del Comune di Castello Tesino, con alcune frazioni, peraltro non molto popolate, situate oltre i 1000 metri sul livello del mare.

Comune	Superficie (kmq)	Totale pop. Residente	Densità demografica (ab. / kmq)
Bieno	11,69	447	37,5
Borgo Valsugana	*52,28*	*6842*	*130,1*
Carzano	1,71	521	298,8
Castello Tesino	112,49	1345	12,1
Castelnuovo	13,45	1022	75,6
Cinte Tesino	25,8	389	15,5
Grigno	46,41	2299	48,4
Ivano-Fracena	6,14	339	55,2
Novaledo	7,97	1040	130,6
Ospedaletto	16,79	809	50,5
Pieve Tesino	73,85	679	9,2
Roncegno Terme	38,05	2818	74,1
Ronchi Valsugana	9,99	424	42,5
Samone	4,89	547	109,0
Scurelle	29,87	1403	46,7
Spera	3,28	600	182,9
Strigno	12,22	1432	117,3
Telve	64,85	2003	30,8
Telve di Sopra	17,83	625	34,7
Torcegno	15,23	709	47,2
Villa Agendo	14,09	1009	72,0

Tabella 1.1 - Densità demografica nei Comuni della Comunità "Valsugana e Tesino", anno 2009

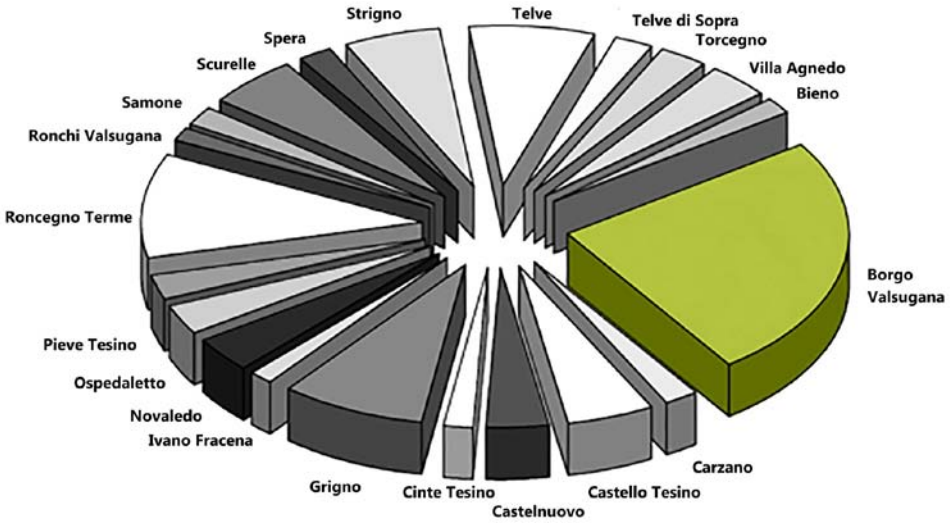


Grafico 1.1 – Ripartizione della popolazione tra i diversi comuni della Comunità Valsugana e Tesino

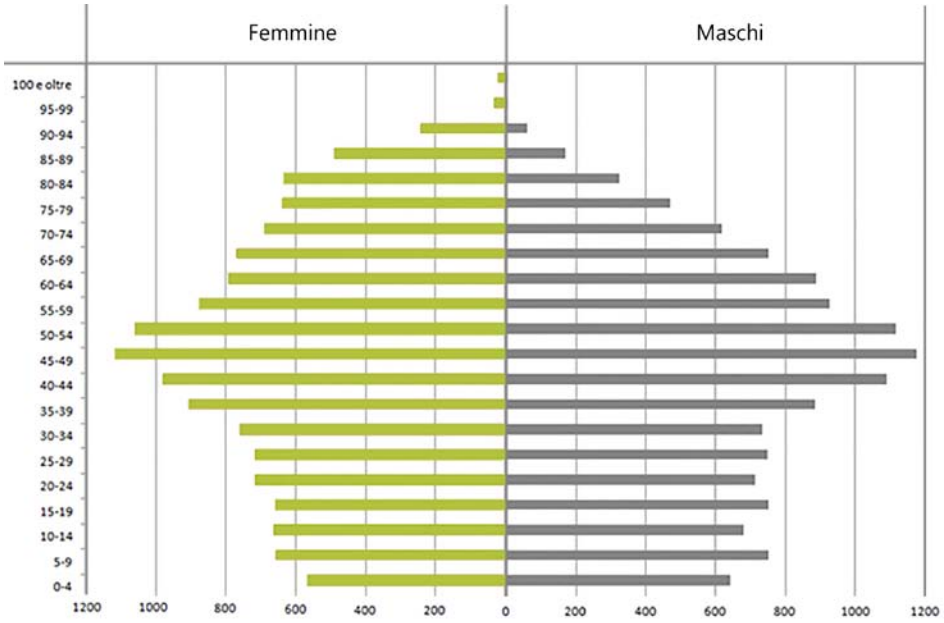


Grafico 1.2 – Piramide della popolazione della Comunità Valsugana e Tesino

Nella *Comunità Valsugana e Tesino* si evidenzia un certo squilibrio tra la **popolazione giovane** e quella **anziana** (vedi Tav. 2), meno consistente rispetto alla media italiana che ha un indice di vecchiaia di 1,44 ma superiore a quella della Provincia di Trento di 1,26, che registra infatti uno dei più alti tassi di fertilità della penisola. In particolare i comuni della Conca del Tesino (Bieno, Castello Tesino, Cinte Tesino e Pieve Tesino), località in posizione piuttosto decentrata a circa 800 metri di altitudine, registrano i più alti indici di vecchiaia della Comunità.

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
0-4	643	566	1.209
5-9	753	656	1.409
10-14	680	661	1.341
15-19	753	656	1.409
20-24	712	716	1.428
25-29	750	716	1.466
30-34	733	760	1.493
35-39	884	906	1.790
40-44	1.090	981	2.071
45-49	1.176	1.114	2.290
50-54	1.118	1.060	2.178
55-59	927	873	1.800
60-64	887	793	1.680
65-69	752	769	1.521
70-74	619	688	1.307
75-79	470	637	1.107
80-84	325	631	956
85-89	169	488	657
90-94	60	243	303
95-99	2	32	34
100 e oltre	1	20	21
Totale	13.394	13.990	27.384

Tabella 1.2 - Residenti in Comunità "Valsugana e Tesino" distinti per classi di età quinquennali, in data 01/01/2014

Comuni del Comprensorio C3	Popolazione < 15 anni	Popolazione > 64 anni	Indice di vecchiaia
Bieno	53	116	2,19
Borgo Valsugana	918	1079	1,17
Carzano	87	76	0,87
Castello Tesino	162	418	2,58
Castelnuovo	167	173	1,03
Cinte Tesino	36	124	3,44
Grigno	334	489	1,46
Ivano-Fracena	55	40	0,72
Novaledo	121	136	1,12
Ospedaletto	142	157	1,10
Pieve Tesino	95	195	2,05
Roncegno Terme	364	497	1,36
Ronchi Valsugana	69	64	0,92
Samone	78	91	1,16
Scurelle	188	244	1,29
Spera	83	99	1,19
Strigno	204	339	1,66
Telve	289	422	1,46
Telve di Sopra	101	109	1,07
Torcegno	124	113	0,91
Villa Agnedo	157	125	0,79
Totale	3827	5106	1,33

Tabella 1.3 - Indice di vecchiaia nei comuni della Comunità "Valsugana e Tesino" alla data del Censimento 2001

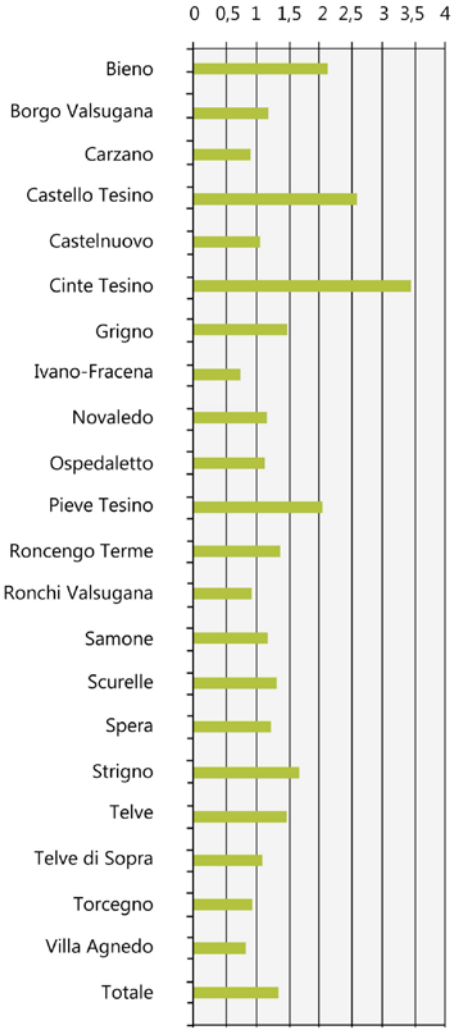


Grafico 1.3 - Indice di vecchiaia

Negli ultimi decenni la popolazione occidentale ha subito un considerevole **invecchiamento demografico**, che ha portato ad un aumento delle richieste di servizi socio-sanitari. Sulla base dei dati elaborati dal servizio statistica della Provincia Autonoma di Trento, è possibile ipotizzare la composizione della popolazione Comunitaria nel periodo 2010 al 2030. Per la **Comunità Valsugana e Tesino** l'aumento previsto è di circa il 7%: la fascia minori/giovani si ipotizza registrerà un aumento di circa 1,5 punti percentuali, la fascia adulti di circa il 4,5%, mentre gli ultra 65enni potrebbero aumentare di oltre il 19%. %. In particolare si prevede che gli anziani ultra 90enni possano registrare un aumento del 150% rispetto ad oggi. Secondo le previsioni entro il 2030 un quarto della popolazione potrebbe essere anziana[1].

Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto **longevity shock**, recentemente sottolineato dal Fondo Monetario Internazionale[2].

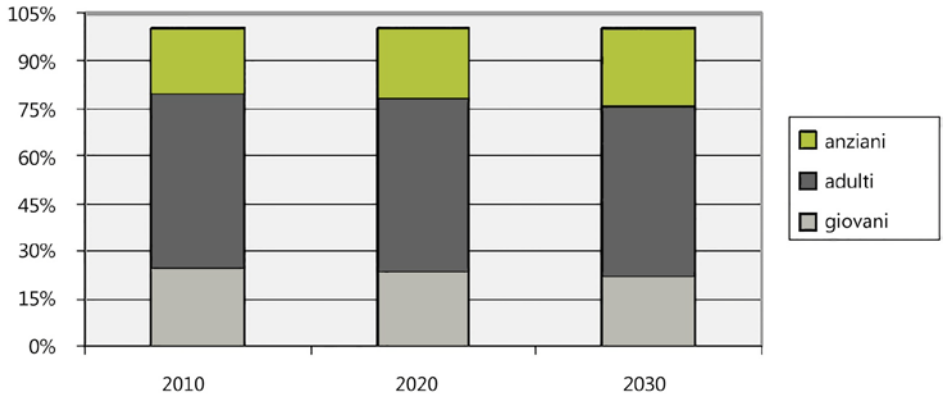


Grafico 1.4 - Composizione della popolazione nella Comunità "Valsugana e Tesino" - proiezione anni 2010-2030

[1] *"Piano sociale della Comunità Valsugana e Tesino 2011-2013"*, pag. 19
[2] Galluzzo L., Gandin C., Ghirini S., Scafato E., *"L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?"*, Roma, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Aprile 2012

In Italia nel 2006 il tasso di degenze in RSA, presidi residenziali per anziani non autosufficienti necessitanti di un medio-elevato supporto sanitario e assistenziale, è stato dell'1,2%. È interessante la lettura simultanea dei tassi per le singole Regioni. Si evidenzia una tradizionale eterogeneità dei contesti regionali, con le regioni meridionali che delegano in misura molto superiore alle famiglie i compiti di assistenza.

Regioni	Degenze x 1000 anziani	Posti letto x 1000 anziani
Piemonte	7,6	1,2
Valle d'Aosta	8,2	-
Lombardia	35,3	0,4
Trentino-Alto Adige	40,4	2,3
Veneto	5,4	1,1
Friuli-Venezia Giulia	34,9	0,1
Liguria	16,3	0
Emilia-Romagna	8,6	2,4
Toscana	15,4	0,3
Umbria	4	0,1
Marche	8,8	1,4
Lazio	4,7	1,7
Abruzzo	7,4	0,3
Molise	0	0,4
Campania	0,6	0,6
Puglia	0,3	0,9
Basilicata	0	0,4
Calabria	2,7	1,3
Sicilia	2	0,3
Sardegna	3,5	0,6
Italia	11,8	0,9

Tabella 1.4 - Assistenza in RSA nelle Regioni italiane

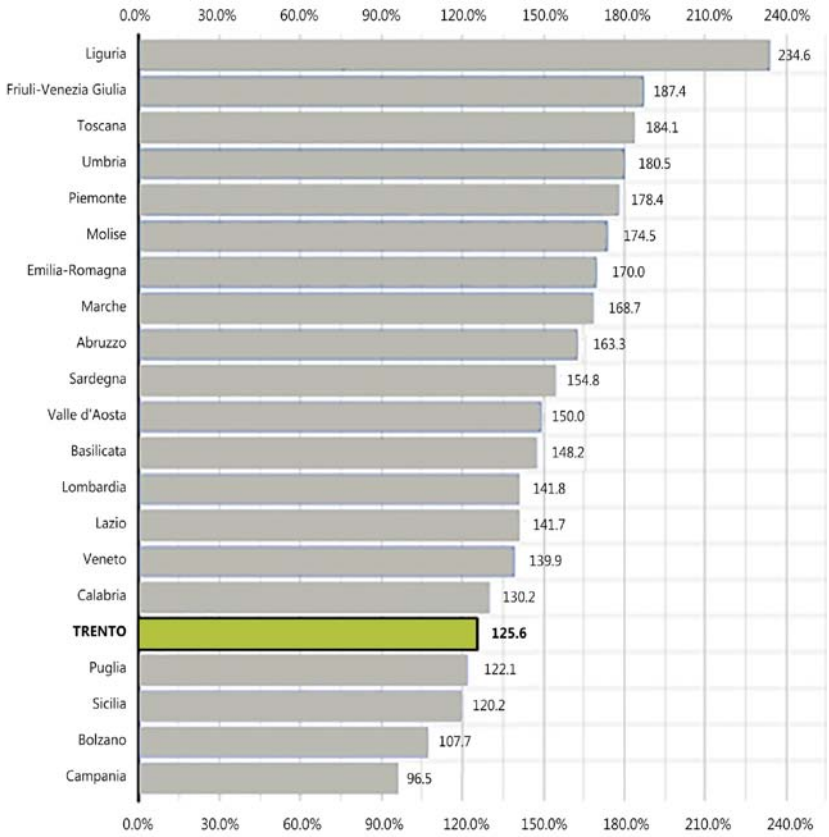


Grafico 1.5 - Indice di vecchiaia nelle Regioni italiane

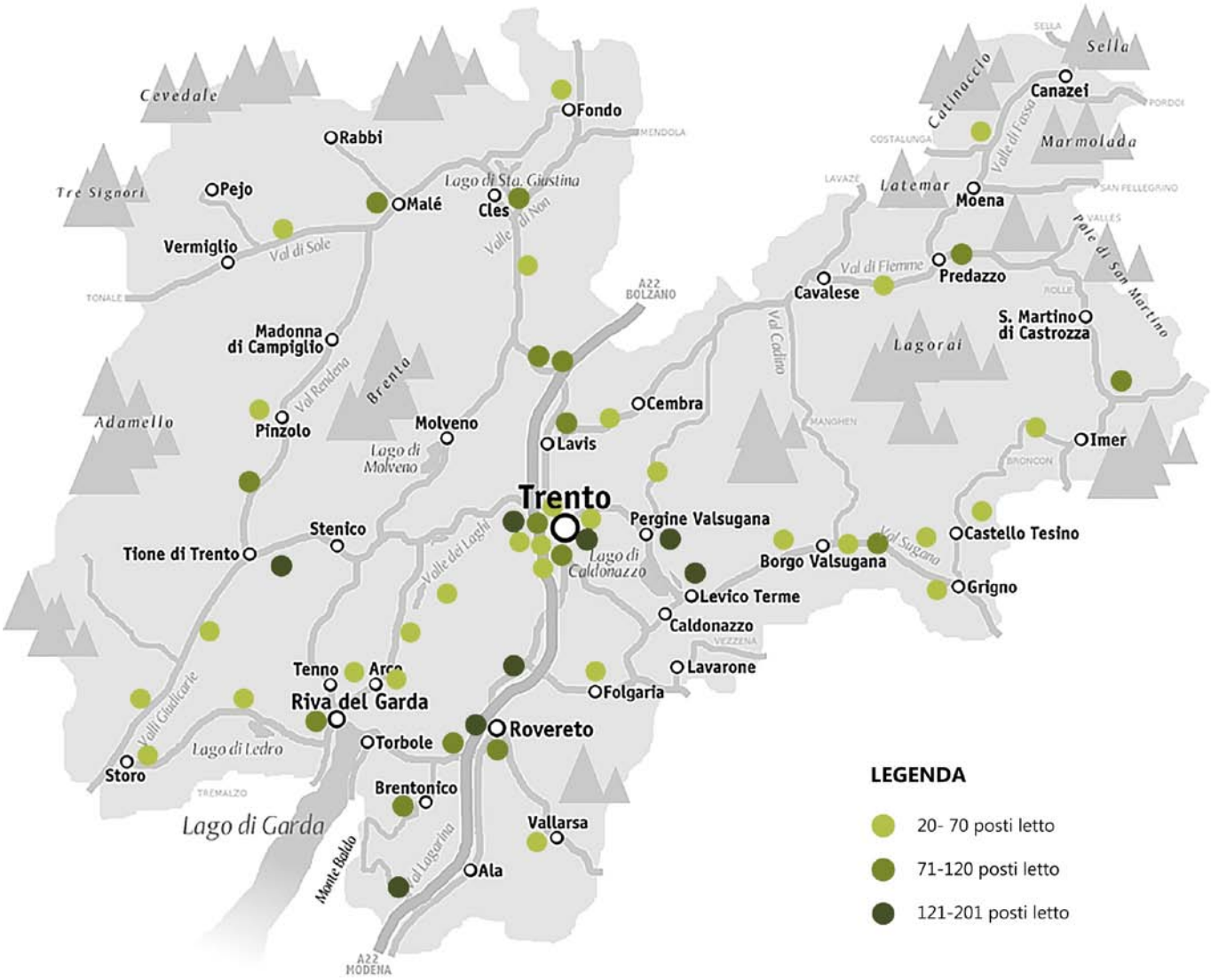


Figura 1.3 - RSA presenti nella Provincia Autonoma di Trento (2011)

1.3 Strutture di assistenza agli anziani nella Comunità Valsugana e Tesino

Le strutture in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno hanno un carattere socio-sanitario e possono essere, a seconda dei casi, a prevalente caratterizzazione sanitaria o sociale. L'obiettivo di tali strutture è quello di garantire un'assistenza qualificata, in grado di garantire i bisogni primari, psichici e affettivi dell'anziano, attraverso un coinvolgimento in termini di risorse e potenzialità. Le strutture sostengono il mantenimento del livello di autonomia residua, favorendo eventuali miglioramenti e potenziamenti. Nello specifico, i presidi di assistenza e riabilitazione possono essere divisi nelle seguenti categorie:

- Il centro socio-riabilitativo diurno
- Il centro socio-riabilitativo residenziale
- Il gruppo appartamento
- La residenza protetta
- La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)[3]

In Italia il quadro legislativo che riguarda le strutture residenziali per anziani è vario e piuttosto confuso ma, semplificando, è possibile individuare due macrocategorie in base al grado di autosufficienza degli ospiti:

- Le **residenze per anziani non autosufficienti**, che ospitano malati cronici e quelli in stato pre-terminale, ai quali viene fornita assistenza diretta (alimentazione, mobilizzazione, igiene personale, ecc.) e sanitaria.
- Le **residenze per anziani autosufficienti**, che possono essere inserite in normali edifici residenziali o in strutture di tipo collettivo e sono rivolte ad anziani in precarie condizioni economico-abitative, privi di nucleo familiare in grado di accudirli.

[3] Terranova F., *"Edilizia per la sanità, ospedali-presidi medici e ambulatoriali-strutture in regime residenziale"*, Milano, editore Puntoeacapo, 2005, pag. 258

Un possibile raggruppamento delle tipologie più diffuse è il seguente[4]:

Anziani autosufficienti	Anziani non autosufficienti
Casa albergo	Casa protetta
Casa di riposo	Centro di riabilitazione
Comunità alloggio	Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Tabella 1.5 - Tipologie di residenze per anziani in base al grado di autosufficienza

Nel territorio della Comunità Valsugana e Tesino sono presenti diverse strutture adibite all'assistenza agli anziani che, assieme al servizio di assistenza domiciliare, rispondono alle esigenze di utenti con diversi gradi di autonomia.

Figura 1.4 - Servizi agli anziani nella Comunità Valsugana e Tesino (2013)

[4] Lombardo S., *"Residenze per anziani - guida alla progettazione"*, Palermo, Dario Flaccovio editore 2009, pag. 258

Residenze Sanitaria Assistenziale (RSA)

Sono strutture residenziali, un tempo definite case di riposo, che accolgono persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti. Il loro obiettivo è garantire la salute fisica e il benessere psichico, promuovere l'autonomia personale, stimolare gli interessi e le relazioni sociali, garantendo la qualità di vita dell'anziano non auto sufficiente o non più in grado di rimanere al proprio domicilio.

Nome RSA	Comune	Posti letto
"S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia"	Borgo Valsugana	68
. "Suor Agnese"	Castello Tesino	55
Casa di Soggiorno "Suor Filippina di Grigno"	Grigno	49
"Piccolo Spedale"	Pieve Tesino	50
"S. Giuseppe"	Roncegno	48
"Redenta Floriani"	Strigno	82
Totale		**352**

Tabella 1.6 - Elenco Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) della Comunità Valsugana e Tesino

Casa di Soggiorno "Arcobaleno", Borgo Valsugana (9 posti letto)

La Casa di Soggiorno è una struttura residenziale destinata ad anziani autosufficienti che abbiano bisogno o abbiano espresso la volontà di risiedere in una struttura che garantisce servizi di natura alberghiera, quali vitto e alloggio, assistenza di base e attività di animazione. Le sei stanze della Casa, tre singole e tre doppie, sono collocate tutte al piano terra e dotate di servizi privati. E' inoltre presente un soggiorno su cui si affaccia una piccola cucina attrezzata.

Alloggi Protetti, Cinte Tesino (9 alloggi - 16 posti letto) e Villa Agnedo (3 alloggi - 8 posti letto)

Sono alloggi destinati ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti ed a persone a rischio di emarginazione. Gli alloggi protetti sono finalizzati ad offrire ai propri ospiti il massimo di occasioni di vita autonoma, e rispondono per dimensione, strutturazione, arredamento, collocazione e modalità di accesso alla finalità di non emarginare l'utente e di promuovere l'autosufficienza dello stesso.

