

tesista
Gabriele Graziano De Luca

relatore
Giovanni Durbiano

la Casa del Parkinson.

POLITECNICO DI TORINO

Corso di Laurea Magistrale
in Architettura Costruzione Città

Tesi di Laurea Magistrale

La Casa del Parkinson (Architettura Neuro/positiva.)



Relatore
prof. Giovanni Durbiano

Candidato
Gabriele G. De Luca

Anno Accademico 2020/2021

indice

introduzione	p. 6		
1. DEFINIZIONE DEL TEMA: ARCHITETTURA NEURO/POSITIVA	p. 12		
1.1 la malattia di Parkinson	p. 13		
1.1.1 i sintomi	p. 15		
1.1.2 la diagnosi	p. 19		
1.1.3 la terapia	p. 20		
1.1.4 supporti assistenziali	p. 22		
1.1.5 punti in comune/differenze con l'Alzheimer	p. 24		
1.2 la percezione dello spazio	p. 27		
1.2.1 la percezione spaziale nella MdP	p. 30		
1.2.2 studio "Current Biology" di M. Basso	p. 35		
1.3 approccio architettonico	p. 38		
1.3.1 il "non luogo" della malattia	p. 40		
1.3.2 i principi di progettazione	p. 43		
1.3.3 city making	p. 58		
1.4 il Parkinson in Italia	p. 62		
2. IL PROCESSO PROGETTUALE	p. 66		
2.1 indagine conoscitiva	p. 70		
2.1.1 Nardò	p. 71		
2.1.2 area di intervento / Gerontocomio	p. 84		
2.2 mappatura delle controversie	p. 100		
2.3 vincoli e contratti	p. 108		
2.3.1 sintesi delle regole	p. 132		
		3. LA CASA DEL PARKINSON	p. 135
		3.1 lo scenario progettuale	p. 136
		3.2 le istanze progettuali	p. 137
		3.3 la nuvola documentale	p. 139
		3.4 i documenti	p. 146
		3.5 diagramma sincronico	p. 148
		3.6 il progetto	p. 152
		3.6.1 le suggestioni	p. 212
		bibliografia	p. 222
		sitografia	p. 229
		ringraziamenti	p. 235

introduzione

Qual è il rapporto esistente tra una malattia neurodegenerativa e l'architettura?

Come può un edificio abbandonato / mai utilizzato diventare un'importante opportunità di progetto ed investimento?

Il lavoro di tesi cerca di fornire la risposta a questi quesiti.

Alla prima domanda si è provato a rispondere attraverso la stesura di un saggio di ricerca, nato dalla volontà di indagare come lo spazio progettato possa incidere sul percorso riabilitativo della malattia neurodegenerativa del Parkinson. All'interno vi sono esposte le istanze di un soggetto affetto da tale patologia: i suoi vincoli, la sua percezione del mondo e il suo modo di vivere; è inoltre presente un approfondimento delle ricorrenze della malattia e la loro letteratura. Parallelamente all'aspetto teorico il saggio affronta anche l'elaborazione di una metodologia progettuale per strutture destinate a tale speciale utenza, avendo come obiettivo non solo quello di ridurre le difficoltà di comunicazione e socializzazione tra il paziente e l'ambiente assistenziale, ma di far sì che lo spazio fisico potesse assumere le valenze di fattore terapeutico nella cura della sua invalidità psichica e fisica.

L'approccio architettonico proposto è ottenuto combinando vari studi internazionali sulle modalità in cui l'ambiente modifica l'attività cerebrale di un soggetto e quindi il suo modo di vivere. La sfida è cercare di far coesistere nello stesso luogo due utenze differenti (ideale e comune), riducendo al minimo o addirittura eliminando le difficoltà relazionali. Un approccio di questo tipo è quello che potrebbe avere i maggiori effetti sulla quotidianità di un soggetto malato di Parkinson. La teoria e l'approccio architettonico del saggio di ricerca compongono il primo dei tre capitoli della tesi; gli altri due capitoli cercano di approfondire il tema del riuso e della riqualificazione degli immobili in stato di abbandono.

A supporto della tesi vi è il fatto che l'istanza ideale può essere analizzata solo dentro una contingenza reale in quanto essa stessa aiuta il processo riabilitativo del paziente, per questo l'obbligato passo successivo al saggio è stato quello di seguire e approfondire diversi progetti concreti che presentassero le caratteristiche richieste; insieme al relatore Giovanni Durbiano, la scelta è ricaduta sul Gerontocomio di Nardò (LE), un centro per anziani progettato nel 1975 dall'architetto Raffaele Panella e caduto in disuso subito dopo la sua realizzazione, con le istituzioni che non sono mai riuscite a risolvere il problema nell'arco di quasi trent'anni.

Il secondo capitolo riguarda il processo progettuale, l'indagine conoscitiva e la raccolta di dati e documentazioni utili alla narrazione.