Centro Diurno "Toniolatti", Scurelle (20 posti)

La recente struttura è pensata per persone affette da demenza, in particolare per i malati di alzheimer, è gestita dall'Apsp di Borgo ed è una delle cinque presenti sul territorio nazionale. Si tratta di uno spazio di 260 metri quadrati, privi di barriere architettoniche, pensati ed organizzati al fine di favorire la permanenza degli anziani nel proprio ambiente di vita. All'interno è stato pensato un percorso protetto che, a livello terapeutico, consente le forme di vagabondaggio caratteristiche delle persone con sindrome dementigena. Gli spazi esterni daranno risalto ai colori, ai profumi, alle sensazioni tattili e a quelle uditive.

Centro di Servizi "Villa Prati", Villa Agnedo (25 posti), Cinte Tesino (20 posti)

Il Centro di Servizi risponde a bisogni di anziani autosufficienti o con un parziale grado di compromissione delle capacità funzionali, che vivono nella propria abitazione o in alloggi protetti. Esso si caratterizza per la polifunzionalità delle sue prestazioni, che possono comprendere la cura e l'igiene della persona (bagno assistito, pedicure/manicure, parrucchiere/barbiere), servizi di mensa e di lavanderia. Allo scopo di favorire la socializzazione e lo sviluppo delle relazioni interpersonali, il Centro di Servizi è anche sede di attività socio-ricreative, culturali, motorie ed occupazionali.

1.4 Definizione dell'area di progetto

L'area di progetto è localizzata nel Comune di Borgo Valsugana, in provincia di Trento. La selezione di tale contesto stata favorita da un rapporto positivo con gli enti locali e la vicina RSA e per la posizione fortemente strategica, che verrà illustrata di seguito, dell'area individuata.

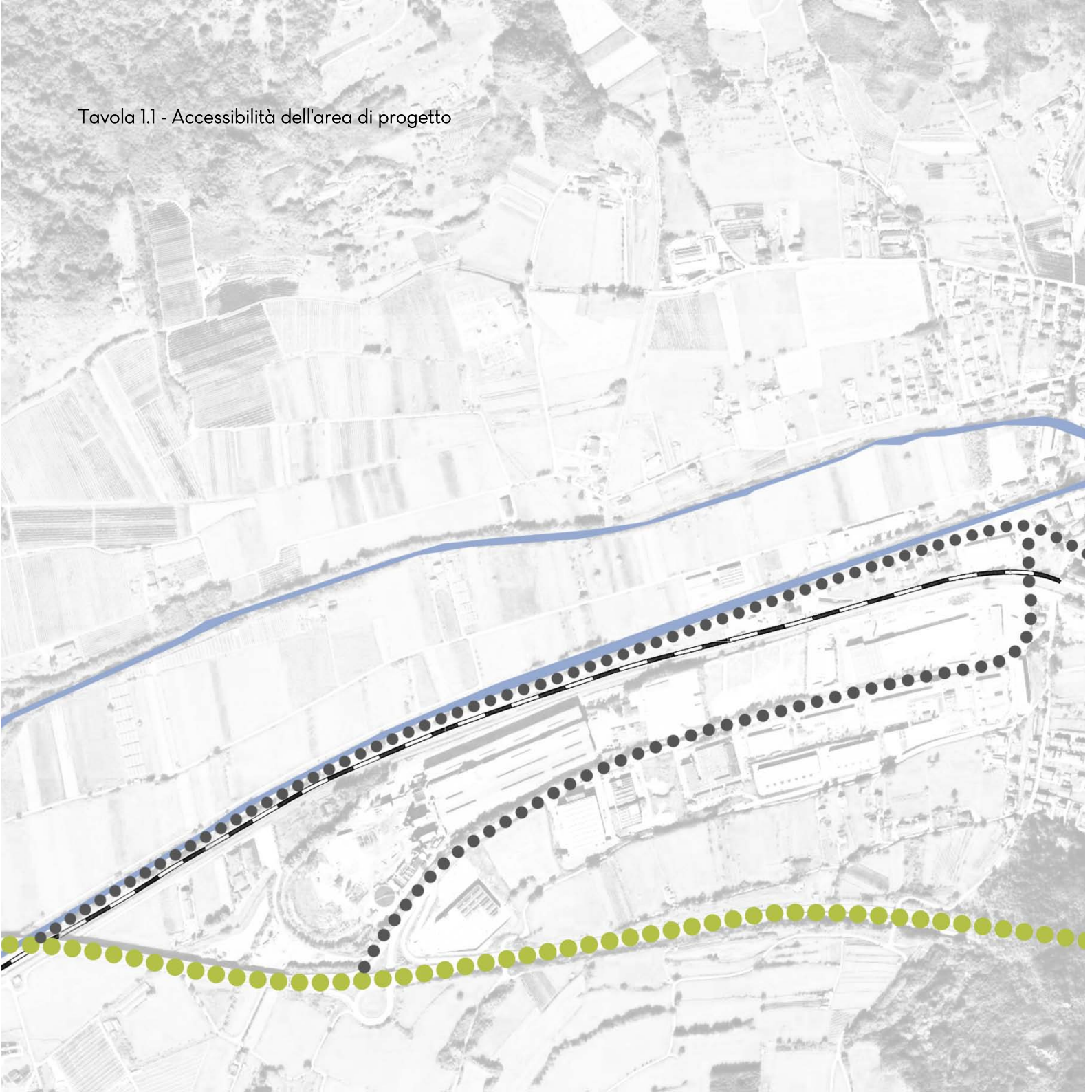
Borgo Valsugana, pur contando meno di 7.000 abitanti, è un centro di notevole importanza nel contesto alpino del Trentino, infatti rappresenta il capoluogo della Comunità Valsugana e Tesino ed è il dodicesimo comune in Provincia per numero di abitanti. Qui si concentrano svariati servizi di rilevanza sovracomunale, come l'Ospedale, il Catasto, diversi istituti superiori, la sede della protezione civile e un moderno polo sportivo.

Il polo sanitario si trova ai margini del centro storico, in quella che era la periferia dell'abitato agli inizi del XX secolo, quando l'ospedale è stato realizzato. Oggi l'area si trova inserita in un tessuto urbano principalmente residenziale, frutto dell'urbanizzazione avvenuta a partire dal secondo Dopoguerra. Oltre alla struttura dell'ospedale, sono presenti due edifici più recenti che ospitano funzioni ambulatoriali, due edifici minori di servizio sul retro e, nella parte più orientale, una APSP (Azienda Pubblica per i Servizi alla Persona) che comprende una RSA e una Casa di soggiorno per anziani. Recentemente il parco dell'APSP è stato ampliato, occupando un vasto spazio ad est della struttura.

Il lato meridionale di questo nuovo spazio verde è adiacente al sito che è stata selezionato, ai fini del presente lavoro, per ospitare la casa multigenerazionale in progetto. Si tratta di un'area di quasi 6000 mq di pertinenza dell'Ex Albergo Venezia, che ha cessato ogni attività all'inizio degli anni '80. L'edificio, localizzato lungo il margine meridionale dell'area, si presenta come una villa primonovecentesca dall'aspetto signorile. È localizzato lungo il margine meridionale del sito, nel quale la superficie coperta rappresenta meno di un decimo rispetto al totale.

L'area gode infatti di un ampio parco, piantumato con belle conifere secolari, che si estende fino al nuovo parco dell'APSP, dal quale è separato solo da una strada poco trafficata, in quanto chiusa solo 150 metri più avanti, in concomitanza con l'ospedale. La strada che delimita il sito a sud è chiusa al traffico tra le 20 e le 8, per garantire maggiore tranquillità all'area sanitaria. La più frequentata e quella sul lato orientale in direzione nord-sud, che prosegue passando attraverso la residenziale zona Valli per poi condurre fino al comune di Telve. Si tratta comunque di una viabilità di interesse locale, che non presenta particolari problemi legati al traffico.

Tavola 1.1 - Accessibilità dell'area di progetto



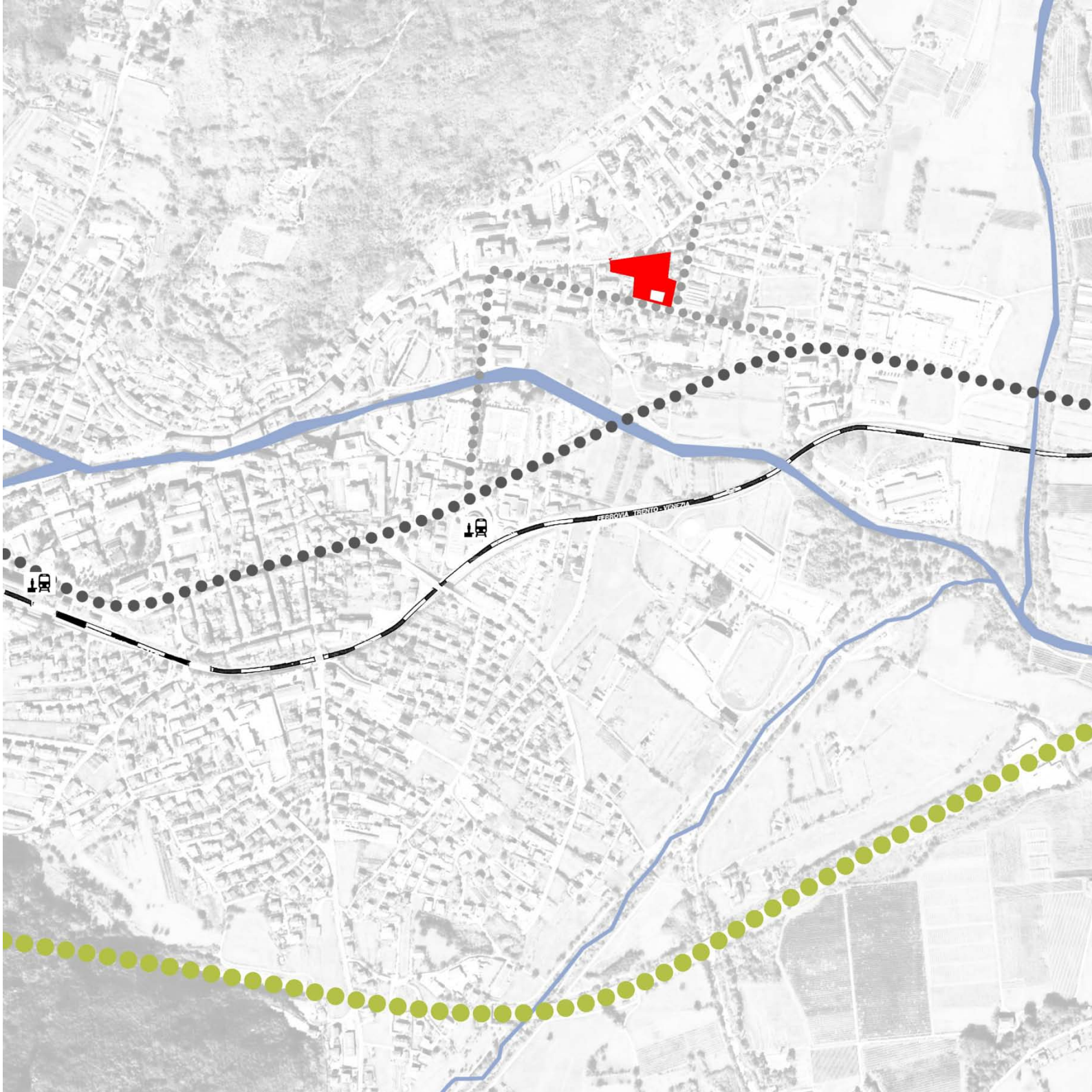
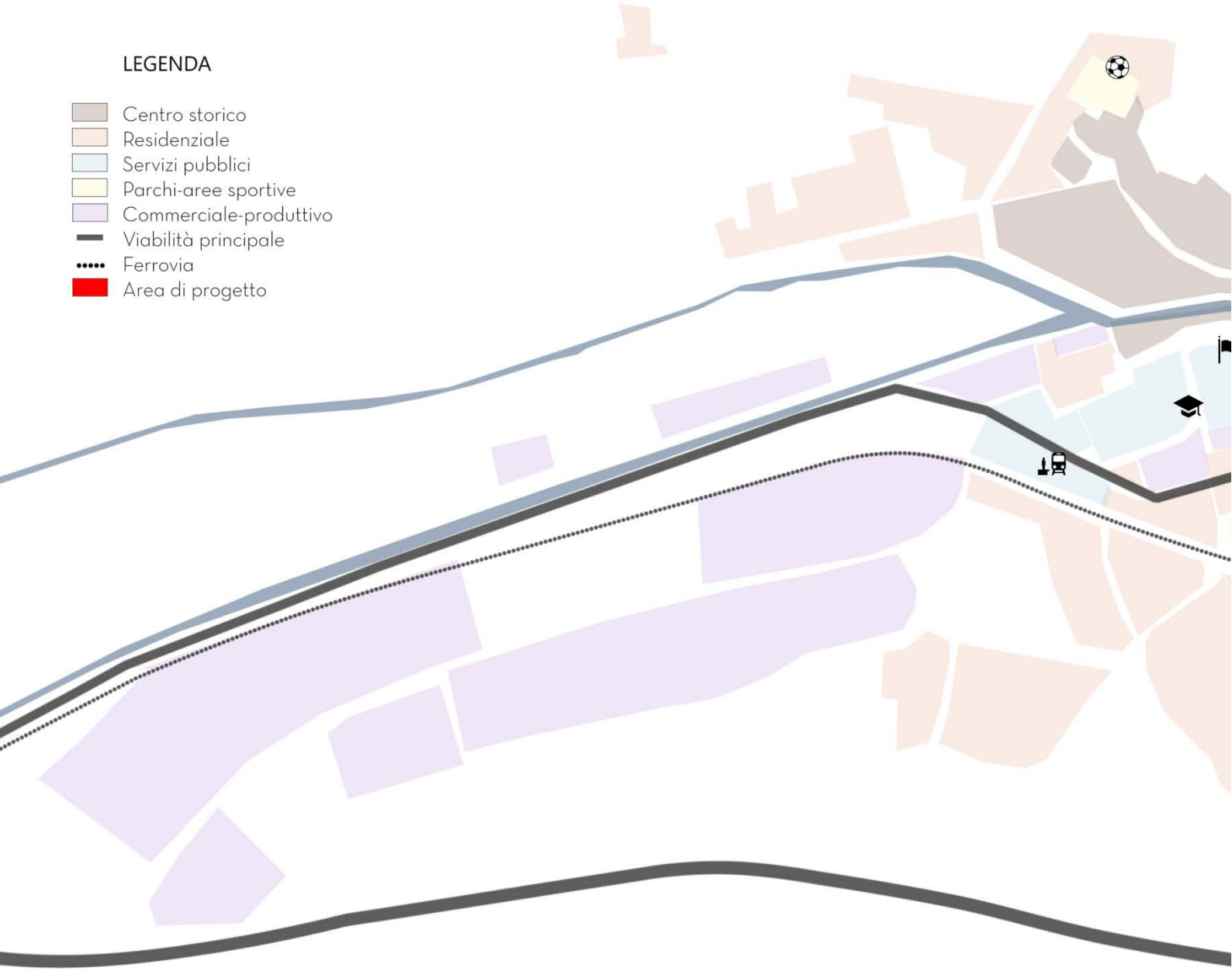

FERROVIA TRENTO-VENEZIA

Tavola 1.2 - Principali funzioni nel territorio del Comune di Borgo Valsugana



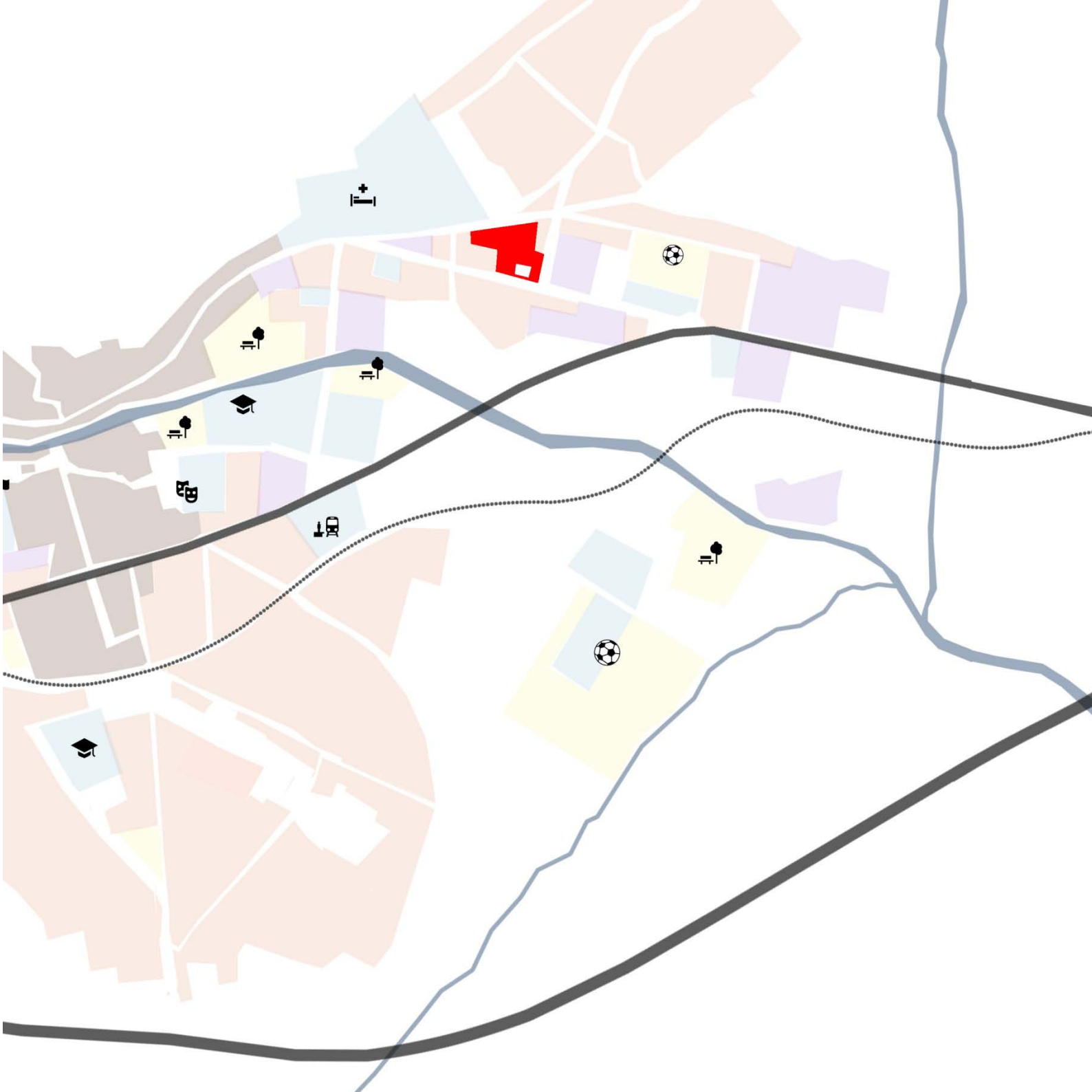
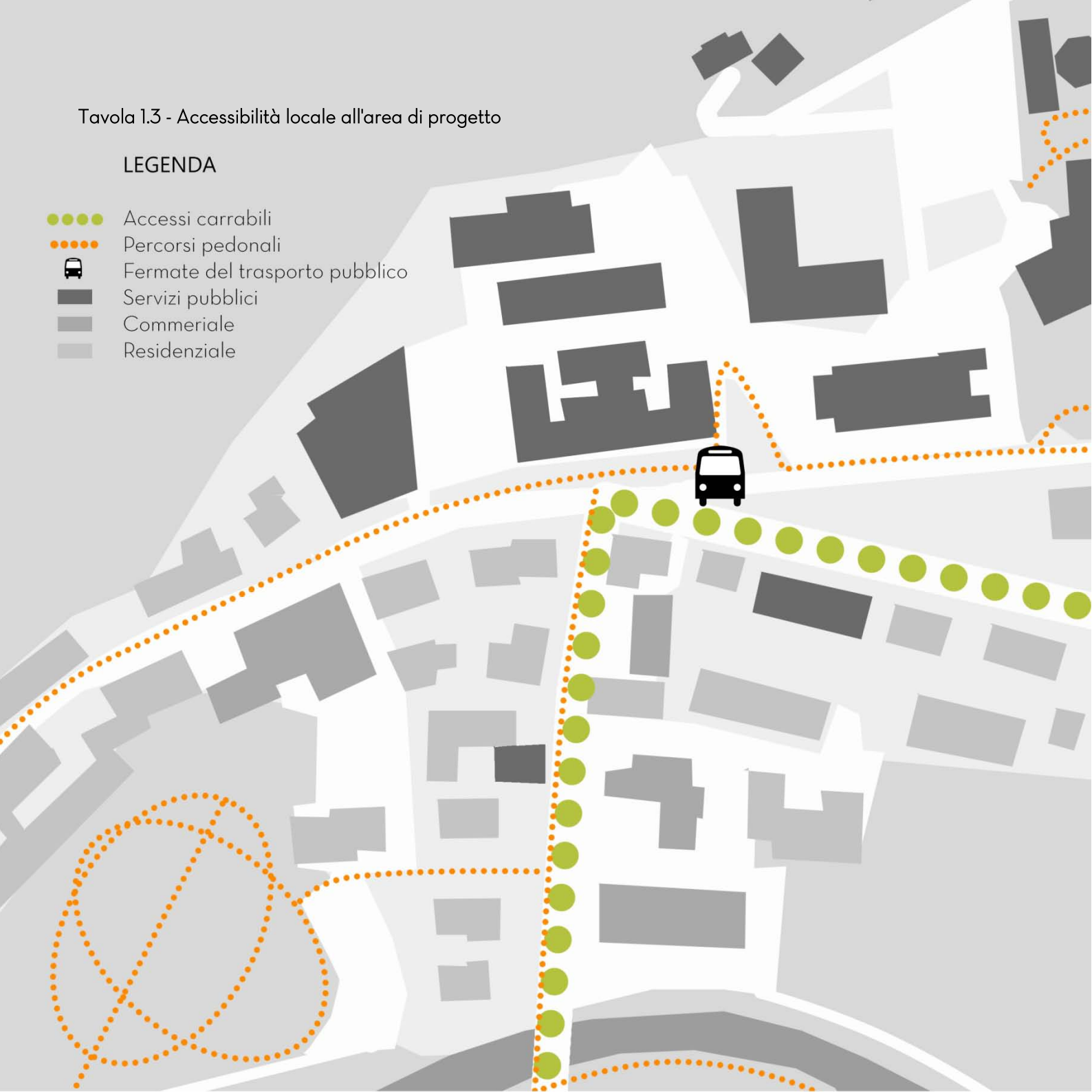
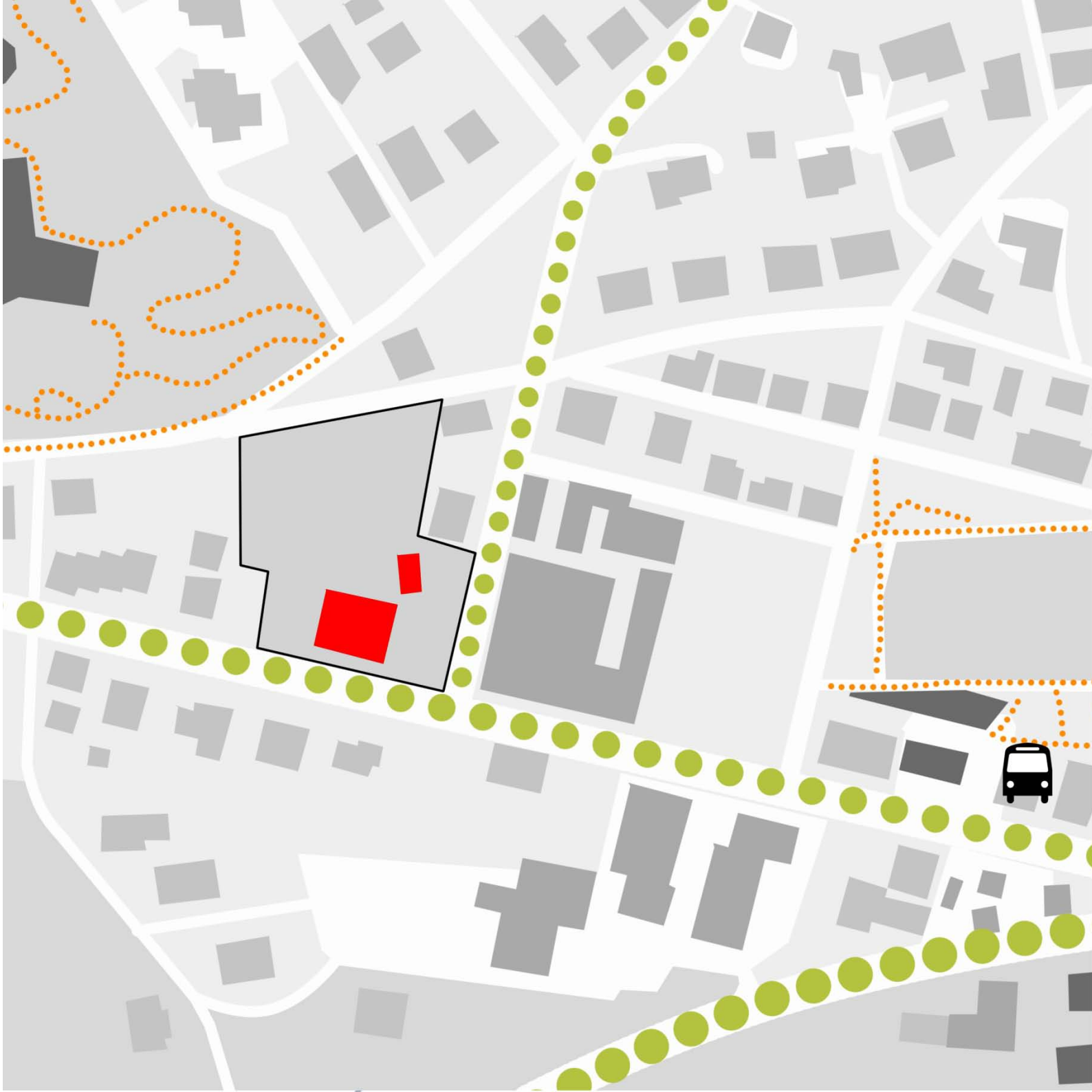


Tavola 1.3 - Accessibilità locale all'area di progetto



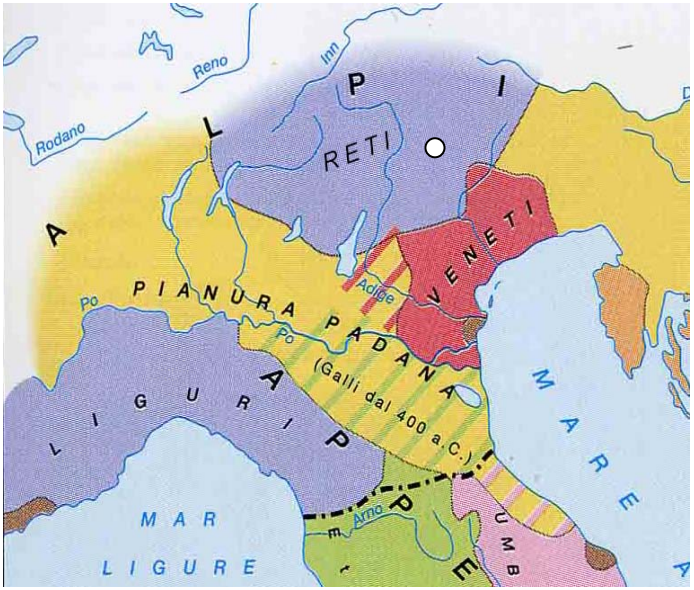


ùTavola 1.4 _Sistema del verde

Tavola 1.5 - Area sanitaria adiacente all'area di progetto

1_ Parcheggio
2_ Edifici di servizio
3_ Presidio ospedaliero
4_ Ambulatori
5_ RSA

1.6 Profilo storico della Valsugana Orientale



I primi nuclei insediativi stabili, appartenenti soprattutto a *popolazioni retiche* e *galliche,* si insediano nell'area a partire dalla tarda **età del bronzo**.[5] La *romanizzazione* del territorio avviene probabilmente a partire dal I secolo d.C., quando il territorio viene annesso al **Municipium di Feltria** della X Regio. In quest'epoca la valle assume il nome di "Vallis Ausuganea", dall'antico nome di Borgo, che era appunto "**Ausugum**"[6]. Più tardi il toponimo si modificò in "**Burgum Ausugi**", con l'aggiunta di "Burgum" dall'alto tedesco "Burg", luogo fortificato. Il *Cristianesimo*, penetrato in forma sporadica nei primi secoli dopo Cristo dal contatto con militari e commercianti, trovò ampia diffusione tra il IV e il VI secolo.

Figura 1.5 - Borgo Valsugana nell'Italia preromana

La costruzione della **Via Claudia Augusta Altinate**, importante arteria viaria che collegava Altino, nei pressi dell'odierna Venezia, ad Augusta[7], in Baviera, diede notevole impulso economico alla valle e alla fondazione di nuovi insediamenti abitativi.

Con la fine dell'Impero Romano, si verificarono probabilmente distruzioni e saccheggi durante i passaggi di schiere armate, soprattutto durante il tempestoso *periodo gotico*. All'epoca del *dominio franco* una testimonianza di Paolo Diacono racconta la distruzione di due luoghi fortificati, uno dei quali si può probabilmente identificare col nucleo originario del Castel Telvana, in Alsuca, nome che nel frattempo aveva assunto Borgo.

[5] Fabris V., "*La Valsugana Orientale e il Tesino parte prima*", Editori Vari, 2011, pag. 18
[6] Toponimo prelatino di origine celtica, da *auso,* far defluire, drenare l'acqua + *-uko* cit. A. Falileyev

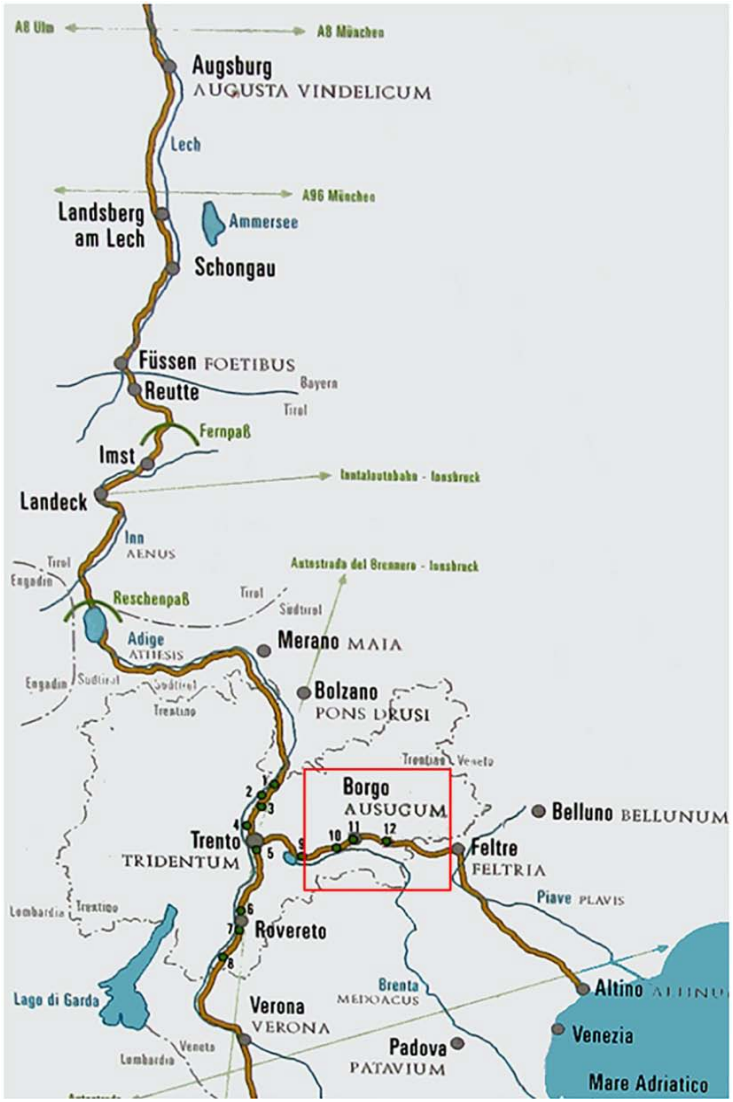


Figura 1.6 - Tracciato della via Claudia Augusta-Altinate

Nell'alto **Medioevo** la Valsugana è interessata da un intenso traffico commerciale, sia attraverso l'antico percorso militare della Via Claudia Augusta, sia attraverso il più recente tragitto mercantile della Opitergium – Tridentum che, scendendo da Feltre, percorreva l'intera valle. Su quest'arteria si innestava a Primolano un'ulteriore via di comunicazione proveniente da Padova, la "**Via Paulina**".

Durante tutto il Medioevo parti del fondovalle restavano occupate da paludi, e acquitrini, con scarsità di terre coltivabili.[8] Per questo motivo i pochi insediamenti, a parte Borgo, erano costruiti sulle pendici a nord del Brenta, verso la catena del Lagorai, anche per la favorevole esposizione a sud e quindi nella zona più soleggiata.

Nei primi anni del II millennio vengono istituiti, nella cornice del Sacro Romano Impero, il **Principato Vescovile di Trento** e la **Contea Vescovile di Feltre**, alla quale viene aggregato anche Borgo con la Valsugana Orientale, probabilmente per la difficoltà di comunicazioni con Trento, complicate dalla scoscesa gola del Fersina che separa la Valsugana dalla Valle dell'Adige. [9]

[8] Fabris V., "*La Valsugana Orientale e il Tesino parte prima*", Editori Vari, 2011, pag. 16
[9] IDEM, pag. 17

In questo periodo vengono eretti nella valle un gran numero di castelli, residenze fortificate dei *feudatari* che saranno per lungo tempo protagonisti di aspre contese. Gli unici manieri tuttora in piedi ed abitabili sono **Castel Telvana** e **Castel Ivano**, diventato da anni un centro d'arte e di cultura. Restano inoltre le rovine soffocate dalla vegetazione di Castellalto, in fase di restauro, e Castel San Pietro.

Verso la fine del *Duecento* avvengono i primi insediamenti di coloni di lingua tedesca provenienti in gran parte dalle zone germanofone delle Alpi meridionali, evidenti ancor oggi nella toponomastica locale e in diversi cognomi.[10] Per tutto il *Trecento* la Valsugana è oggetto di una dura contesa tra i conti del Tirolo e diverse città venete, passando ripetute volte da una parte e dall'altra. Nei primi anni del Quattrocento si forma spontaneamente la *Repubblica di San Marco*, della quale la valle farà parte per una breve parentesi tra il 1410 e il 1413, prima di passare definitivamente sotto il diretto dominio del **Tirolo**. Il passaggio della Valsugana Orientale ai duchi d'Austria diede origine ad una seconda ondata di *immigrazione tedesca*, che portò nel territorio soldati, artigiani, armaioli e minatori al seguito della famiglia dei **Welsperg**, che si insedierà nel Castel Telvana.

Figura 1.7 - Castel Telvana

[10] IDEM, pag. 19

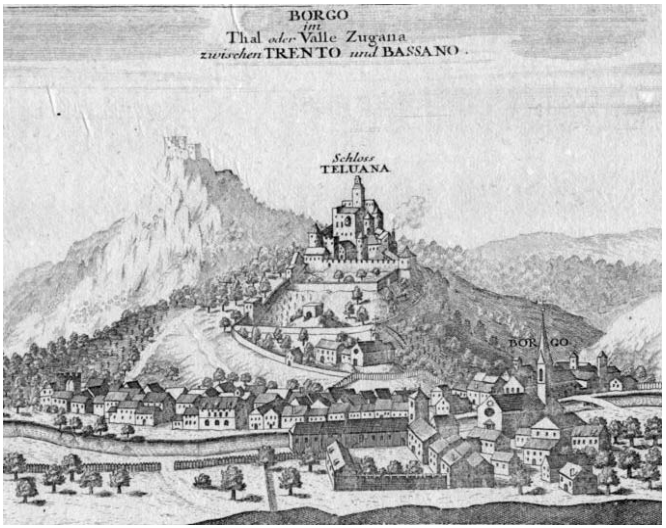


Figura 1.7 - Borgo nel XVI secolo

Nel *Cinquecento* la valle fu coinvolta dalla "**Guerra Rustica**", che vide i contadini di tutta l'Europa Centrale ribellarsi all'oppressione dei signorotti locali. La rivolta fu domata nel sangue, ma nel 1609 l'Arciduca Massimiliano concesse alla Valsugana gli *Statuti* rivendicati, che portarono ad un netto miglioramento dei rapporti tra le varie comunità locali e i dinasti di turno. [11]

All'inizio del *Seicento* venne introdotto in valle l'allevamento del **baco da seta**, che divenne una delle fonti economiche più importanti con la creazione di numerose filande soprattutto nel paese di Borgo. [12]

Nel 1796 le campagne napoleoniche segnarono la fine al lungo periodo di pace: **Napoleone** stesso giunse a Borgo e vi pernottò con 15.000 uomini, per vincere gli austriaci il giorno successivo presso Bassano del Grappa. Nel 1809 la popolazione del Tirolo storico fu coinvolta dalla cosiddetta *sollevazione hoferiana*, contro la dominazione franco-bavarese. I continui cambiamenti di regime continuarono fino al 1815, quando col **Congresso di Vienna** si determinò la restituzione del Tirolo all'Austria e la definitiva abolizione dei Principati Vescovili di Trento e Bressanone, che godevano precedentemente di maggiore autonomia. [13]

Nel 1862 un furioso **incendio** distrusse una vasta porzione di Borgo, lasciando 1670 persone senza tetto. Fra le case ricostruite fu aperta una larga via rettilinea e due ampie piazze di concezione urbanistica ottocentesca. Nel 1866, con l'annessione del Veneto al giovane Regno d'Italia, la Valsugana diventa zona di confine e per questo motivo diverrà verso la fine del secolo, insieme agli altri territori trentini di confine, il settore più fortificato dell'arco Alpino. Un progresso nello sviluppo fu raggiunto nel 1896 con l'inaugurazione della **ferrovia della Valsugana**, che arrivava all'epoca solo fino al confine con il Regno d'Italia. [14]

[11] IDEM, pag. 23
[12] IBIDEM
[13] De Finis L., "*Percorsi di storia trentina*", Didascalie, Trento, 2000, pag. 204
[14] Fabris V., "*La Valsugana Orientale e il Tesino parte prima*", Editori Vari, 2011, pag. 25

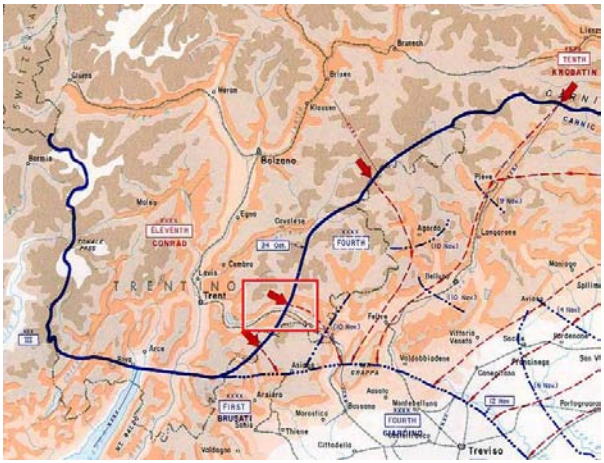


Figura 1.8 - La linea del fronte nel 1916

Dopo mezzo secolo di pace, il 24 maggio 1915 l'Italia dichiara guerra all'Impero Austro Ungarico: è la **Prima Guerra Mondiale** e la Valsugana si viene a trovare proprio sulla **linea del fronte**. Per vari mesi questa zona fu terra di nessuno, visitata da pattuglie italiane e austriache con grande disagio degli abitanti, costretti a sfollare l'anno successivo verso l'Austria o l'Italia. Per la Valsugana Orientale fu una catastrofe: l'intera zona fu vessata da furiosi bombardamenti, che comportarono la completa *rovina* di molti paesi. Borgo subì la distruzione di circa *un terzo* dei fabbricati e il danneggiamento più o meno grave dei restanti due terzi.

Verso la fine del 1918 l'Impero Austro-Ungarico si disgrega e nel 1918 il Trentino, l'Alto Adige e l'Ampezzano vengono annessi all'Italia. Nel 1928 il **Governo Fascista**, nel progetto di riordino dell'amministrazione pubblica, aggrega i comuni di Carzano, Castelnuovo, Ronchi, Telve, Telve di Sopra e Torcegno al Comune di Borgo. La *seconda guerra mondiale*, pur con tutti i disagi legati ad ogni conflitto, non ebbe l'impatto devastante della Grande Guerra sul patrimonio edilizio e silvo-agricolo. Nel 1943 il Trentino fu praticamente annesso al Reich assieme alle province di Bolzano e Belluno, formando la zona d'operazione dell'*Alpenvorland*. Nel 1947, con un decreto della Repubblica Italiana, i comuni valsuganotti aggregati durante il fascismo riacquisirono la propria autonomia.[15]

Il 19 agosto 1954 si spense nella sua casa in Val di Sella, nel territorio comunale di Borgo, lo statista Alcide Degasperi, originario proprio della Valsugana. All'inizio degli *anni '60* il Trentino fu investito da quello che venne definito il "**boom economico**", che se da un lato portò ad un notevole miglioramento del livello di vita, dall'altro provocò un'espansione edilizia tale da snaturare in parte la struttura sociale e l'identità di molti centri storici.[16]

[15] IDEM, pag. 26
[16] IBIDEM

1.6.1 L'evoluzione dei servizi sanitari e assistenziali

Le prime testimonianze dell'esistenza di un ospizio a Borgo Valsugana risalgono al 1438. La struttura era stata aperta per iniziativa della Confraternita di San Lorenzo, come ricovero per anziani, malati di mente e tutti coloro che necessitavano di assistenza. Lo "Spedale di S. Lorenzo", dove per lungo tempo vennero accolti gli ammalati di tutta la vallata, oltre a occasionali viandanti, fu costruito nel 1554 per volere dei cittadini in località Coe. L'amministrazione restò affidata alla Confraternita fino alla sua soppressione nel periodo napoleonico, per essere sostituita dalla Congregazione di Carità con un decreto del 1811. [17]

Sul finire dell'Ottocento, per far fronte alla crescente esigenza di spazi, furono predisposti i primi interventi per ingrandire l'edificio esistente. La convivenza degli ammalati, dei poveri che chiedevano ricovero e degli infermi di mente rese ben presto difficile la gestione degli spazi e l'assistenza.

Figura 1.9 - L'Albergo Venezia durante la Grande Guerra

[17] Ropele M., "*L'atomica della salute - Borgo Valsugana 1953, una storia di primati*", Milano, Edizioni Angelo e Guerini Associati, 2008, pag. 137

Testimonianza dell'Arciprete don Luigi Schmid, 1911[18]

Son diversi anni che si parla della necessità assoluta di un nuovo Ospitale, si fecero eseguire progetti che costarono migliaia di Corone, si comperò il suolo, si promisero mari e monti e siamo là fermi come avanti un secolo. Non è certo cosa decorosa per Borgo, centro della Valsugana, avere un ospitale come il presente; un ospitale che manca d'ogni comodità, di aria, di luce, senza alcuna proprietà; che mette freddo e melanconia al solo entrarvi; formato da due case vecchie unite, deficienti di stanze; un ospitale dove ammalati sono mescolati coi ricoverati, e parte di questi devono abitare un avvolto a piano terra, privo d'aria e di luce, umido e freddo; un ospitale che venne dalla commissione militare riconosciuto inadatto perfino per uso caserma. (...) Si aveva il suolo, nella posizione più bella della Borgata, comperato all'unico scopo dell'erezione dell'Ospitale. (...)

[18] Costa A., "*Ausugum III*", Edizioni della Cassa Rurale di Olle, 1995, pag. 515

All'inizio del Novecento venne presa da parte del Municipio e delle autorità imperiali la decisione di costruire un nuovo e moderno ospedale civile, rispondente alle esigenze di natura sanitaria, ma anche logistica e organizzativa. All'inizio del 1908, dopo lunghe discussioni, la rappresentanza comunale approvò l'acquisto di un terreno in località "alle Valli", appositamente per collocarvi l'edificio ospedaliero. L'area si trovava ai margini della parte orientale dell'abitato storico, circondata dalla campagna e ben esposta al sole. La progettazione venne affidata ad Ernesto Toller, al quale venne assegnata anche la direzione dei lavori. I finanziamenti furono trovati grazie agli sforzi del comune, della popolazione e della provincia tirolese.[19] Il nuovo ospedale fu inaugurato il 18 novembre 1913: si presentava come una struttura dalle linee eleganti ed essenziali dell'architettura mitteleuropea di inizio secolo e inizialmente era organizzato su solo due piani più sottotetto. L'ospedale diventerà l'elemento determinante per l'urbanizzazione della località "alle Valli", dove vennero costruiti ben presto nuove residenze e alcuni alberghi, tra cui l'isolato **albergo Venezia**, oggi pienamente inserito nel tessuto urbano. [20]

Figura 1.10 - Inaugurazione dell'Ospedale di S. Lorenzo. 1913

[19] Ropele M., "*L'atomica della salute - Borgo Valsugana 1953, una storia di primati*", Milano, Edizioni Angelo e Guerini Associati, 2008, pag. 138
[20] IBIDEM

Testimonianza dell'Arciprete don Luigi Schmid, 1913[21]

Il nostro nuovo Ospitale è terminato. È un edificio che potrebbe stare in qualsiasi città. Elegante e serio nel suo esteriore, presenta all'interno tutte le comodità, che l'igiene e l'esigenza moderna pretendono. La distribuzione dei locali è la più ideale. Bellissime stanze grandi ed arieggiate per le sale comuni; le due sale d'operazione, in modo speciale quella per le operazioni asettiche, sono il gioiello dell'Ospitale. Allegro ed elegante è il riparto di prima classe, nell'ala dell'edificio dove si trova la sala d'operazione. La cucina si trova nei sotterranei: è spaziosa e pulita; avvolti splendidi sembrano quasi dei bei locali d'esercizio, più che cantine. Eleganti e lindi sono pure gli stanzini da bagno. L'installazione dell'acqua fatta dal nostro concittadino sig. Narciso Sartori è quello di più perfetto si possa immaginare; non solo nelle sale di operazione, ma anche nei corridoi e nei lavatoi degli ammalati ci sono due zaffi uno per l'acqua fredda e uno per quella calda. Il riscaldamento è a termosifone. L'atrio è imponente, serio ed elegante, in modo che chi entra non ha l'impressione di entrare in un ospitale, ma, per non dire in un albergo, in un sanatorio privato. (...) L'Ospitale di Borgo riuscì un'opera che fa onore alla borgata, al sig. Toller ed all'impresa costruttrice Battisti-Bognatti-Motter, e che sarà di grande sollievo a tanti bisognosi di cura non solo di Borgo, ma di tutta la bassa Valsugana."

[21] Costa A., "*Ausugum III*", Edizioni della Cassa Rurale di Olle, 1995, pag. 542

Con lo scoppio della Grande Guerra nel 1914, l'ospedale iniziò ad accogliere i feriti provenienti dal fronte orientale e, successivamente all'entrata in guerra dell'Italia,[22] i molto più numerosi dal vicino fronte italiano. Gli eventi bellici e lo sfollamento della popolazione civile, avvenuto nel 1916, impedirono naturalmente anche il protrarsi delle normali attività dell'albergo Venezia, che venne utilizzato come birrificio.

Il diffondersi della tubercolosi e della spagnola resero necessaria la costruzione di una struttura separata per impedire il contagio: un edificio adiacente all'Ospedale, connotato da un ampio loggiato di legno, venne così destinato a Sanatorio. Durante la seconda guerra mondiale, nonostante l'apposizione del simbolo della Croce Rossa sul tetto, la struttura venne danneggiata dallo scoppio di una bomba.[23]

Negli anni '50 l'ospedale di Borgo era noto per l'impeccabile organizzazione sotto la direzione del chirurgo Augusto Frizzera, allievo della scuola viennese che aveva di fatto monopolizzato la chirurgia in Trentino grazie all'abilità professionale.

Il fatto che l'ospedale di Trento fosse in fase di ristrutturazione in seguito alla guerra, fece sì che al modesto centro della Valsugana venisse assegnata nel 1953 la sede del primo centro in Europa per la cura del cancro attraverso la radioterapia.[24] La sorgente di cobalto-60 era talmente all'avanguardia che il settimanale *Il Giorno*, il 18 ottobre 1953, titolava "L'ospedale di S. Lorenzo di Borgo Valsugana nel Trentino possiede l'impianto più moderno di terapia del cancro e dei tumori profondi che esista in Europa".

Figura 1.11 - L'arrivo del cobalto-60, 1953

La presenza di questo centro di eccellenza unico in Europa per la cura dei tumori maligni, in grado di attrarre richieste di trattamento di pazienti di tutta Italia e non solo, mise il vicino albergo Venezia nella

[22] Ropele M., "*L'atomica della salute - Borgo Valsugana 1953, una storia di primati*", Milano, Edizioni Angelo e Guerini Associati, 2008, pag. 138
[23] IDEM, pag. 139
[24] IDEM, pag. 11

condizione di progettare un ampliamento in funzione del crescente fenomeno del turismo sanitario.[25] Questa tipologia di turismo si è sviluppata su scala mondiale dall'Ottocento, grazie al miglioramento dei trasporti e al crescente benessere delle classi medie. Il progetto non venne tuttavia concretizzato, anche a causa del trasferimento nel 1972 del centro oncologico e di medicina nucleare all'ospedale S. Chiara di Trento. Era infatti ormai irrinunciabile l'interazione sinergica tra le diverse specialità mediche, e l'ospedale civile di Trento possedeva diversi reparti specialistici che non erano presenti nel periferico ospedale di S. Lorenzo.[26]

Ciononostante l'albergo continuò la sua attività nei decenni successivi alla seconda guerra mondiale, ospitando tra l'altro convegni ed eventi del Comitato Vitivinicolo trentino, un organismo animato dalla volontà di promuovere la rinascita della vitivinicoltura trentina dopo il periodo bellico. Negli anni '70 iniziò il declino dell'albergo, che necessitava di essere ammodernato e adattato alle nuove esigenze, che evidentemente non potevano essere quelle del turismo borghese di inizio secolo, per il quale la struttura era stata concepita. Alla fine del decennio era in funzione soltanto il bar al piano terreno, che tuttavia venne chiuso nei primi anni '80.

Figura 1.12 - Insegna all'ingresso dell'Albergo

Figura 1.13 - Prospetto principale dell'Albergo Venezia

[25] AA.VV. *"Il turismo sanitario: nel 2010 un mercato da 100 mld di dollari destinato a crescere"*, 4 Dicembre 2014, tratto da http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?approfondimento_id=5702

[26] Ropele M., "*L'atomica della salute - Borgo Valsugana 1953, una storia di primati*", Milano, Edizioni Angelo e Guerini Associati, 2008, pag. 247

Negli stessi anni venne realizzata in un'area tra il polo sanitario e l'ormai ex albergo Venezia la Casa di riposo "San Lorenzo e Santa Maria della Misericordia", che ampliava l'offerta di servizi assistenziali sul territorio comunale. A metà degli anni '90 la struttura, inattiva da ormai più di un decennio, venne comperata dalla società EFFE PE s.r.l. di Scurelle (TN) con l'intento di attuare un intervento di demolizione con ricostruzione per un ampliamento pari al doppio del volume originario. Il progetto preliminare per la nuova struttura alberghiera venne presentato nel 2000, ma non vide mai la luce a causa della mancanza di finanziamenti e del calo di interesse.[27] Nel frattempo l'ospedale di S. Lorenzo è stato notevolmente ridimensionato all'interno del programma di razionalizzazione delle risorse e di accentramento dei servizi erogati.

[27] Intervista all'attuale proprietario dell'ex Albergo Venezia M. Faresin, Borgo Valsugana (TN), 11 Aprile 2015

1.7 Il comune di Borgo Valsugana

Borgo, con la frazione di Olle, è il centro più importante della Valsugana: sorge nella strozzatura della valle fra i monti *Ciolino* e *Rocchetta* ed è dominato dal Castel Telvana. L'abitato è stato fondato sulle rive del **fiume Brenta**, che dà una forte connotazione al territorio. Borgo Valsugana offre infatti il più rimarchevole paesaggio fluviale urbanizzato in Trentino. Il centro storico è quasi tutto compreso fra il piede del Ciolino e il fiume Brenta, ricostruito dopo la distruzione totale da parte dei vicentini del 1385.[28] Nei secoli successivi, ma soprattutto negli ultimi sessant'anni, l'area urbanizzata si è estesa verso sud fin quasi a *Olle*, verso est nella zona "*Valli*" ed a ovest verso la località "*Onea*".

Figura 1.14 - Ortofoto dell'abitato del Comune di Borgo Valsugana

[28] Fabris V., "*La Valsugana Orientale e il Tesino parte prima*", Editori Vari, 2011, pag. 38

Mentre lo sviluppo urbanistico degli ultimi 100 anni è stato imponente, quello demografico si può considerare relativamente contenuto: basti pensare che nel censimento del 1870, il paese contava già 4843 anime. Attualmente la popolazione ammonta a **6950 persone**.[29]

Anno	1951	1961	1971	1981	1991	2001	2011
Residenti	4913	4828	4813	5241	5535	6117	6887

Tabella 1.7 - Popolazione residente nel comune di Borgo Valsugana negli anni dei censimenti

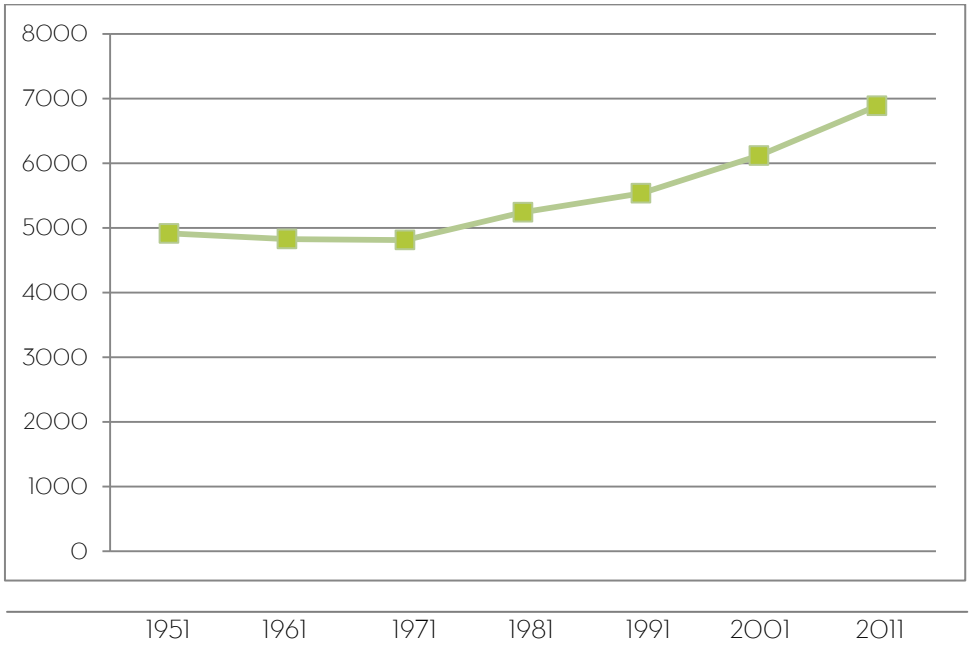


Grafico 1.6 - Popolazione residente nel comune di Borgo Valsugana negli anni dei censimenti

[29] dati ISTAT riferiti al 30 novembre 2014

Il comune è dominato a nord dalla **catena del Lagorai**[30] e a sud dal **gruppo di Cima Dodici**[31]. Nella zona meridionale del territorio catastale di Borgo si trova la **Val di Sella**, vallata prealpina di circa 6000 ettari attraversata dal *torrente Moggio*. La sua altitudine è compresa tra gli 800 e i 1000 metri sopra al livello del mare ed è dominata dalle vette del gruppo Cima Dodici.

Figura 1.15 - Borgo dominato dal Gruppo Cima Dodici

[30] Il Lagorai è una catena montuosa del Trentino Orientale che si estende per 70 km tra Trento e il Passo Rolle. La vetta più elevata è la Cima d'Asta di 2847 m s.l.m.
[31] Il Gruppo Cima Dodici è una sottosezione delle Prealpi Vicentine, la cui vetta più elevata, nota appunto come Cima XII, ha un'altitudine di 2336 m s.l.m.

Nell'alta Val di Sella si snoda il percorso di **Arte Sella**, mostra internazionale di opere d'arte contemporanea create in natura con materiali naturali, nata nel 1986. Le opere vengono realizzate in loco e rimangono inserite nel ciclo vitale della natura, subendo il succedersi delle stagioni fino a essere trasformate e assorbite dall'ambiente circostante.[32]

Figura 1.16 - Immagini della Val di Sella, nel territorio comunale di Borgo Valsugana

Il nucleo più antico del centro storico è il rione detto "**Borgo vecchio**", corrispondente alle odierne Via Cesare Battisti e Piazzetta Teatro vecchio. La via principale è il **Corso Ausugum**, piuttosto stretto e tortuoso, sul quale si affacciano case signorili e molti dei negozi del centro. Su piazzetta Ceschi di Santa Croce si affaccia il rinascimentale *palazzo Ceschi*, ora sede degli uffici della Comunità di Valle, un auditorium e sale per convegni. La parte del paese a sud del fiume Brenta fu ricostruita per circa un terzo in seguito al disastroso incendio del 1862. [33]

[32] Tratto da www.artesella.it
[33] Fabris V., "*La Valsugana Orientale e il Tesino parte prima*", Editori Vari, 2011, pag. 35

L'**impronta architettonica** del centro storico è influenzata dalla particolare storia del territorio, per secoli a stretto contatto con due mondi molto diversi, quali quello veneto e quello austriaco-tirolese. Un caso emblematico di questa duplice identità culturale è il Corso Ausugum: i suoi palazzi assumono infatti un carattere pittoresco simile a quello di un canale veneziano sul fronte affacciato sul fiume Brenta, mentre i prospetti verso l'antica strada rispecchiano la severità dell'architettura Mitteleuropea.

Figura 1.17 - Immagini del centro Storico di Borgo Valsugana

Proseguendo verso est fino alla fine di Corso Ausugum, si incontra **l'Ospedale di San Lorenzo**, inaugurato nel 1913.[34] In Via XXIV Maggio si trovano due fabbricati legati alla storia economica della valle: la **Macera tabacchi** e la **Filanda**, riconvertita negli anni '90 in moderno centro scolastico, l'*Istituto di Istruzione Alcide Degasperi*. Nella zona si trovano anche i due cimiteri, ormai inglobati nel tessuto urbano, e la **Chiesa Arcipretale** dedicata alla Natività della Beata Vergine Maria, della quale si hanno notizie fin dal 1097. Notevole è la monumentale **torre campanaria**, realizzata nel 1748 e alta 68 metri.[35] Dalla Chiesa di San Francesco, in posizione dominante sopra il centro storico, parte una ripida mulattiera detta *sentiero dei castelli*, che sale fino al **Castel Telvana.**

[34] Costa A., "*Ausugum III*", Edizioni della Cassa Rurale di Olle, 1995, pag. 543
[35] Costa A., "*Ausugum III*", Edizioni della Cassa Rurale di Olle, 1995, pag. 259

2 _ MIXED-GENERATION HOUSING

2.1 Il confronto con gli Enti locali

L'area dell'Albergo Venezia è stata selezionata tra diverse altre prese in considerazione anche alla luce di un confronto positivo con gli Enti locali. In primo luogo è stato interpellato l'Arch. Carli del Servizio Tecnico del comune di Borgo Valsugana, che ha fornito una verifica di conformità urbanistica, confermando la correttezza della scelta localizzativa e consigliando di contattare la vicina APSP per meglio comprendere le esigenze reali del territorio.

Il Dott. Dalsasso, presidente dell'APSP, ha dimostrato vivo interesse per il progetto e ha dato la sua piena disponibilità al confronto, in ottica di raccogliere un know-how culturale e degli spunti utili per una futura realizzazione. La localizzazione dell'Albergo Venezia è stata inoltre considerata positivamente dato che era già stata ipotizzata in passato come valida per la disposizione di funzioni legate all'assistenza. La particolare destinazione multigenerazionale e la configurazione della struttura studiata è il frutto di un confronto con il Dott. Dalsasso e la Dott.ssa Cenci, impegnata anche nel Servizio Socio Assistenziale della Comunità di Valle.

La Casa Arcobaleno nell'APSP di Borgo offre un servizio residenziale per anziani autosufficienti o con compromissioni minime, senza però garantire una supervisione continuativa né diurna né notturna. Le persone che risiedono alla Casa di soggiorno avrebbero le capacità di permanere nella propria abitazione, ma scelgono di abitare in un ambiente più protetto perché non si sentono più sicuri fisicamente, temono di essere visitati da malintenzionati o ritengono di avere la necessità di interfacciarsi con altre persone con le quali dialogare, per sentirsi parte integrante di una comunità e mettersi in discussione ogni giorno.

Negli ultimi anni si è registrata una crescente richiesta da parte di anziani parzialmente autosufficienti, che spesso non hanno un punteggio sufficiente per entrare in RSA perché hanno delle capacità residue, ma al contempo avrebbero bisogno di maggiore assistenza rispetto a quella offerta dalla Casa Arcobaleno, soprattutto per quanto riguarda la notte. Il costo dei servizi in una RSA o in una casa di soggiorno alberghiera non è inoltre facilmente sostenibile in molte situazioni in cui le uniche entrate sono rappresentate dalla pensione mensile, dato che le condizioni non sono di una gravità tale da comportare indennità di accompagnamento.

L'APSP di Borgo Valsugana vorrebbe quindi offrire un servizio, con un costo accessibile, che risponda al bisogno di queste fasce intermedie di anziani parzialmente autosufficienti, con una compromissione medio-

moderata: persone che non hanno sufficiente autonomia per permanere nella propria abitazione, ma nemmeno compromesse al punto da avere il punteggio sufficiente per essere inserite in breve tempo in RSA.

Sarà dunque necessario elaborare una nuova tipologia, non ancora diffusa nella Provincia di Trento, che risponda alle esigenze di questo tipo di utenza. Una casa dove ospitare circa 15 persone, suddivise in 2 o 3 appartamenti e seguite da al massimo uno o due operatori presenti 24 ore su 24, con un spazio privato distinto dalle stanze degli ospiti. Non dovranno essere configurati come i classici appartamenti protetti, ma avere delle caratteristiche proprie della RSA, alla quale saranno collaterali per economizzare servizi come l'infermierato e l'animazione. Si ricerca una proposta organica in linea con i tempi, che sappia leggere i bisogni adeguatamente, con una dimensione di costo-contenuto. Il bacino di utenza individuato corrisponde alla Comunità di Valle della quale Borgo è il capoluogo più, eventualmente, la vicina Comunità Alta Valsugana e Bernstol.

L'APSP di Borgo è molto attenta a rendersi più permeabile possibile alla comunità, in modo da incentivare relazioni e attività intergenerazionali: nella hall della RSA è previsto infatti uno spazio dedicato ai bambini e vengono favoriti scambi positivi con le scuole e il vicino centro diurno per minori. Dal confronto è quindi emersa l'ipotesi di affiancare alle unità abitative per anziani una struttura residenziale che accolga piccoli nuclei di madri con minori, che si allontanano dal proprio domicilio per svariate motivazioni familiari o economiche. In Provincia di Trento sono presenti tre centri che erogano questo servizio e nessuna di questi si trova nel Trentino Orientale. Si rileva il bisogno di fornire ulteriori posti, di conseguenza un progetto di questo tipo potrebbe essere di interesse per la pianificazione provinciale.

2.2 Multegenerazionalità: madri con minori

Dopo il confronto con gli Enti locali, in particolare con il Servizio Socio Assistenziale della Comunità Valsugana e Tesino e il Consiglio di Amministrazione dell'A.P.S.P. di Borgo Valsugana, è emersa la possibilità di affiancare alla Casa per anziani, oggetto principale del presente lavoro, una struttura residenziale che possa accogliere piccoli nuclei di madri con minori, che potrebbe essere di interesse per la pianificazione provinciale dei servizi socio-assistenziali. Vista la scarsa distribuzione di questo tipo di servizio sul territorio provinciale, il bacino di utenza a cui si rivolgerebbe il centro residenziale di Borgo Valsugana non si limiterebbe alla Comunità di Valle della quale è capoluogo, ma anche alle confinanti Comunità "Alta Valsugana e Bernstol" e Comunità di Primiero.[36]

In Trentino, fino a qualche tempo fa, la commistione tra anziani e bambini era vista con difficoltà e nelle RSA l'ingresso dei bambini, soprattutto in gruppi, era limitato. Negli ultimi anni però questa visione sta cambiando, grazie anche alla conoscenza di alcuni modelli di scambio intergenerazionale francesi e dei paesi nordici: ad esempio, nel Comune di Borgo vengono incentivati progetti e attività che coinvolgono anziani, scuole e il vicino centro diurno per minori, come accade già nella hall a piano terra della RSA del paese, dove è stato inserito un angolo per bambini per incentivare l'incontro intergenerazionale.

Come dimostrano gli esempi di case multigenerazionali transalpini presi in esame nella prima parte del presente lavoro, la commistione di più fasce di età, se accompagnata da una progettazione attenta a garantire adeguati e ben definiti spazi di privacy e di incontro, risulta particolarmente adeguato proprio per gli anziani e i bambini.

Uno dei motivi per cui la famiglia monogenitoriale, sempre più comune negli ultimi anni, può venire a trovarsi nella necessità di usufruire del supporto dei servizi socio-assistenziali, è l'assenza o la povertà di reti di supporto familiari o amicali.[37] Quando bambini e anziani vivono sotto allo stesso tetto, gli inquilini più anziani spesso assumono automaticamente il ruolo di nonni, diventando figure importanti per il minore, che in genere

[36] Numero Abitanti della Comunità Valsugana e Tesino: 27439; Numero Abitanti della Comunità Alta Valsugana e Bernstol: 52869; Numero Abitanti della Comunità di Primiero: 10147; totale: circa 90000 persone.
[37] Roner D., *"Comunità di accoglienza per i minori nella Provincia Autonoma di Trento"*, Trento, Provincia Autonoma di Trento, 2011, pag. 20

non ha la possibilità di instaurare una relazione positiva con i propri parenti a causa della distanza o di rapporti conflittuali della madre con la famiglia di origine.[38]

La tendenziale diminuzione del numero di componenti per famiglia, che interessa tutto l'Occidente, è evidente anche nella Comunità Valsugana e Tesino e la principale causa sta proprio nel rapido incremento di famiglie monogenitoriali o composte da un unico anziano.

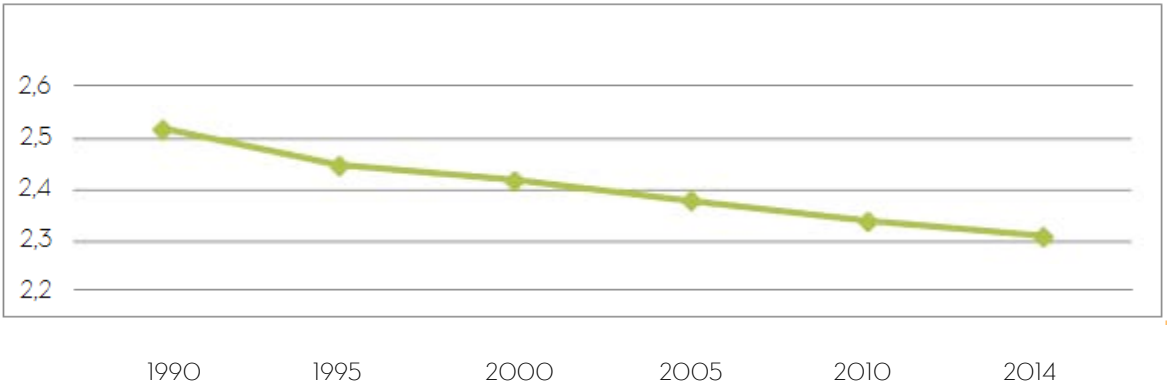


Grafico 2.1 - Numero medio di componenti per famiglia nella Comunità Valsugana e Tesino

[38] Scherf H., *"Grau ist bunt. Was im Alter möglich ist" (Il grigio è colorato. Cosa si può fare quando si diventa anziani),* Freiburg im Breisgau Herder, 2006

Comune	Famiglie	Media componenti	Anziani soli	Famiglie con figli minori	Famiglie monogenitoriali
Bieno	214	2,09	34	39	4
Borgo Valsugana	2868	2,38	418	770	85
Carzano	162	3,22	27	52	13
Castello Tesino	751	1,78	197	50	6
Castelnuovo	414	2,47	66	115	4
Cinte Tesino	230	1,69	78	28	5
Grigno	994	2,29	198	228	129
Ivano-Fracena	124	2,73	19	38	28
Novaledo	416	2,5	NP	NP	NP
Ospedaletto	326	2,48	53	191	53
Pieve Tesino	349	1,93	91	45	12
Roncegno Terme	1192	2,35	212	332	NP
Ronchi Valsugana	182	2,33	30	45	0
Samone	229	2,39	40	58	7
Scurelle	565	2,48	94	143	9
Spera	247	2,47	44	74	9
Strigno	606	2,32	105	154	26
Telve	783	2,43	108	212	53
Telve di Sopra	259	2,41	48	59	5
Torcegno	282	2,51	NP	NP	NP
Villa Agnedo	390	2,59	59	137	9
Totale	11583	2,34	1921	2770	466

Tabella 2.1 - Quadro riassuntivo sulle famiglie nella Comunità Valsugana e Tesino all'1 Gennaio 2011

In Trentino i servizi residenziali per minori si caratterizzano per:

- la dimensione familiare delle relazioni educative e dell'ambiente;
- la ricettività contenuta;
- il collegamento con un'adeguata rete di servizi territoriali di riferimento e di supporto;
- la temporaneità dell'intervento.

Come denota la seguente mappatura, tali strutture di accoglienza sono concentrate lungo la spina del Brennero, nell'area centrale della Provincia, dove in effetti si rileva la più alta densità demografica, per la presenza dei centri urbani di Trento e Rovereto.

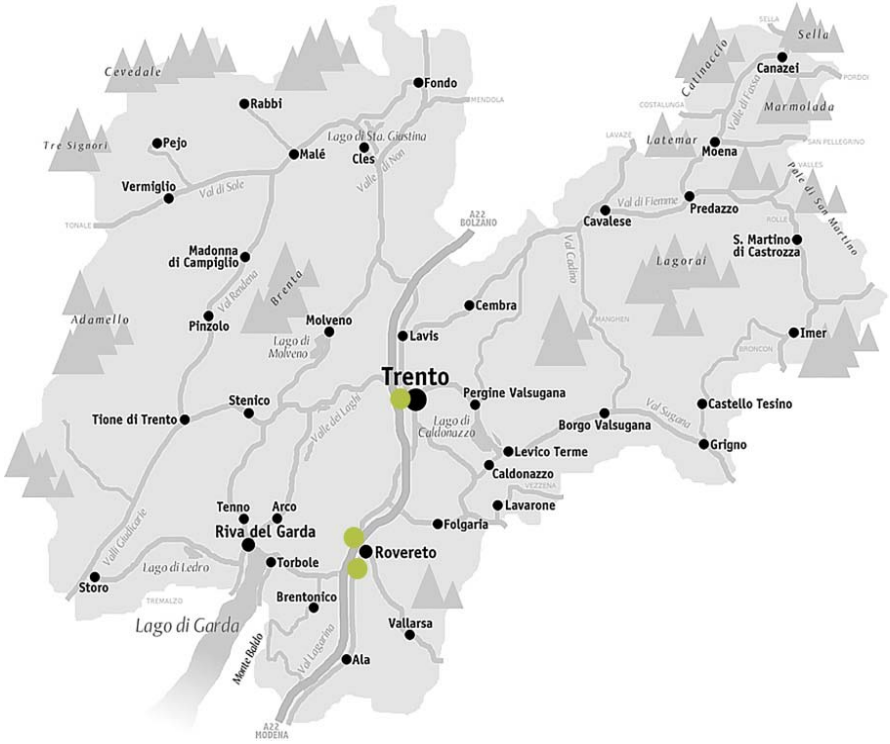


Figura 2.1 – servizi residenziali per minori in Trentino

Comunità di accoglienza per minori nella Provincia Autonoma di Trento

I Servizi Socio Assistenziali della Provincia Autonoma di Trento, finalizzati a prevenire situazioni di bisogno sociale o fenomeni di emarginazione, operano capillarmente presso ciascuna Comunità di Valle. Una delle aree di intervento prioritarie è costituita dal settore minori e delle madri sole.[39]

L'aumento della tipologia di famiglie con un solo genitore può essere analizzato da due punti di vista complementari: la crescente precarizzazione dei legami familiari e il processo di de-familiarizzazione delle relazioni primarie.[40] Nel complesso gli individui, adulti e bambini, si trovano ad affrontare una maggiore incertezza nelle relazioni familiari, con un costo obiettivo individuale e sociale.

La povertà delle madri sole e dei loro figli, e il conseguente rischio di esclusione sociale, sono uno dei risultati dell'indebolimento del concetto tradizionale di famiglia. Tale fatto è accentuato da un contesto strutturale di mercato del lavoro femminile più debole, che conferisce alla donna una tendenziale fragilità sociale anche al crescere dell'età dei figli.[41]

Sul territorio provinciale sono presenti tre comunità di accoglienza per madri con bambini, due a Rovereto e una a Trento. Si tratta di strutture residenziali di carattere temporaneo, destinate all'accoglienza di gestanti e madri con figli minori che, per cause diverse, non sono in grado di vivere in autonomia e si trovano temporaneamente in difficoltà nel garantire l'accudimento, il mantenimento e l'educazione di uno o più figli.

Le strutture propongono, mediante un modello di vita comunitaria, un progetto individualizzato di sostegno per l'acquisizione di una sufficiente autonomia nella gestione della quotidianità.

Al fine di rendere maggiormente rispondenti ai bisogni dei minori gli interventi di accoglienza residenziale operati da soggetti sia pubblici che del privato sociale, sono state attivate varie tipologie di strutture residenziali, previste dal "Catalogo per le tipologie di servizio".

---

[39] Roner D., *"Comunità di accoglienza per i minori nella Provincia Autonoma di Trento"*, Trento, Provincia Autonoma di Trento, 2011, pag. 4
[40] Bimbi F., *"Madri sole in Italia. Esclusione sociale e povertà in una prospettiva di genere"*, Università di Padova, 1999, pag. 8
[41] IBIDEM

	Casa Fiordaliso	Casa di accoglienza "Padre Angelo"	Comunità di accoglienza madre bambino "S.Faccioli"	Alloggi protetti "Progetto Aurora"	Progetto "Vivere insieme"
Localizzazione	Rovereto	Trento	Rovereto		
Erogatore del servizio	Cooperativa Punto d'approdo - 1986	Associazione ONLUS	Fondazione Famiglia Materna - inizio XX secolo		
Anno di apertura	2002	1995			
Tipologia destinatari	Madri sole con figli minori, gestanti - anche minorenni	Nuclei monoparentali autonomi che necessitano ancora di supporto, gestanti minorenni	Madri sole con figli minori in difficoltà personale, sociale e relazionale	Donne sole o con figli minori vittime di violenza, per al massimo 3 mesi	Donne autonome sole o con figli in situazione di difficoltà
Ente finanziatore	Provincia Autonoma di Trento	Provincia Autonoma di Trento	Provincia Autonoma di Trento		
Numero nuclei mamma - bambino	9	11 + 11 per le semiautonomie	4	2	20
Accoglienza su urgenza	sì	2 posti	-	-	-
Spazi privati	Camera	Appartamento	Camera	Appartamento	Appartamento
Spazi comuni	Cucina, sala da pranzo, sala TV, lavanderia-stireria, sala polifunzionale, terrazzo, Spazio bambini				
Numero piani	4				
Presenza operatori	Continuativa	Saltuaria	Continuativa		Saltuaria
Lavori domestici	Collaborazione delle madri	In autonomia			In autonomia

Tabella 2.2 - Comunità di accoglienza di madri con minori nella Provincia Autonoma di Trento, Ottobre 2011

2.3 Indicazioni progettuali per la definizione della nuova struttura

La Mixed-generation House non è altro che una struttura in cui convivono diversi tipi di utenti con età differente, dove nasce la possibilità di interazioni ed incontri. In questi luoghi, grazie ad alcune attività di reciproco interesse, "viene favorito il mantenimento delle funzioni motorie e cognitive, trasmessa l'esperienza e rafforzato lo spirito di collaborazione tra le comunità locali".[42]

La casa multigenerazionale è una struttura aperta al pubblico, dotata di servizi per il quartiere, come ad esempio caffetteria, sale per incontri e altre attività; essa può diventare un punto di attrazione per tutta la comunità e fa sì che le persone anziane o in difficoltà si sentano parte integrante della collettività. L'obiettivo è che questa nuova struttura possa diventare un luogo piacevole dove poter scambiare esperienze e opinioni, grazie alle diverse caratteristiche delle persone presenti al suo interno. L'edificio deve accogliere delle funzioni in grado di attrarre persone e attività che integrino la struttura nella comunità e nel tessuto sociale del quartiere.

A seconda delle informazioni derivate dall'analisi delle strutture già presenti in Europa, sono state individuate delle caratteristiche prioritarie che la struttura dovrebbe possedere:

- Adottare strategie per incentivare la convivenza, la collaborazione e l'integrazione tra le generazioni;
- Promuovere l'autonomia decisionale dell'anziano riguardo alla diverse modalità di soggiorno nella struttura;
- Garantire un'assistenza qualificata sia notturna che diurna;
- Progettare un modello abitativo che faciliti la vita dell'anziano all'interno della struttura.

Come è emerso dalle pagine precedenti, la Mixed-generation House è un tipo di struttura sperimentale, non presente sul territorio italiano, che accoglie in questo caso anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti e nuclei madre-bambino bisognosi di aiuto temporaneo. La definizione di tale struttura deve derivare quindi da dati provenienti da ambiti differenti.

[42] Kob K., "*Strutture residenziali per anziani a misura d'uomo",* Lettura magistrale presentata al 5° Congresso Nazionale S.I.A.I.S., Firenze, 24-26 ottobre 2013

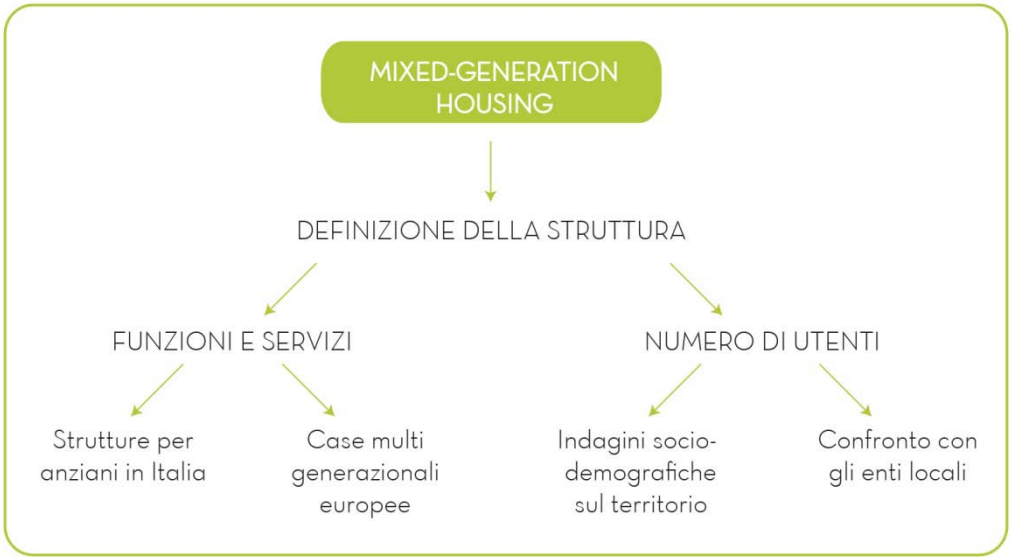


Figura 2.2 - Definizione della struttura

Dal confronto con gli enti locali e dalle indagini demografiche effettuale sulla Provincia Autonoma di Trento, si è arrivati ad ipotizzare un struttura che possa ospitare circa 18 anziani, anche in vista di un aumento futuro del numero delle persone anziane sul territorio. Ad essi andrebbero affiancati 3/4 nuclei di madri con minori, vista da un lato la richiesta sul territorio e dall'altro i dati che posizionano la provincia di Trento tra le province più prolifiche d'Italia.

Per quanto riguarda, invece, il dimensionamento vero e proprio della struttura bisogna riferirsi sia ai metri quadri necessari a ogni persona per vivere all'interno della struttura, sia ai limiti imposti dal comune sulla massima edificabilità dell'area selezionata per un ipotetico metaprogetto (6975 mc).

La casa multigenerazionale si deve distinguere dalle RSA presenti sul territorio, sia dal punto di vista dell'assistenza all'anziano, sicuramente più leggera nella struttura multigenerazionale, sia dal punto di vista dimensionale, essa infatti ha dimensioni molto più contenute e domestiche rispetto alla RSA. Lo spazio interno è suddiviso in grandi appartamenti da circa 5/7 persone, non in stanze, per favorire la vita comunitaria degli utenti. Ogni appartamento è dotato di una cucina e un soggiorno per la vita comunitaria, oltre a stanze private singole o doppie con bagno per garantire sempre la privacy necessaria.

Gli ambienti comuni devono essere caratterizzati dall'unità spaziale, ma anche dalla presenza di polarità diverse con una precisa identità, in modo che si possano svolgere determinate attività senza che vi sia disturbo reciproco. Lo spazio è quindi integrato, uno spazio nel quale le qualità sono di natura prestazionale. "Ecosistema diversificato, stimolante e accogliente dove il soggetto è all'interno della collettività ma ha spazi di privacy, di pausa dal ritmo generale"[43].

Le linee guida fondamentali per la definizione di questa struttura sperimentale sono:

- Distribuzione degli ambienti simile all'ambito domestico
- Definire la gerarchia e la differenziazione dei percorsi interni ed esterni
- Trovare il giusto compromesso tra ambienti comuni e ambienti privati
- Abolizione delle barriere architettoniche
- Abolizione del concetto di corridoio
- Dimensione contenuta delle camere singole per favorire le relazioni degli utenti negli spazi comuni
- Articolare e organizzare lo spazio esterno

La qualità di un ambiente è il risultato di una molteplicità di fattori: la forma degli spazi, l'organizzazione funzionale, l'insieme delle percezioni sensoriali (luce, colore, regime acustico e microclimatico, suggestioni tattili). Le preferenze cromatiche, tattili, olfattive e di luce mutano da individuo a individuo e sono fortemente influenzate dalle differenze soggettive. Essendo anziani e bambini individui molto sensibili, l'ambiente pensato per loro deve essere concepito come uno spazio polisensoriale, nel senso che deve essere corredato di valori sensoriali differenti in modo che ciascuno possa sintonizzasi secondo le proprie caratteristiche di ricezione individuale.

[43] Ceppi G., Zini M., *"Bambini, spazi, relazioni. Metaprogetto di ambiente per l'infanzia"*, Reggio Children, 1998

Di seguito sono riportate le funzioni interne alla struttura e il dimensionamento indicativo.

PIANO	FUNZIONI	MQ	TOTALE
PIANO INTERRATO	LOCALI TECNICI		300-500 mq
	DEPOSITO SPORCO	5 mq	
	DEPOSITO PULITO	5 mq	
	LAVANDERIA/STIRERIA	10-15 mq	
PIANO TERRA	PISCINA	150-200 mq	800-1200 mq
	PALESTRA	70-100 mq	
	ATTIVITÀ COMMERCIALI	300 mq	
	CENTRO CIVICO	80-100 mq	
	SPAZIO GIOCHI	30-40 mq	
	SPAZIO COMUNE	60-80 mq	
	INGRESSO	20 mq	
PIANI SUPERIORI	APPARTAMENTI	180 mq x 4	800-900 mq
	BAGNO ASSISTITO	15-20 mq	
	TERRAZZO		
VOLUME TOTALE			5700-7800 mc
VOLUME COMPLESSIVO AMMESSO			6975 mc

Tabella 2.3 - Metaprogetto, distribuzione funzionale per piani

3 _ METAPROGETTO

3.1 Introduzione della doppia ipotesi metaprogettuale

Per affrontare in maniera appropriata la sfida dell'invecchiamento della popolazione, è necessario che il sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze degli individui, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, al sostegno economico, sociale e morale dell'anziano e della sua famiglia.

Come si è detto, in Trentino si rileva una risposta adeguata, o comunque nettamente superiore rispetto alla media nazionale, per quanto riguarda l'offerta di posti in RSA e i servizi a domicilio, quali l'erogazione di pasti e l'igiene domestica. Va però ripensato l'approccio alla vecchiaia rispetto a casi di anziani parzialmente autosufficienti, per i quali non esiste un'offerta residenziale specifica.

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di individuare delle linee guida strategiche al fine di produrre un know how culturale per la formulazione di una nuova tipologia rivolta a questo particolare tipo di utenza. I risultati, sintetizzati nella matrice relazionale-funzionale a conclusione della prima parte di approfondimento teorico, permettono ora di avanzare una proposta metaprogettuale che vuole esemplificare un'applicazione reale ad un determinato contesto socio-territoriale.

Le Best practices nazionali e internazionali che sono state prese in considerazione nei primi capitoli, che spaziano dall'esperienza di Abitare Leggero in Lombardia alle Case Multigenerazionali europee, propongono diversi modelli, che contemplano sia la costruzione di nuovi edifici pensati specificamente per questa funzione, sia, quando possibile, la rifunzionalizzazione di edifici esistenti.

Il lavoro condotto porta alla definizione del progetto di un edificio multigenerazionale inserito in una **nuova costruzione** che ha il pregio di permettere una grande libertà nell'organizzazione degli spazi e quindi nell'elaborazione di soluzioni innovative. Alla luce dell'esistenza nell'area selezionata di un edificio del primo '900 è stata avanzata un'ulteriore ipotesi metaprogettuale che prevede il **riuso** di questo edificio. L'Albergo Venezia infatti gioca un ruolo nell'identità della comunità locale, perché legato alla storia e alla memoria collettiva, in particolare nelle persone anziane.

Le considerazioni emerse dalla Matrice relazionale-funzionale, che sintetizza l'approfondimento teorico sulla residenzialità leggera per anziani condotto nella prima parte del presente lavoro, hanno portato alla definizione di un programma strategico che può trovare una possibile concretizzazione anche nell'albergo Venezia. La superficie della struttura è infatti di circa 1500 mq, ma il P.R.G. ammette un ampliamento fino al 50% in più rispetto al volume attuale, portando così la superficie complessiva consentita a 2325 mq.

L'idea iniziale è quella che prevede la costruzione di un nuovo edificio, pensato appositamente per rispondere alle esigenze di una casa multigenerazionale, cosa che non sarebbe possibile a causa della rigida articolazione spaziale della struttura a muratura portante dell'esistente. Se dal punto di vista dimensionale l'Albergo Venezia è infatti perfettamente in grado di rispondere alle esigenze del metaprogetto, presenta invece notevoli limiti nelle possibilità di configurazione spaziale e di distribuzione, considerate di primaria importanza nell'impostazione di questo lavoro.

Portare avanti due ipotesi parallele ha inoltre il pregio di consentire un utile confronto, dal quale desumere le potenzialità delle due diverse strade, entrambe considerate percorribili per ospitare la funzione oggetto di studio. La proposta di nuova costruzione è stata ipotizzata nella medesima area dell'Albergo Venezia e con le stesse metrature, in modo che le due proposte risultino maggiormente confrontabili.

3.1.1 Criteri economico-normativi

I due progetti sono stati affrontati alla scala ridotta di 1:500, in quanto il fine era quello di avanzare uno studio metaprogettuale degli spazi e della distribuzione, per aggiungere delle suggestioni più architettoniche agli schemi da cui deriva. Pur fornendo delle informazioni limitate dal grado di dettaglio raggiunto, la **fattibilità** delle due ipotesi è stata verificata da un punto di vista tecnico-progettuale, giuridico-legale ed economico.

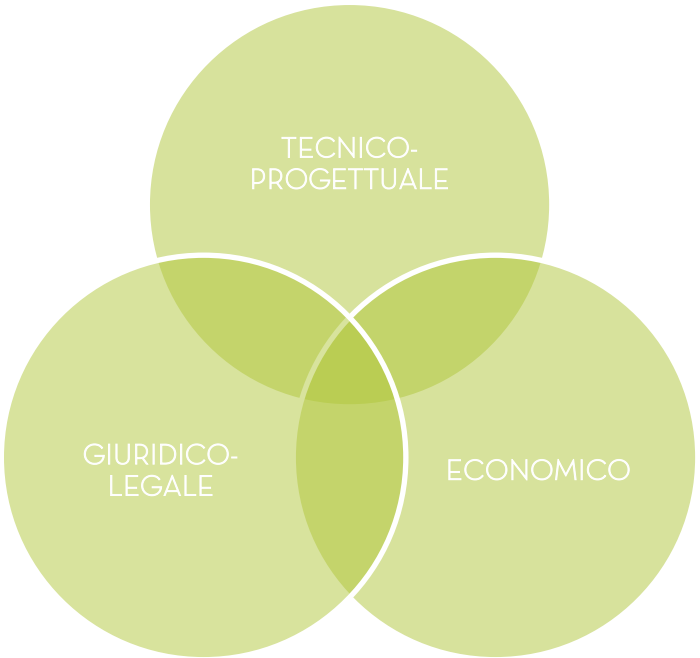


Figura 3.1 - Diversi ambiti della fattibilità

Il P.R.G. identifica l'area di progetto come *Zona per attività alberghiere*, normata dall'Art. 102 delle **Norme Tecniche di Attuazione**. Le prescrizioni sono le seguenti:

	Prescrizione normativa	Rifunzionalizzazione	Nuova Costruzione
Rapporto di copertura (Rc)	50%	11,5%	29%
Altezza massima (Hf)	12 m [44]	12 m	12 m
Indice fabbricabilità fondiaria (If)	2 mc/mq	1,15 mc/mq	1,09 mc/mq
Distanza dai confini e dalla strada	5 m	≥ 5 m	≥ 5 m
Superficie massima ammessa	2325 mq	2050 mq	2190 mq

Tabella 3.1 - conformità alle Norme Tecniche di Attuazione

Il P.R.G. indica inoltre l'ex Albergo Venezia come *attività esistente da incentivare* e a tal fine consente un incremento del 50% della volumetria attualmente esistente, pari a 4650 mc.

È stata anche condotta una verifica di conformità alle **normative antincendio** in vigore nella Provincia Autonoma di Trento, con il supporto dell'Arch. Lenzi, direttore dell'ufficio operativo della Provincia Autonoma di Trento del corpo permanente dei Vigili del Fuoco. Anche se la struttura residenziale considerata non presenta le problematiche più complesse della R.S.A., si è cercato di garantire un alto grado di sicurezza e prevenzione, trattandosi di un edificio volto ad ospitare un'utenza con capacità motorie limitate. In particolare sono stati previsti i seguenti accorgimenti:

- I vani di risalita sono isolati dal resto della struttura grazie ad un'areazione indipendente e all'utilizzo filtri a prova di fumo e porte antipanico resistenti al fuoco su ogni piano, orientate in modo da favorire la fuoriuscita delle persone all'interno in caso di emergenza;

- Le porte antipanico sono state utilizzate anche negli ambienti con il maggior afflusso di persone, come la piscina, la palestra e il centro civico;

- Nel caso dell'ipotesi di rifunzionalizzazione, dove il centro civico è localizzato al primo piano, sono state previste due scale, adeguatamente dimensionate, per garantire una doppia via di fuga in conformità al D.M. 19/8/1996 per i Locali di Pubblico Spettacolo;

- Le cucine sono dotate di piano cottura elettrico, evitando i maggiori rischi comportati dal gas;

[44] Calcolata a metà della falda nel caso di coperture inclinate.

- Il legno del rivestimento esterno, previsto in porzioni di entrambe le ipotesi, è previsto venga trattato con vernici che ritardano l'infiammabilità, in modo da migliorarne la reazione al fuoco; in caso di parete ventilata, non dovrà essere inserita impiantistica elettrica nell'intercapedine e l'isolante utilizzato dovrà essere ignifugo;

- Le strutture portanti hanno una resistenza meccanica R al fuoco di R60, mentre quelle separanti una resistenza meccanica R, di tenuta alle fiamme E e di isolamento termico I di REI60;

Un altro criterio di confronto tra le due ipotesi progettuali consiste nell'**analisi economica**. La natura strategica dello strumento del metaprogetto non consente di procedere con un'approfondita analisi multicriteria, che richiederebbe una definizione dettagliata degli aspetti tecnologici.

Non potendo eseguire una stima diretta dei costi, è stato applicato un metodo sintetico per dedurre un approssimativo costo al metro quadro, tramite il confronto con recenti casi localizzati in zone limitrofe a Borgo Valsugana, simili per destinazione d'uso e tipologie di lavori. I costi degli edifici presi a confronto sono dedotti dal prezzario della Provincia Autonoma di Trento 2012 ridotto dell'8% come da norma provinciale per l'anno in corso[45]. Il metodo comparativo richiede un'esperienza pluriennale nel contesto e un'approfondita conoscenza del mercato locale, soprattutto se i dati a disposizione sono limitati. Fondamentale è stato quindi un confronto con alcuni professionisti attivi nel territorio della Comunità di Valle, esperti nel campo della valutazione immobiliare.

Di seguito sono riportati alcuni dati emersi dall'indagine effettuata, emersi dal il confronto con edifici realizzati nell'ultimo quinquennio a destinazione alberghiera, residenziale e assistenziale. La varietà dei casi considerati è dovuta alla mancanza di una tipologia analoga a quella elaborata.

Nuova costruzione	→	1000-1200 €/mq
Ristrutturazione di un edificio esistente	→	1300-1500 €/mq

[45] Tratto da http://www.elencoprezzi.provincia.tn.it/

	Superficie totale (mq)	Costo (€/mq)	Totale (€)
Nuovo Costruzione	2394	1000-1200	2.394.000 - 2.872.800
Riuso dell'ex Albergo Venezia	2203 (40% nuovo)	1300-1500	2.602.900 - 3.043.500
**casi confrontabili*			
**casi confrontabili*			
**casi confrontabili*			

Dalla stima approssimativa delle due proposte, considerando la superficie totale di entrambe, risulta che il costo della nuova costruzione è di poco inferiore (6%) a quello dell'ipotesi di riuso; va in ogni caso considerato che le variazioni più significative dipendono dalla qualità del costruito, dalla scelta del materiale della struttura portante (legno, muratura, cemento armato) e delle finiture.

Nonostante la differenza di partenza nei dati sopracitati, esistono dei fattori che mitigano il gap tra i costi dei due interventi:

- I costi di demolizione incidono solo sull'ipotesi di nuova costruzione;
- La superficie totale dell'ipotesi di nuova costruzione è superiore di circa l' 8% rispetto a quella di riuso;
- Nell'ipotesi di riuso circa il 40% della superficie totale è di nuova edificazione e va quindi considerata nella stima secondo il rispettivo costo al metro quadro.

Immagine 3.1 – Vista dell'ex Albergo Venezia da Corso Vicenza

3.1.2 Studio del verde

Il parco offre ampi spazi verdi ombreggiati dai grandi alberi secolari e viene organizzato grazie a un percorso articolato che si collega direttamente al nuovo percorso ciclo-pedonale che attraversa la zona sanitaria e al giardino dell'RSA. Sono previsti spazi attrezzati per attività ricreative e ludiche in cui anziani e bambini possono interagire tra loro. I percorsi pedonali sono arricchiti da alcune zone di sosta costanti che permettono di creare delle zone di riposo durante il percorso, in cui sono presenti essenze arboree con specifiche profumazioni per arricchire l'esperienza dei visitatori. Oltre all'area giochi specifica per i bambini è presente una zona ad orto rialzata per facilitare la coltivazione ad anziani e bambini in modo che possano condividere questa esperienza.

Figura 3.2 - Masterplan

Immagini 3.2, 3.3 - Parco all'interno dell'area di progetto

3.2 Definizione del metaprogetto - Nuova costruzione

L'ipotesi di nuova costruzione si presenta come una piastra compatta con servizi comuni e aperti al pubblico al pianterreno, alla quale sono sovrapposti, come dei volumi indipendenti, le unità abitative per anziani e quella destinata a madri con minori. Questa configurazione fa sì che la copertura della piastra venga percepita come il piano terra degli edifici residenziali sovrastanti che, per dimensioni, materiali e alcuni aspetti formali, riprendono la tipologia della casa tradizionale alpina. La struttura occupa la parte meridionale dell'area, mentre a settentrione si sviluppa un ampio spazio verde alberato che dialoga col vicino parco dell'APSP di Borgo.

Le fasi nella definizione del metaprogetto sono state:

- Ragionare, utilizzando strumenti elastici e strategici come schemi e diagrammi, sulla **distribuzione** delle funzioni e dei **percorsi verticali e orizzontali**, cercando di favorire al contempo la **socializzazione** e adeguati spazi di **privacy**;

- Definire una **griglia di 6x5 metri** che conferisse all'edificio una **modularità** e si prestasse ad adattarsi sia alle funzioni comuni e aperte al pubblico del pianterreno, che alla destinazione residenziale dei piani superiori;

- Configurare la struttura individuando nella **piastra** la soluzione più efficiente per funzioni che necessitano di una maggiore metratura, e in **volumi minori** con lato pari a 12 metri la funzione residenziale;

- Definire un ipotetico **arredo degli spazi interni** in modo da verificare la reale fruibilità degli ambienti progettati;

- Organizzare gli **spazi comuni interni ed esterni** garantendo il miglior utilizzo da parte di tutti gli utenti, consapevoli che la natura multigenerazionale della struttura è una potenzialità, ma richiede un'attenta progettazione che preveda spazi di incontro equilibrati da spazi pensati per i singoli gruppi;

- Caratterizzare le unità residenziali con **domesticità e assonanza col contesto**, richiamando l'architettura tradizionale con elementi come il tetto a falda e il rivestimento in legno, ma mantenendo comunque un **linguaggio contemporaneo**.

Gli accessi e i percorsi sono stati razionalizzati e differenziati in modo da favorire una convivenza positiva tra diverse generazioni: è infatti fondamentale favorire lo scambio e l'incontro predisponendo degli spazi per attività comuni, ma è altrettanto importante garantire la presenza di determinati ambienti riservati ai singoli nuclei-comunità. La risalita per i tre appartamenti, in cui sono divisi i 18 anziani previsti, è baricentrica rispetto ai due volumi in cui sono contenuti. Il bagno assistito e la camera riservata all'operatore sono posizionati nel volume maggiore, in prossimità di questo spazio di distribuzione centrale, in modo che possano servire efficientemente tutte e tre le unità. Al piano terra la risalita si raggiunge passando attraverso l'atrio della reception, assicurando così un accesso controllato. L'appartamento delle madri è invece accessibile autonomamente e raggiungibile direttamente dall'esterno, essendo posizionato al di fuori della piastra rettangolare dei servizi.

La griglia di 6x5 metri è pensata per permettere una certa flessibilità nell'articolazione planimetrica degli spazi, in modo da potersi adattare efficientemente ad esigenze future non prevedibili, consentendo la variazione delle partizioni interne o l'ampliamento della struttura stessa. La disposizione dei pilastri subisce delle variazioni solo in corrispondenza del centro civico e della piscina, che richiedono una luce doppia rispetto a quella standard di 6 metri.

La distribuzione planimetrica ha tenuto conto della differenziazione dei percorsi e delle diverse necessità che presentano ambienti con diverse destinazioni. Al piano terra gli spazi commerciali sono stati disposti in diretto rapporto con le due strade che lambiscono l'edificio a sud e ad est, per garantire una maggiore visibilità e per lasciare allo spazio comune, al centro civico, alla palestra e alla piscina il più tranquillo e privato affaccio verso il parco. Al piano superiore le tre unità residenziali hanno pari dimensioni e sono trattate con lo stesso linguaggio, ma la presenza della risalita baricentrica che unisce le residenze per anziani e la fuoriuscita dalla piastra della residenza delle madri, permette una chiara leggibilità delle due diverse destinazioni.

Gli appartamenti per gli anziani possono ospitare 18 persone, suddivise in due unità dotate di una camera doppia e tre singole e un'unità più grande, che comprende anche lo spazio riservato all'operatore e il bagno assistito, con due camere doppie e tre singole. Quest'ultima è dotata anche di un'area relax nella zona notte, illuminata zenitalmente da dei lucernari posizionati nella parte della copertura piana che eccede rispetto al filo dell'appartamento soprastante, di dimensioni minori. L'appartamento per le madri con minori è dotato di tre camere doppie-triple più una camera più piccola destinata alle emergenze, che solitamente ospita gestanti o neomamme. Un'altezza leggermente superiore permette di rendere abitabile parte del sottotetto, che ospita infatti una sala giochi affacciata a sud sulla parte a doppia altezza della zona giorno e la grande

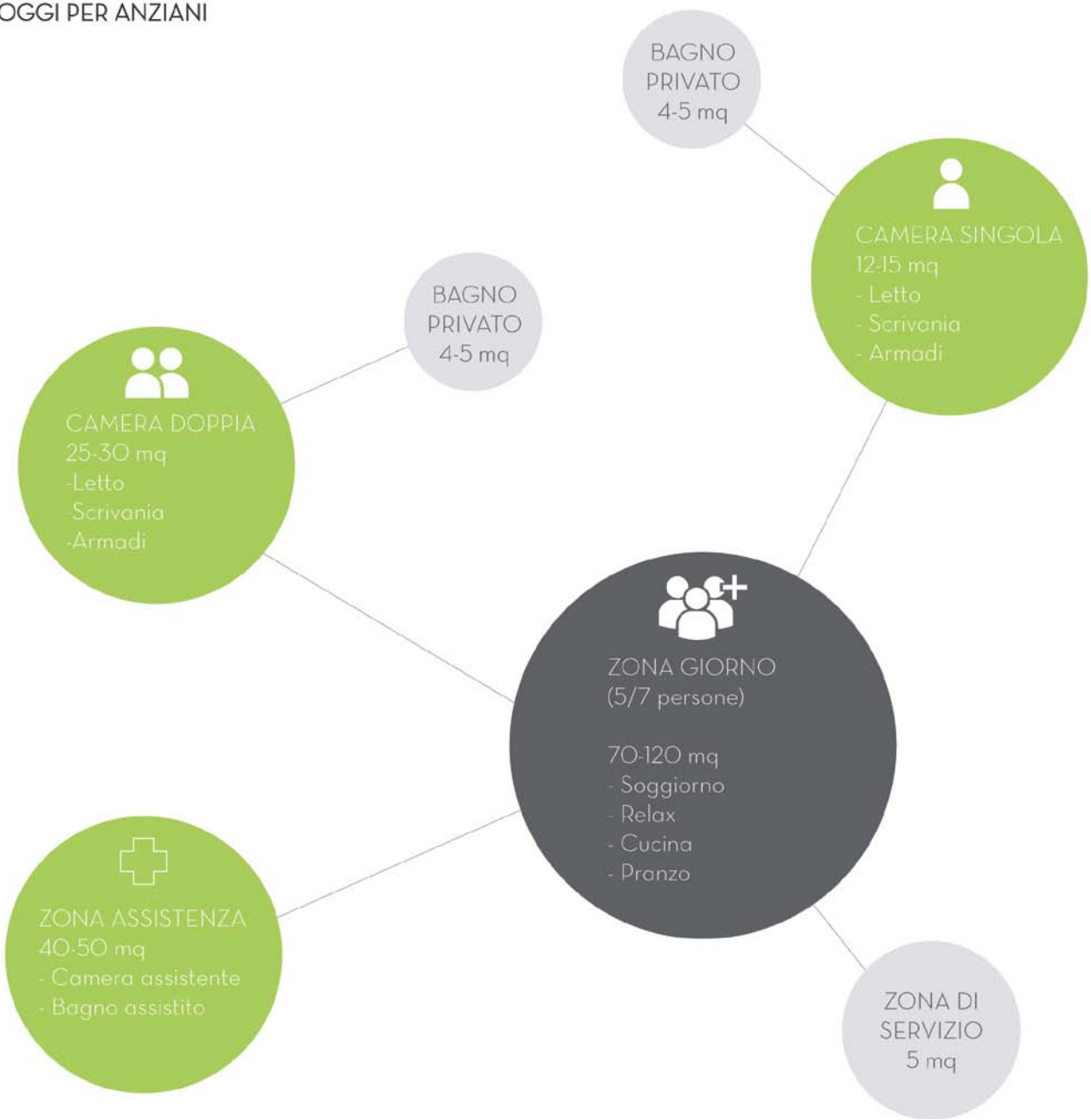
vetrata. Il sottotetto degli appartamenti per anziani è utilizzato invece come vano tecnico, accessibile dalla risalita comune nell'edificio centrale e tramite una scala retrattile a botola nell'edificio occidentale.

Le residenze sono state organizzate cercando di mantenere il più possibile l'idea di domesticità, in modo che gli ospiti, ancora sufficientemente autonomi da non necessitare un'istituzionalizzazione, li percepiscano come una vera e propria casa. Ogni appartamento è infatti dotato di un proprio angolo cottura dove gli abitanti possono preparasi autonomamente i pasti, consumandoli poi in compagnia nella luminosa zona pranzo. Si è inoltre deciso di evitare la distribuzione delle camere tramite corridoio tipica degli ospedali e delle RSA, posizionando gli accessi direttamente dalla zona giorno o dall'area relax.

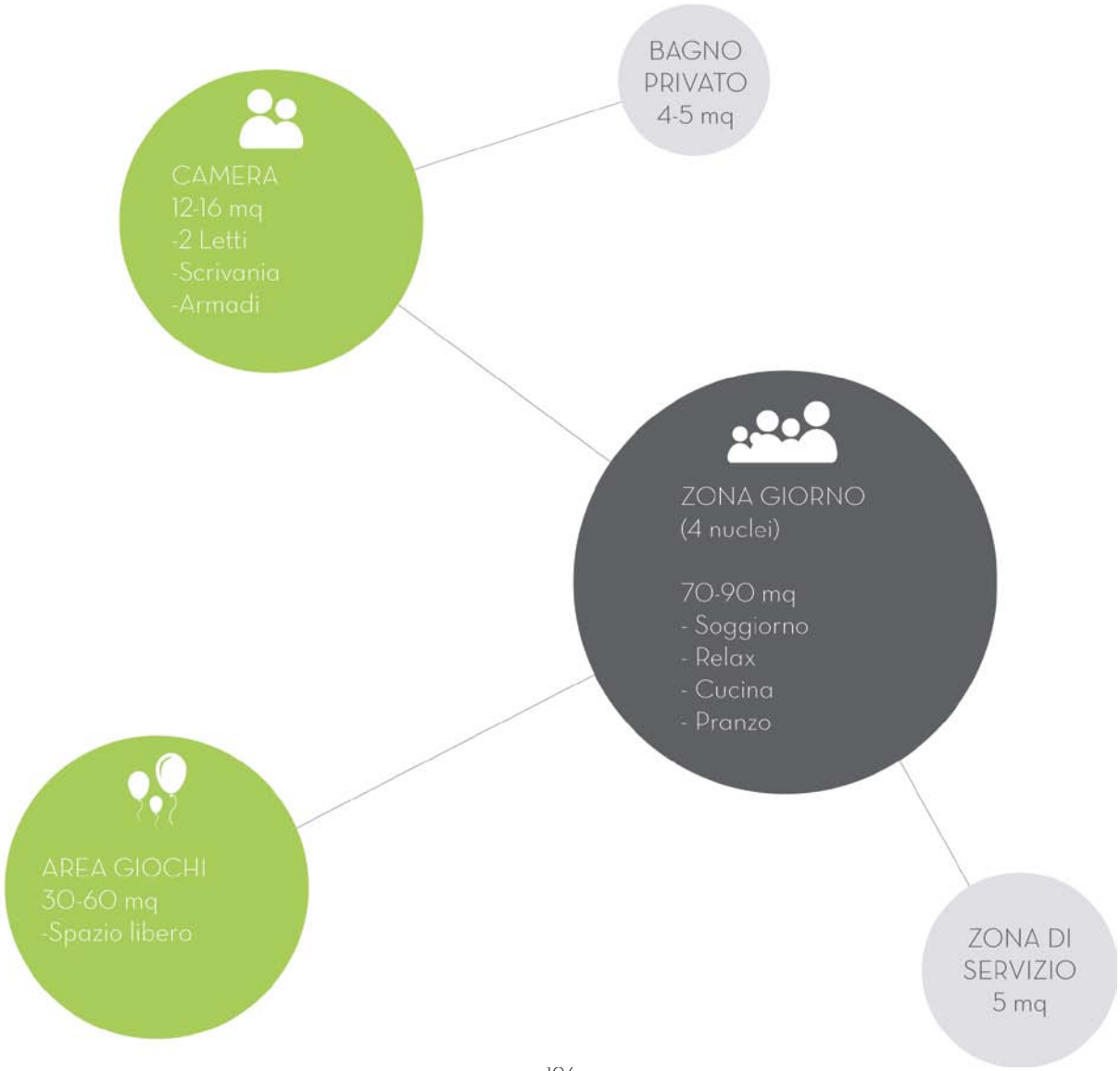
I casi studio illustrati nella prima parte del presente lavoro presentano spesso uno spazio aperto più protetto e privato in aggiunta ad uno spazio verde permeabile alla comunità. Nella presente proposta si è risposto a questa esigenza prevedendo una grande terrazza tre le unità abitative, che può essere percorsa ad anello incontrando delle aree variamente caratterizzate. La parte meridionale si affaccia su una via non eccessivamente trafficata che permette però un importante contatto visivo con la vita della comunità. Dal lato nord si può invece godere della vista del tranquillo parco e del patio. In questa zona, in diretto rapporto con le residenze degli anziani, sono previste delle sedute in una porzione trattata a verde. La parte orientale si relaziona invece con la residenza pensata per i nuclei di madri con minori ed è caratterizzata dalla presenza di ulteriori sedute e di lucernari da cui è possibile vedere la piccola piscina al piano terra. Su questo lato è sono disposti anche degli orti sollevati all'altezza di un metro per facilitare la fruizione da parte di persone con problemi di mobilità. Questo spazio è pensato anche come un luogo strategico di incontro e scambio tra le diverse generazioni, in particolare gli anziani e i bambini.

L'involucro degli edifici residenziali è trattato ad intonaco chiaro nelle facciate ad est ed ovest, che danno l'impressione di essere parte di una superficie che si piega disegnando la forma archetipa della casa, avvolgendo, come per proteggerlo, un volume in legno visibile nelle testate a nord e a sud e, nel caso delle due unità con gli appartamenti per anziani, nei prospetti lunghi contrapposti dove la scatola si spezza prima di toccare terra, lasciando sporgere la falda. Tutte le aperture sono schermabili con dei frangisole scorrevoli che permettono di regolare la quantità di luce grazie a delle lamelle reclinabili. La piastra al piano terra e il patio sono intonacati e le aperture sono schermate da una serie di listelli in legno orizzontali nella parte alta, sormontati dal parapetto in cristallo della terrazza al piano superiore.

ALLOGGI PER ANZIANI



ALLOGGI PER NUCLEI MAMMA-BAMBINO



Si è cercato di garantire migliori prestazioni energetiche alla struttura contenendo il numero di aperture e vetrate nel fronte nord e schermando il più possibile quelle a sud con arretramenti, pensiline e frangisole. La disposizione interna è stata inoltre studiata per ottenere un'esposizione ottimale per i diversi ambienti: la zona giorno di tutte le unità abitative si affaccia infatti a sud, mentre le camere sono esposte sugli altri tre lati. La superficie totale dell'ipotesi di nuova costruzione è di circa 2040 mq e si divide come segue:

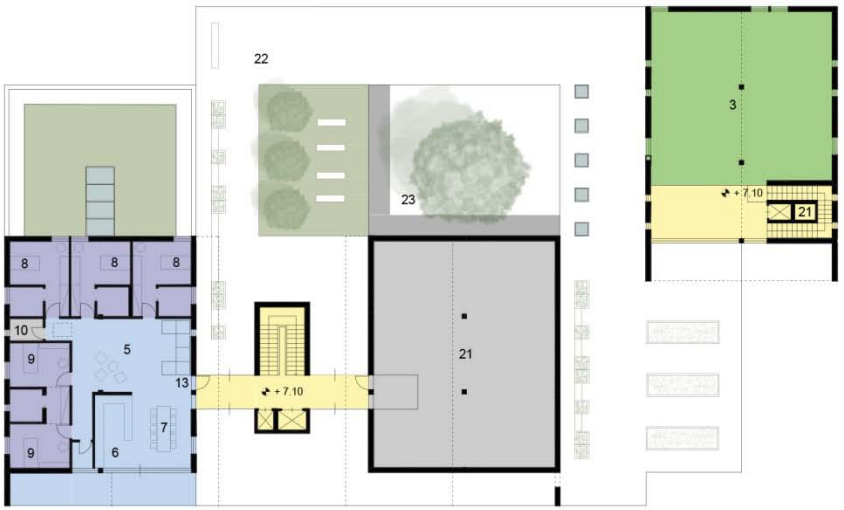
PIANO	FUNZIONI	MQ	TOTALE
PIANO TERRA	INGRESSO - RECEPTION	115 mq	1150 mq
	UFFICIO	16 mq	
	SERVIZI	25 mq	
	ZONA COMUNE	160 mq	
	CENTRO CIVICO	175 mq	
	SPAZI COMMERCIALI	260 mq	
	PISCINA	115 mq	
	PALESTRA	90 mq	
	SPOGLIATOI	80 mq	
	AMBULATORIO	50 mq	
PRIMO PIANO	APPARTAMENTO ANZIANI (7)	260 mq	400 mq
	ASSISTENZA COMUNE	40 mq	
	APPARTAMENTO ANZIANI (5)	180 mq	
	APPARTAMENTO MADRI	180 mq	
	TERRAZZA VERDE	700 mq	
SECONDO PIANO	APPARTAMENTO ANZIANI (5)	180 mq	490 mq
	SPAZIO TECNICO	240 mq	
	AREA GIOCHI	70 mq	
TOTALE			2040 mq
SUPERFICIE COMPLESSIVA AMMESSA DAL P.R.G.			2325 mq

Tabella 3.2 - Metaprogetto della nuova costruzione - dimensionamento funzionale

Metaprogetto | Nuovo Edificio
1:500

Primo Piano

- ZONA GIORNO NUCLEI MAMMA-BAMBINO
- ZONA NOTTE NUCLEI MAMMA-BAMBINO
- ZONA GIORNO ANZIANI
- ZONA NOTTE ANZIANI
- DISTRIBUZIONE
- ZONA DI ASSISTENZA
- ZONA DI SERVIZIO
- ZONA ATTIVITA' RICREATIVE
- ZONA ATTIVITA' COMMERCIALI

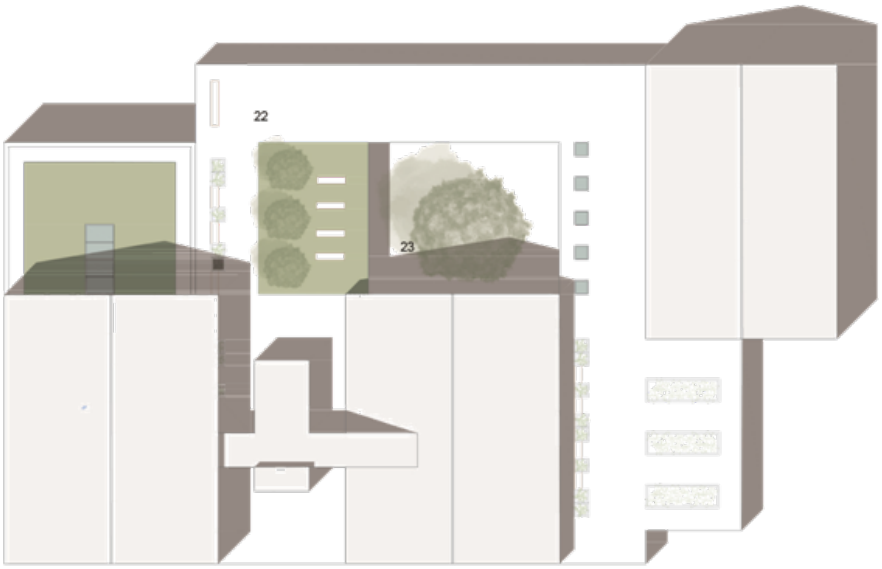


Secondo Piano

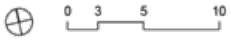
0 3 5 10

1 - reception/ufficio
2 - zona comune
3 - area giochi
4 - appartamento nuclei Mamma-bambino
5 - soggiorno
6 - cucina
7 - pranzo
8 - camera
9 - camera doppia
10 - magazzino/ripostiglio
11 - spazio commerciale
12 - zona relax
13 - appartamento anziani
14 - centro civico
15 - camera assistente
16 - bagno assistito
17 - piscina
18 - palestra
19 - spogliatoio
20 - locale tecnico
21 - terrazza verde
22 - patio

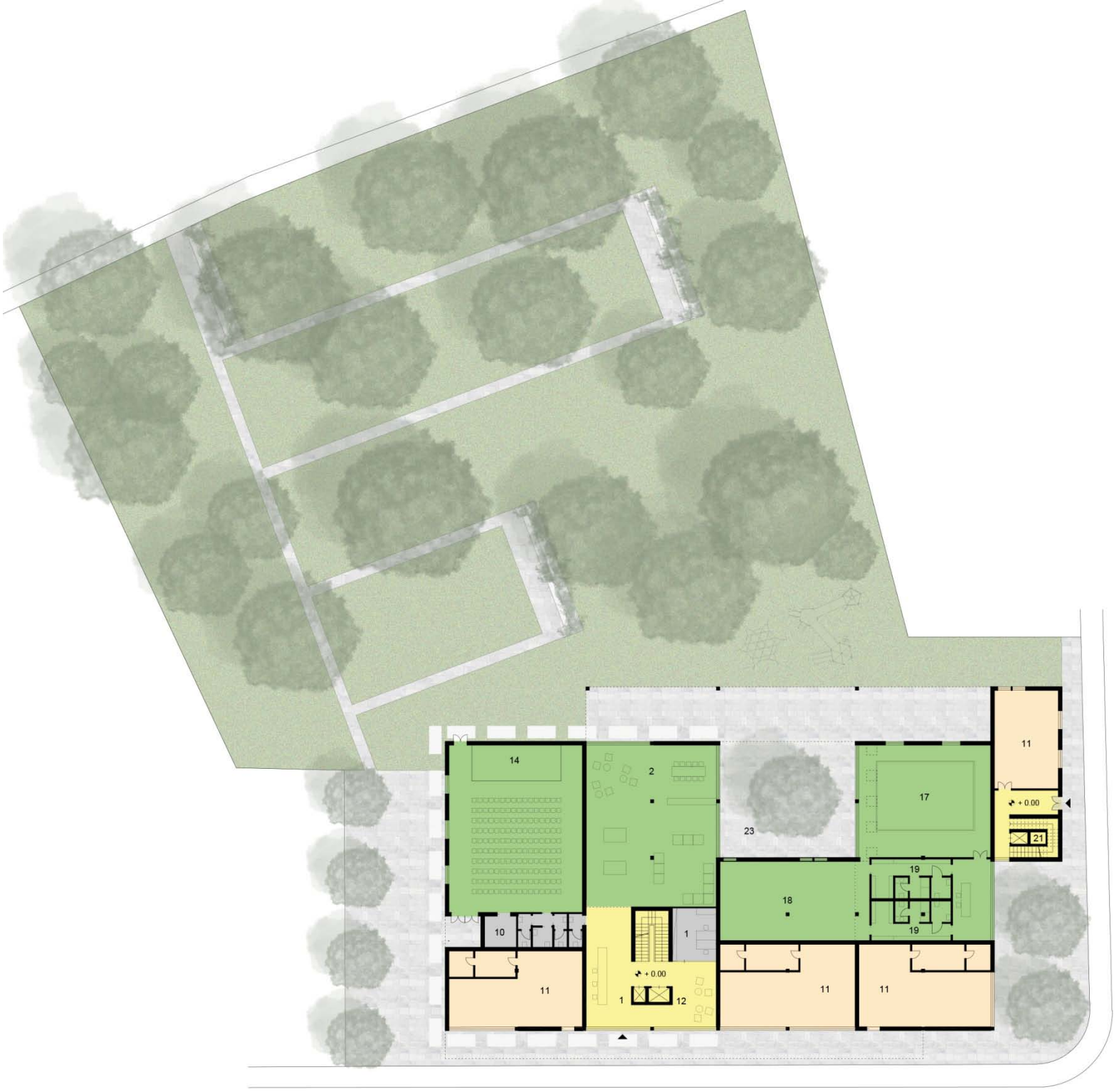
Metaprogetto | Nuovo Edificio
1:500



Copertura



1 - reception
2 - zona comune
3 - area giochi
4 - appartamento nuclei Mamma-bambino
5 - soggiorno
6 - cucina
7 - pranzo
8 - camera
9 - camera doppia
10 - magazzino/ripostiglio
11 - spazio commerciale
12 - zona relax
13 - appartamento anziani
14 - centro civico
15 - camera assistente
16 - bagno assistito
17 - piscina
18 - palestra
19 - spogliatoio
20 - locale tecnico
21 - tetto verde



Piano Terra

0 3 5 10

Prospetto Sud

0 3 5 10

Prospetto Nord

0 3 5 10

Prospetto Ovest

Sezione AA

0 3 5 10

Sezione BB

Sezione CC

0 3 5 10

3.2.2 La camera da letto

La struttura offre dieci camere singole di 20 mq e quattro doppie di 33 mq, comprensive di bagno privato, per un totale di 18 anziani. La scelta di privilegiare la sistemazione in camera singola è motivata da diversi studi molto attuali, alcuni dei quali ampiamente illustrati nella prima parte del presente lavoro. Incentivare la socializzazione nella persona anziana è un ottimo proposito, infatti ogni appartamento è dotato di ampi spazi comuni, ma è necessario garantire la libertà di potersi ritirare nel proprio spazio intimo e privato. A tal fine anche le camere doppie sono configurate in modo che sia garantito uno spazio personale ad entrambi gli abitanti, disponendo il bagno al centro della stanza e dividendola così in due settori uguali, con la possibilità di chiudere l'antibagno ottenendo di fatto due stanze singole più piccole con bagno in comune. Ogni settore è inoltre dotato di una propria porta, in modo da favorire l'identificazione e l'idea di spazio privato e personale.

Le camere singole possono essere facilmente adattate anche all'inserimento di un letto matrimoniale, per eventuali coppie o per specifica richiesta dell'ospite: i letti singoli sono infatti distanziati dalle pareti di almeno un metro, in conformità agli standard ospedalieri, ma gli abitanti possono decidere di utilizzare diversamente lo spazio libero a seconda delle proprie capacità motorie.

Tutte le camere sono dotate di:

- Una porta d'ingresso personalizzata in modo da facilitare l'orientamento degli inquilini;
- Un bagno privato accessoriato con sanitari e doccia a raso per favorire chi ha problemi di mobilità;
- Letti (90x200 cm) con possibilità di essere sostituiti da letti ospedalieri in caso di necessità;
- Scrivania e armadi disposti sulla parete opposta del letto (nelle camere singole) per agevolare il transito e facilitare la visione della TV dal letto;
- Un'ampia finestra che permette una visione sul panorama circostante, schermabile con diversi gradi di oscuramento grazie ai frangisole con listelli reclinabili.

Metaprogetto | Nuovo Edificio
Alloggio per 5 anziani
1:200

CAMERA SINGOLA
CAMERA DOPPIA
BAGNO
SOGGIORNO-RELAX
CUCINA-PRANZO
RIPOSTIGLIO

Primo Piano

0 3 5

1 - soggiorno
2 - cucina
3 - pranzo
4 - camera singola
5 - camera doppia
6 - ripostiglio

3.3 Definizione del metaprogetto - Ex Albergo Venezia

Una possibile risposta alle esigenze emerse nel territorio trentino indagato è rappresentata dall'individuazione di un edificio dismesso adiacente al polo sanitario e al centro del paese; esso rappresenta un buon punto di partenza per mettere in pratica le linee guida emerse nella prima parte di questo elaborato. In questa area di progetto è pensabile che possa avere luogo l'integrazione di diversi servizi che possono essere utili sia alla comunità sia all'assistenza dell'anziano fragile[46] che risiederà proprio in questo luogo.

3.3.1 Organizzazione spaziale e funzionale del complesso

L'area di progetto si presenza come un grande area verde edificato solo nella parte Sud dove è presente un edificio dei primi anni del novecento; la restante area è invece trattata a bosco con la presenza di pini ed abeti secolari. L'edificio è ormai dismesso dagli anni '70 e aveva la funzione di albergo, probabilmente utilizzato anche dai parenti dei degenti ricoverati nel vicino ospedale. (come facciamo con gli accenni all'albergo Venezia nella parte storica??)

L'Albergo Venezia, come riporta ancora la scritta sul prospetto Sud, è un edificio storico che non è soggetto a tutela dei beni culturali, ma in ogni caso rappresenta per la popolazione un punto di riferimento per la storia del paese di Borgo Valsugana. Proprio questo è uno dei motivi che ha fatto nascere l'ipotesi di provare ad inserire in un edificio esistente la nuova tipologia abitativa per anziani emersa in questo elaborato, con la convinzione che potrebbe dare un valore aggiunto al progetto.

[46] L'anziano fragile è colui che rischia di perdere l'autosufficienza.

Immagini 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 - Ex Albergo Venezia

Dopo aver effettuato il sopralluogo è emerso come l'edificio sembri un insieme di volumi differenti, probabilmente edificati in epoche diverse. La struttura originaria è quella più a Sud, che non possiede particolari alterazioni. Il prospetto Nord sembra essere stato costruito in un secondo momento in quanto sono da notare le aperture differenti rispetto al resto dell'edificio e il differente trattamento della copertura rispetto alla parte di edificio antistante (la parte più recente del tetto a falda è ricoperta in coppi e non tegole cementizie). L'edificio si presenta integro nella maggior parte della struttura, anche se risulta degradato in alcune porzioni, in particolare in tutta la facciata che si rivolge al parco e negli interni.

L'ex Albergo Venezia si presenta sia in pianta che in alzato come l'unione di due volumi simili uniti tra loro sul lato lungo, sembra essere formato infatti da due parallelepipedi di circa 11x17m divisi in tre piani. In base al dimensionamento della struttura che emerge dalla ricerca si è deciso di ampliare la struttura esistente per ospitare tutte le funzioni necessarie alla nuova tipologia che sarà ospitata in esso. La forma del nuovo volume deriva da uno studio modulare della struttura esistente, infatti viene accostato al vecchio edificio composto da due moduli rettangolari un terzo modulo delle stesse dimensioni degli esistenti. Il nuovo edificio è diviso dall'esistente da un taglio vetrato che ospita la funzione distributiva del nuovo volume e allo stesso tempo lo collega anche all'ex Albergo . L'intero complesso si presenta quindi piuttosto compatto con corpi adiacenti separati dal collegamento verticale vetrato che crea una distanza critica tra il vecchio intervento e il nuovo.

L'edificio di nuova realizzazione presenta un'altezza differente (7,70m) dall'esistente (13,50m), ciò è dovuto al fatto che non si voleva nascondere l'edificio storico rispetto al nuovo. Per quanto riguarda le altezze interne si è voluto seguire l'andamento dell'edificio esistente in modo da non creare dislivelli e di conseguenza barriere architettoniche tra i piani dei due volumi.

La progettazione dell'intervento è stata dimensionata per ospitare 18 anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti in camere doppie (50%) e singole (50%), oltre a 7/8 posti letto per 4 nuclei di madri con minori, atto ad accogliere temporaneamente donne con i propri figli in difficoltà. La superficie totale dell'intervento di riuso è di circa 2150 mq e si divide come segue:

PIANO	FUNZIONI	MQ	TOTALE
PIANO INTERRATO	LOCALI TECNICI	85 mq	580 mq
	MAGAZZINO - DEPOSITO	90 mq	
	PISCINA	130 mq	
	PALESTRA	80 mq	
	SPOGLIATOI	80 mq	
PIANO TERRA	INGRESSO - RECEPTION	45 mq	605 mq
	APPARTAMENTO MADRI CON MINORI	180 mq	
	AREA GIOCHI	35 mq	
	ZONA COMUNE	80 mq	
	SPAZI COMMERCIALI	190 mq	
PRIMO PIANO	APPARTAMENTO ANZIANI	340 mq	605 mq
	CENTRO CIVICO	160 mq	
SECONDO PIANO	APPARTAMENTO ANZIANI	250 mq	360 mq
	STANZA ASSISTENTE	15 mq	
	BAGNO ASSISTITO	20 mq	
	MAGAZZINO - DEPOSITO	35 mq	
TOTALE			2150 mq
SUPERFICIE COMPLESSIVA AMMESSA DAL P.R.G.			2325 mq

Tabella 3.3 - Metaprogetto ex Albergo Venezia - dimensionamento funzionale

Il mastreplan del progetto di riuso, situato nella zona Sud dell'area, è nato da una serie di concept sulla modularità dell'edificio esistente che hanno portato a definire una nuova configurazione della struttura che comprende anche il nuovo edificio.

Le fasi sono state:

- Mantenere le preesistenze: punto fermo della progettazione è stato quello di mantenere la muratura esterna dell'edificio esistente e le parti portanti di esso. Per quanto riguarda le facciate si è cercato di conservare quelle originarie fino al punto in cui le aperture non andassero a contrastare la funzionalità della nuova configurazione interna;

- Considerare come punto di partenza l'edificio esistente come nuovo possibile alloggio per **anziani autosufficienti e nuclei di madri con minori**, decidendo di posizionare in un nuovo edificio adiacente quelle funzioni di carattere più pubblico, sia per motivi funzionali che dimensionali;

- Individuare una ritmica nell'edificio esistente che potesse dare forma alla **nuova costruzione**;

- Definire gli spazi interni in modo tale da garantire per tutti gli ospiti la possibilità di un elevata **privacy** correlata però alla possibilità di **interazione** con tutti gli altri individui presenti nella struttura;

- Individuare dei **percorsi principali** per facilitare il più possibile la distribuzione verticale e orizzontale dei residenti e degli ospiti della struttura;

- Definire un ipotetico **arredo degli spazi interni** in modo da rendere fruibile il più possibile lo spazio;

- Organizzare lo **spazio esterno** per garantire il miglior utilizzo possibile da parte di tutti gli utenti.

La distribuzione planimetrica ha tenuto conto sia delle preesistenze strutturali sia dell'organizzazione funzionale e dei percorsi. Le funzioni sono state disposte in base alla fruizione delle stesse, le attività pubbliche sono state collocate nel nuovo edificio in una logica di ottimizzazione dei percorsi e degli spazi, in quanto non era pensabile per esempio prevedere una funzione come il centro civico all'interno del vecchio edificio.

Di seguito sono riportati i piani con le rispettive funzioni:

- Il **piano interrato** dell'ex Albergo è dedicato a locali di servizio e a locali tecnici per la corretta gestione dell'intero complesso. Il nuovo edificio invece accoglie la zona benessere che comprende piscina, palestra e spogliatoi che danno la possibilità agli ospiti della struttura e agli esterni di usufruire allo stesso tempo di una zona per il relax e per la riabilitazione.

- L'ingresso del **piano terra** da cui si può accedere ai piani superiori divide lo spazio in zone con funzioni differenti, a sinistra si trova alloggio per nuclei di madri con minori composto da zona giorno e zona notte con camere comprensive di bagno privato. La scelta di posizionare qui i

nuclei madri-minori risponde all'esigenza di mitigare i rumori che dei bambini normalmente possono generare giocando in un appartamento, essi inoltre possono così avere accesso diretto ai giochi all'esterno dell'edificio senza dover disturbare il resto degli abitanti. Sul lato Est invece si trova la zona comune per tutti gli abitanti dell'edificio, essa è divisa in varie zone per garantire l'autonomia delle stesse. È presente anche un'area giochi per i bambini accessibile direttamente dall'appartamento al piano terra o dalla zona comune; questo fa sì che vi sia interazione tra tutti gli abitanti ma che a seconda delle esigenze gli ambienti possano essere divisi. L'accesso all'esterno è controllato dalla reception o è possibile dall'area giochi in quanto sarà sempre presente una figura adulta di riferimento. Il nuovo volume ospita funzioni aperte al pubblico con accesso diretto dall'esterno così da non disturbare gli utenti della residenza. Sono stati pensati degli spazi commerciali (es. bar, market, parrucchiere, ecc.) che possano essere un supporto sia a coloro che abitano nel complesso sia a coloro che vengono dall'esterno.

- Al primo e al secondo piano si sviluppano gli alloggi per gli anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti. La distribuzione all'interno dei piani è garantita da un percorso circolare che circonda la scala e l'ascensore. Questi due appartamenti presentano una configurazione simile a quello del piano terra ma con un'attenzione maggiore per le possibili barriere architettoniche. Gli spazi sono modellati dalla struttura portante che ha avuto particolare importanza nella definizione e nel dimensionamento degli ambienti. Sono presenti camere singole (6), doppie (2) e matrimoniali (4) per andare incontro ad ogni esigenza dei fruitori. L'ultimo piano della nuova costruzione ospita il centro civico, che può contenere fino a 120 persone, accessibile sia dagli alloggi del primo piano sia dall'esterno in modo da essere usufruibile per manifestazioni aperte alla comunità, o per eventi interni alla residenza.

- Il secondo piano si differenzia da quello sottostante per la presenza del tetto a falda che crea nella parte Nord-Est del piano una zona ribassata, per questo motivo due stanze sono state sostituite da un deposito-sottotetto. A questo piano è presente anche la camera dell'assistente con il suo bagno e il bagno assistito per assicurare un aiuto a chi ne avesse bisogno. Per garantire il numero di utenti idoneo, derivato dalle indagini sulla popolazione e il territorio, una parte della copertura del secondo piano (Nord-Ovest) è stata rialzata per potervi inserire ulteriori camere.

La distribuzione funzionale è stata indagata sia dal punto di vista planimetrico che dal punto di vista dello sviluppo verticale. Analizzando i flussi delle persone, in base alle loro attività, sono state risolte le relazioni tra le funzioni; i servizi e le attività pubbliche con un'elevata affluenza di persone sono state posizionate all'interno nel nuovo edificio, mentre tutte le zone alloggio sono state inserite nell'ex Albergo. Anche se in due edifici separati tutte le attività sono in stretta relazione facilitando così le connessioni.

La scelta architettonico-compositiva per la definizione delle nuove parti del complesso è ricaduta sulla scelta di listelli di legno orizzontali, una "pelle" semipermeabile che conferisce leggerezza sia all'edificio nuovo sia a quello esistente e permette al tempo stesso di riconoscere con facilità le parti riconfigurate dell'edificio esistente. I prospetti mettono in relazione l'interno dell'edificio con il bosco adiacente e permettono la vista del verde dalle camere degli utenti. Il ritmo del prospetto Nord dell'ex Albergo Venezia è dettato dalla distribuzione interna, ogni camera ha dimensioni leggermente diverse a causa delle preesistenze ma questo ha permesso di creare diverse soluzioni adatte ad ogni tipo di esigenza. Questo prospetto, grazie alla presenza dei frangisole scorrevoli, è caratterizzato da un gioco di ombre che danno movimento ai volumi molto regolari. Il prospetto Est del nuovo edificio è connotato da grandi vetrate che al piano terra hanno la funzione di vetrine per gli spazi commerciali mentre al primo piano permettono di godere dell'ampio panorama della vallata.

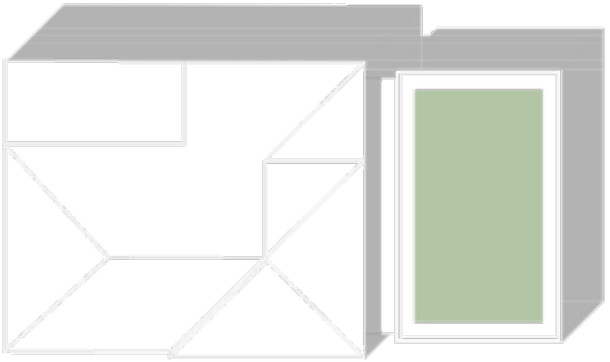
Le parti dell'edificio esistente che non vengono modificate rimangono inalterate, quindi trattate ad intonaco chiaro. Di tutti i prospetti esistenti quello che è stato modificato maggiormente è il prospetto Nord sia per un problema di configurazione interna sia per il fatto che allo stato in cui si trova è molto compromesso.

Nella ridefinizione dei prospetti è stata rispettata e rimarcata la divisione dell'edificio in diversi volumi, per dare linearità all'intero progetto.

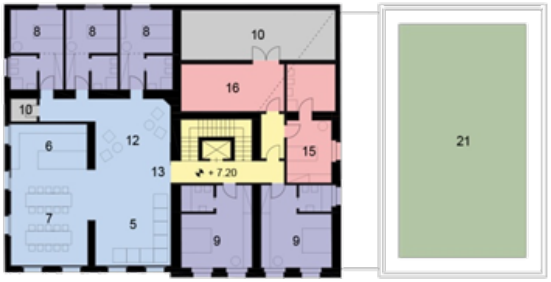
La copertura del nuovo volume è tratta a tetto verde, sia per motivazioni progettuali che funzionali:

- Vista più gradevole dalle aperture dell'ex Albergo;
- Protezione meccanica degli strati che compongono la copertura;
- La protezione dall'azione disgregante gelo/disgelo sugli strati più esposti;
- Risparmio sui costi energetici per cui i tetti verdi garantiscono prestazioni di isolamento termico in inverno e di raffrescamento nel periodo estivo.

Primo Piano



Copertura



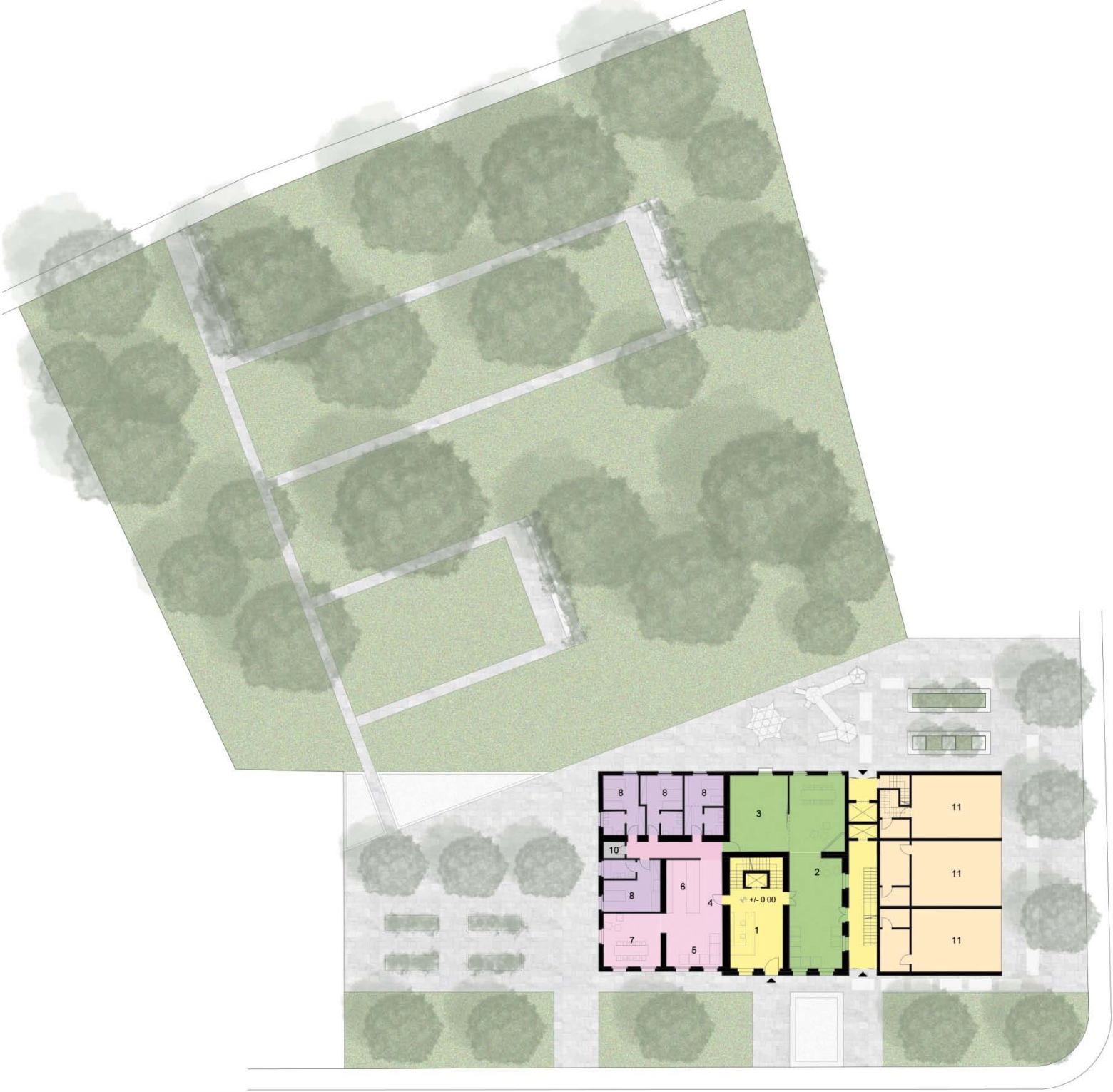
Secondo Piano

Piano Interrato

0 3 5 10

- ZONA GIORNO NUCLEI MAMMA-BAMBINO
- ZONA NOTTE NUCLEI MAMMA-BAMBINO
- ZONA GIORNO ANZIANI
- ZONA NOTTE ANZIANI
- DISTRIBUZIONE
- ZONA DI ASSISTENZA
- ZONA DI SERVIZIO
- ZONA ATTIVITA' RICREATIVE
- ZONA ATTIVITA' COMMERCIALI

1 - reception
2 - zona comune
3 - area giochi
4 - appartamento nuclei Mamma-bambino
5 - soggiorno
6 - cucina
7 - pranzo
8 - camera
9 - camera doppia
10 - magazzino/ripostiglio
11 - spazio commerciale
12 - zona relax
13 - appartamento anziani
14 - centro civico
15 - camera assistente
16 - bagno assistito
17 - piscina
18 - palestra
19 - spogliatoio
20 - locale tecnico
21 - tetto verde



Piano Terra

0 3 5 10

Prospetto Sud

0 3 5 10

Prospetto Nord

0 3 5 10

Prospetto Est

Prospetto Ovest

0 3 5 10

3.3.2 La camera da letto

Le camere dedicate agli anziani sono disposte ai piani superiori e occupano, insieme alla zona giorno degli appartamenti, tutta la superficie dell'ex Albergo. Grazie al layout distributivo circolare è stato possibile dedicare l'intero piano alle persone anziane come una sorta di grande appartamento privato.

Le dimensioni delle camere variano a seconda della muratura portante dell'edificio esistente, e questo ha permesso di variare la tipologia di camera anche in base alle richieste. Ogni camera presenta:

- Dimensioni contenute delle camere singole per favorire le relazioni tra gli utenti della struttura;
- Una porta d'ingresso personalizzata in modo da facilitare l'orientamento degli inquilini;
- Un bagno privato accessoriato con sanitari e doccia a raso per favorire chi ha problemi di mobilità;
- Letti (90x200 cm) con possibilità di essere sostituiti da letti ospedalieri se si presentasse la necessità;
- Scrivania e armadi disposti sulla parete opposta del letto per agevolare il transito degli anziani e facilitare la visione della TV dal letto;
- Un'ampia finestra che permette di ammirare il panorama circostante.

3.3.3 Potenzialità del progetto di riuso

Dai dati Istat sul recupero edilizio del capitale costruito emerge che l'Italia è sempre più attenta al recupero di edifici dismessi per convertirli a una nuova funzione.[47] Queste azioni sono atte a far sì che interventi conservativi fermino il degrado degli edifici più antichi, in modo da tutelare maggiormente il patrimonio artistico italiano.

La conservazione di un edificio storico-architettonico nella maggior parte dei casi porta con sé anche una valorizzazione economica. "In termini economici, infatti, valorizzare significa incrementare il valore di una risorsa o altresì renderne esplicito il suo valore non manifesto, qual è spesso il caso di un edificio storico-architettonico in condizioni di degrado fisico".[48] Uno dei modi più diffusi per rendere l'intervento di tutela sostenibile è la rifunzionalizzazione dell'edificio storico, in modo che la nuova funzione possa generare una redditività per l'investitore. La scelta di recuperare un edificio esistente, eliminando gli eventuali degradi e migliorandone l'accessibilità e la fruibilità, a volte però può non rivelarsi la scelta più economica a causa degli elevati costi che si possono incontrare nel risanare l'edificio. Nella valutazione dell'intervento, però gioca un ruolo fondamentale la quantificazione del *valore aggiunto* che può essere determinante per eventuali investitori. Questo valore non è quantificabile, ma si riferisce alle sensazioni che un edificio può generare nelle persone che hanno condiviso qualcosa con esso; un edificio può diventare a volte il punto di riferimento per molti abitanti di un paese o di una città senza particolari motivazioni.

Il progetto di riuso non esclude che vi siano nuovi interventi che si integrino con l'esistente, per rendere l'intero complesso più funzionale alla nuova destinazione d'uso. Il nuovo intervento, facendo parte dell'epoca attuale avrà un linguaggio diverso da quello della preesistenza, e quindi ben riconoscibile. La scelta progettuale sopra riportata fa riferimento a quando afferma il Carbonara, in quanto il progetto non risulta mimetico rispetto al costruito, ma bene definito e dichiarato, per il fatto che utilizza materiali e espedienti diversi rispetto all'esistente, in modo da essere visibile e riconoscibile e da non cancellare la storia dell'esistente.[49]

---

[47] Cirimondo R., *"L'arte nell'arte. Il riuso architettonico di edifici storici. Il Museo greco di Orvieto",* Bologna, CLUEB, 2009

[48] Manganelli B., *"Valutazioni economico-estimative nella valorizzazione di edifici storico-architettonici",* Dipartimento di Ingegneria Civile Università degli Studi di Salerno, 2007

[49] Cavalleri F.B., *"Ultimo quarto del Novecento:spunti dalla riflessione teorica tra conservazione e restauro*", Milano, Progettare per il Costruito, Città Studi, 2008

CONCLUSIONI

Con l'aumentare dell'età media e della longevità, ci sono sempre più persone anziane che necessitano di diverse forme di assistenza. Dall'analisi del quadro nazionale esigenziale si desume tuttavia come continui ad esserci un gap tra l'assistenza domiciliare e le residenze assistite, nelle quali le persone con una lieve compromissione non si riconoscono. Nel contesto europeo, i nuovi tipi di residenze per anziani, che si posizionano tra l'assistenza domiciliare e le RSA, sono spesso rappresentati da strutture di dimensioni contenute, con una forte impronta domestica e una particolare attenzione alla sfera relazionale del rapporto di cura. Per questi motivi tali strutture trovano un riscontro positivo tra famiglie e utenti.

La Mixed-generation House è una struttura in cui convivono diversi tipi di utenti con età differente, dove viene favorita la vita attiva attraverso la possibilità di interazioni e incontri. L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di individuare delle linee guida strategiche al fine di produrre un know-how culturale per la formulazione di una nuova tipologia rivolta a questo particolare tipo di utenza. I risultati sintetizzati nella matrice relazionale-funzionale trovano applicazione nelle due ipotesi metaprogettuali, che confermano la validità della proposta metodologica avanzata, in relazione al contesto socio-territoriale della Provincia di Trento.

La provocazione di definire due progetti paralleli ha il pregio di consentire un utile confronto, dal quale desumere le potenzialità delle due diverse strade, entrambe considerate percorribili. Pur fornendo delle informazioni che, per la natura strategica e metaprogettuale, hanno un grado di dettaglio limitato, la fattibilità delle due ipotesi è stata verificata da un punto di vista tecnico-progettuale, economico e giuridico-legale.

Tra le due proposte metaprogettuali, il nuovo edificio è quello che meglio risponde alle esigenze di una casa multigenerazionale così come è stata concepita nello studio alla base del presente lavoro; la rigida struttura dell'esistente Albergo Venezia infatti, non permette sufficiente libertà nella configurazione spaziale, considerata di primaria importanza in una struttura assistenziale. L'articolazione degli alloggi inoltre, nell'edificio esistente, non rispecchia pienamente le linee guida tracciate per questa tipologia sperimentale, come il numero di ospiti per unità abitativa e la distribuzione interna. Da un'analisi di massima inoltre risulta che l'ipotesi di nuova costruzione ha il pregio di avere un costo più contenuto.

Si auspica che lo studio condotto possa rappresentare un contributo per la configurazione di nuove modalità del vivere, più flessibili e aperte alle relazioni, che non hanno ancora riscontro in Italia a livello normativo. È infatti indispensabile ripensare l'assistenza agli anziani, riconoscendo loro un ruolo sociale, per far fronte all'attuale e crescente problema dell'invecchiamento della popolazione nei paesi sviluppati.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Angeli F., *"27° Rapporto sulla situazione sociale del Paese"*, Censis, 1993

Bernabei R., Onder G., *"Invecchiare oggi"*, Enciclopedia Treccani, 2010

Bimbi F., *"Madri sole in Italia. Esclusione sociale e povertà in una prospettiva di genere"*, Università di Padova, 1999

Caffarello M., *"Un grande pericolo per l'economia italiana: l'invecchiamento della popolazione"*, Febbraio 2014

Capolongo S., *"Edilizia ospedaliera, approcci metodologici e progettuali"*, Milano, Hoepli, 2010

Capolongo S., Daglio L., Oberti I., *"Edificio, Salute, Ambiente: tecnologie sostenibili per l'igiene edilizia e ambientale"*, Milano, Hoepli, 2007

Cavalleri F.B., *"Ultimo quarto del Novecento:spunti dalla riflessione teorica tra conservazione e restauro"*, Milano, Progettare per il Costruito, Città Studi, 2008

Censis, "*Social Housing e agenzie pubbliche per la casa"*, Roma, Dexia Crediop, Federcasa, 2008

Ceppi G., Zini M., *"Bambini, spazi, relazioni. Metaprogetto di ambiente per l'infanzia"*, Reggio Children, 1998

Chiatti C., Barbabella F., Lamura G., Gori C., *"La "bussola" di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza), L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia", Rapporto 2010*, Rimini, Maggioli, 2010

Cirimondo R., *"L'arte nell'arte. Il riuso architettonico di edifici storici. Il Museo greco di Orvieto"*, Bologna, CLUEB, 2009

Costa A., "*Ausugum III*", Edizioni della Cassa Rurale di Olle, 1995

De Finis L., "*Percorsi di storia trentina*", Didascalie, Trento, 2000

Eastman P., *"Building type basics for senior living"*, Hoboken, Wiley, 2013

Fabris V., "*La Valsugana Orientale e il Tesino parte prima*", Editori Vari, 2011

Feddersen E., *"Wohnen im Alter, Wunsch und Wirklichkeit" (Residenze per anziani, desideri e realtà),* Detail, n.9, Settembre 2012

Galanti A., *"Demografia urbana : elementi di analisi della popolazione per la pianificazione urbanistica*", Bologna, Progetto Leonardo, 1991

Galluzzo L., Gandin C., Ghirini S., Scafato E., *"L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?",* Roma, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Aprile 2012

Hertzberger H., "*Lezioni di architettura"*, Roma, Laterza, 1996

International Monetary Fund, *"Global financial stability report: the quest for lasting stability",* 2012

Istat, *"Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - anno di riferimento 2005",* 2007

Istat, "*L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto"*, 2006

Istat, *"Il futuro demografico del paese, previsioni regionali della popolazione residente al 2065",* 2011

Istat, *"Indicatori demografici, stime per l'anno 2014",* 2015

Istat, *"Previsioni demografiche (Anni 2011-2065), Scenario centrale",* 2011

Istat, "*Tendenze demografiche e trasformazioni sociali, nuove sfide per il sistema di welfare"*, 2012

Kob K., "*Strutture residenziali per anziani a misura d'uomo",* Lettura magistrale presentata al 5° Congresso Nazionale S.I.A.I.S., Firenze, 24-26 Ottobre 2013

Lombardo S., *"Residenze per anziani - guida alla progettazione"*, Palermo, Dario Flaccovio editore, 2009

Lopez AD., Mathers CD., Ezzati M., Jamison DT., Murray CJL. (Ed.), "*Global burden of disease and risk factors",* Washington (DC), World Bank, 2006

Lori A., Golini A., Cantalini B., Bruno P., Citoni F., Paganelli F., *"Atlante dell'invecchiamento della popolazione: vent'anni di evoluzione nelle provincie e nei comuni italiani",* 1998

Manganelli B., *"Valutazioni economico-estimative nella valorizzazione di edifici storico-architettonici",* Dipartimento di Ingegneria Civile Università degli Studi di Salerno, 2007

Ministero della Salute, *"Prestazioni residenziali e semiresidenziali"*, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, 2007

Montemurro F., *"Le case di riposo in Italia, prima ricerca nazionale Auser sulle Case di Riposo"*, Auser, 2011

Narne E., Bertolazzi A., *"Abitare intorno a un vuoto, le residenze a patio dalle origini al contemporaneo"*, Venezia, Marsilio, 2012

Network Non Autosufficienza, *"L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 3° Rapporto"*, Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità, Maggioli editore, 2011

Oltermann P., "Germany's multigeneration houses could solve two problems for Britain", The Guardian, 2 Maggio 2014, tratto da http://www.theguardian.com/world/2014/may/02/germany-multigeneration-house-solve-problems-britain

Organisation for economic co-operation and development (OECD), *"Aegeing, housing and urban development"*, 2003

Paulli A., *"Modelli innovativi di assistenza socio-sanitariai integrata per gli anziani"*, Le politiche sociali in Italia nello scenario europeo, Ancona, Novembre 2008

Predazzi M., "*Arco di vita e habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali"*, Milano, Fondazione Housing Sociale, 2013

Raschko B.B., *"Housing interiors for the disabled and elderly"*, New York, Van Nostrand Reinhold Co., 1982

Roner D., *"Comunità di accoglienza per i minori nella Provincia Autonoma di Trento"*, Trento, Provincia Autonoma di Trento, 2011

Ropele M., "*L'atomica della salute - Borgo Valsugana 1953, una storia di primati"*, Milano, Edizioni Angelo e Guerini Associati, 2008

Scarcella C., Guerrini G., Ramponi J.P., Trabucchi M., *"Manuale di igiene e organizzazione sanitaria delle residenze sanitaire assistenziali"*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2008

Scherf H., *"Grau ist bunt. Was im Alter möglich ist" (Il grigio è colorato. Cosa si può fare quando si diventa anziani)*, Freiburg im Breisgau Herder, 2006

Scortegogna R., *"Quali risposte al bisogno dell'abitare con l'anziano? Famiglie sospese tra domiciliarità e residenzialità"*, tratto da http://www.socialesalute.it/temi-in-discussione/quali-risposte-al-bisogno-dellabitare-con-lanziano-famiglie-sospese-tra-domiciliarit-e-residenzialit.html, 2013

Terranova F., *"Edilizia per la sanità, ospedali-presidi medici e ambulatoriali-strutture in regime residenziale"*, Milano, editore Puntoeacapo, 2005

United Nations, *"World population ageing 1950-2050"*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2002

Welhops, *"Older persons housing design: a european good practice guide"*, tratto da http://www.brighton-hove.gov.uk/content/housing/general-housing/welhops-welfare-housing-policies-senior-citizens-O

World Health Organization, *"World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers"*, WHO, 2012

AA.VV., "Gut leben im (HOHEN) Alter", Fachhochschule Potsdam, University of Applied Sciences, tratto da http://www.fh-potsdam.de/projekt/project-action/show/Project/silqua-gut-leben-im-hohen-alter/

AA.VV. *"Il turismo sanitario: nel 2010 un mercato da 100 mld di dollari destinato a crescere"*, 4 Dicembre 2014, tratto da http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?approfondimento_id=5702

AA.VV. *"Le case di riposo in Italia, un settore che non conosce crisi"*, prima indagine nazionale Auser, pag. 1, Auser, 2011

AA.VV., tratto da http://www.artesella.it/

AA.VV., tratto da http://www.operatoresociosanitario.net/elementi-di-medicina/146-il-paziente-anziano

Rifermenti normativi

"D.M. 19-08-1996", prevenzione incendi per locali di pubblico spettacolo

"LCMI 15-04-2013", requisiti di sicurezza antincendio delle facciate negli edifici civili

"Norme tecniche di attuazione", Comune di Borgo Valsugana, 2013

"Piano sociale della Comunità Valsugana e Tesino 2011-2013", tratto da http://www.comunitavalsuganaetesino.it/Aree-tematiche/Servizio-socio-assistenziale/Piani/Piano-sociale

D.P.R. 1 agosto 2011, n. 151, "nuovo regolamento di prevenzione incendi"

Abitare leggero

AA.VV., *"Abitare Leggero, verso una nuova generazione di servizi per anziani*", Fondazione Cariplo, quaderni dell'Osservatorio, 2014

Sala F., *"Sono possibili buone forme di residenzialità per anziani? I risultati del progetto Abitare Leggero",* LombardiaSociale, Aprile 2013

Comunità alloggio per anziani autonomi – Ravenna

Lombardo S., *"Residenze per anziani - guida alla progettazione*", Palermo, 2009, pag. 112

Centro anziani parzialmente e non autosufficienti - Maienfeld, Svizzera

Feddersen E., *"Wohnen im Alter, Wunsch und Wirklichkeit" (Residenze per anziani, desideri e realtà),* Detail, n.9, Settembre 2012, pag. 963

Casa protetta per anziani parzialmente autosufficienti - Svezia

Lombardo S., *"Residenze per anziani - guida alla progettazione*", Palermo, 2009, pag. 125

Residenze per anziani autonomi e non - Alcácer do Sal, Portogallo

Feddersen E., *"Wohnen im Alter, Wunsch und Wirklichkeit" (Residenze per anziani, desideri e realtà),* Detail, n.9, Settembre 2012, pag. 921

Testoni C., "Residenze per anziani ad Alcácer do Sal, Portogallo", CIL, n.145, Gennaio-Febbraio 2012, pag. 16

Centro residenziale per le cure palliative - Hospice – Roma

Terranova F., *"Edilizia per la sanità",* Torino, UTET, 2005, pag. 331

Casa multigenerazionale St. Severin - Tinnum, Germania

Volquardsen Architekten, *"Neubau des Mehrgenerationenhauses St. Severin in Tinnum",* (Nuova costruzione della casa multigenerazionale St. Severin a Tinnum) tratto da http://architektsylt.de/2010/wettbewerbe_mehrgenerationenhaus.htm

Mixed-generation Housing - Straubing, Germania

Feddersen E., *"Wohnen im Alter, Wunsch und Wirklichkeit" (Residenze per anziani, desideri e realtà),* Detail, n.9, Settembre 2012, pag. 964

Casa multigenerazionale - Stadtroda, Germania

Architekturfabrik Ziemke, *"Mehrgenerationenhaus – Stadtroda",* tratto da http://www.a-f-z.de/architektur-stadtplanung/wohnungsbau/mehr-generationen-haus/

Casa delle generazioni - Eggersdorf, Austria

Tragatschnig U., *"Gerhard Mitterberger: Haus der Generationen, Eggersdorf, Steiermark – Für alt & jung",* Architektur Aktuell, 10-2013, tratto da https://www.architektur-aktuell.at/projekte/gerhard-mitterberger-haus-der-generationen-eggersdorf-steiermark-fuer-alt-jung

Vivienda dotacional – Barcellona

Cocco F., Pibiri R., *"Residenze sociali con servizi per anziani - La vivienda dotacional a Barcellona",* Barcellona, 2012

Feddersen E., *"Wohnen im Alter, Wunsch und Wirklichkeit" (Residenze per anziani, desideri e realtà),* Detail, n.9, Settembre 2012, pag. 950

Serrat S., Egea G., Garcia C., *"Viviendas dotacionales a Barcellona",* Abitaresociale, Settembre 2012 tratto da http://abitaresociale.net/2012/09/10/viviendas-dotacionales-a-barcellona/