Il terzo ed ultimo capitolo presenta il progetto della "Casa del Parkinson", ottenuto dopo un'analisi approfondita di vincoli normativi, delle richieste del Comune e delle istanze del modello ideale di utenza a cui il progetto è destinato. Lo scenario progettuale presentato cerca di mantenere un equilibrio tra le parti, mettendole in comunicazione costante e provando a far convivere gli interessi di tutti gli attori coinvolti nel processo.

In conclusione, si può affermare che il progetto della "Casa del Parkinson" andrà quindi ad approfondire, tra gli altri, questi due temi fondamentali: il recupero di un immobile con la sua valorizzazione, ed il suo inserimento nel processo riabilitativo di una malattia neurodegenerativa.



(fig. 1)
Assistenza ad una persona affetta da Parkinson
(fotografia di Matthias Zomer)
tutti i diritti sono riservati all'autore
in pexels.com



(fig. 2)
Particolare prospetto Nord Gerontocomio
(fotografia personale)

1.1 La malattia di Parkinson

DEFINIZIONE DEL TEMA: ARCHITETTURA NEURO/ POSITIVA.

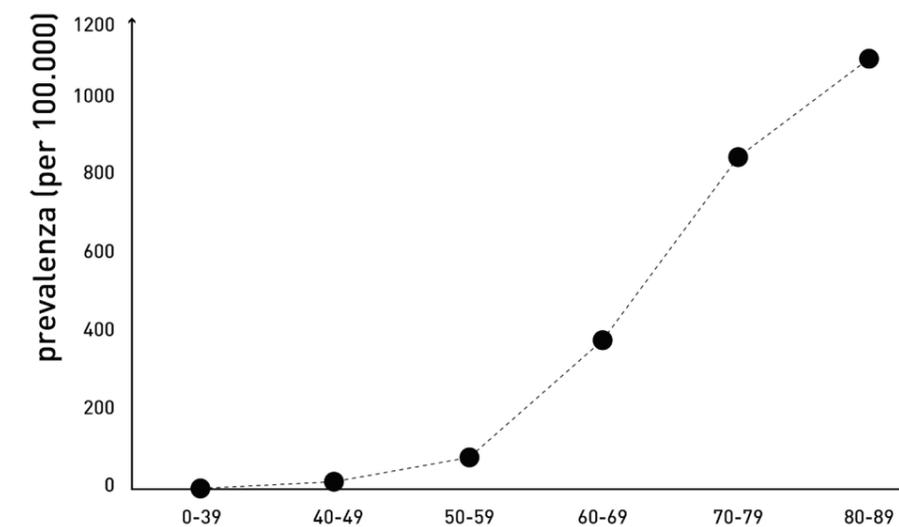
1.

“Il Parkinson è la seconda patologia neurodegenerativa più diffusa in tutto il mondo, ad evoluzione lenta ma progressiva, che coinvolge alcune funzioni quali il controllo dei movimenti e dell’equilibrio e quindi comporta disabilità. Fa parte di un gruppo di patologie definite «Disordini del Movimento»¹.

“La malattia è presente in tutto il mondo ed in tutti i gruppi etnici; si riscontra in entrambi i sessi, con una lieve prevalenza in quello maschile (60% vs 40%)”².

“L’età media di esordio è intorno ai 58-60 anni, ma circa il 5% dei pazienti può presentare un esordio giovanile tra i 21 ed i 40 anni; prima dei 20 anni è estremamente rara. Sopra i 60 anni colpisce 1-2% della popolazione, mentre la percentuale sale al 3-5% quando l’età è superiore agli 85”³.

La prevalenza media si attesta intorno ai 315 casi ogni 100.000 individui, ed aumenta con l’aumentare dell’età, fino a raggiungere i 1.903 casi su 100.000 soggetti nella popolazione con età superiore agli 80 anni.



(fig.3) (ri-elaborazione personale)
Età correlata nella Malattia di Parkinson
in C. Tanner et al, Epidemiology of Parkinson's disease, Neurol. Clin, 1996;

¹ Associazione Italiana Parkinsoniani – AIP. Informazioni e articoli scientifici disponibili on-line all'indirizzo <http://www.parkinson.it>

² ibidem

³ SNLG-ISS. Linee Guida 24 (2013), Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson, Disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.parkinson-italia.it>

“Questa patologia è causata dalla progressiva degenerazione dei neuroni della pars compacta (porzione compatta) della Substantia Nigra (Sostanza Nera), che producono dopamina, un neurotrasmettitore implicato in varie funzioni, tra le quali il controllo del movimento. Quando più del 60-70% dei neuroni di quest’area è degenerato compaiono i sintomi della malattia”.⁴

Essendo la malattia di Parkinson una patologia neurodegenerativa correlata all’età, la sua incidenza è destinata ad aumentare in seguito ad un progressivo invecchiamento della popolazione.

“In Italia si può calcolare che vi siano attualmente circa 230.000 persone affette dalla MdP. Si stima che circa il 5% di tutti i malati di Parkinson abbia un’età inferiore ai 50 anni mentre circa il 70% ha un’età superiore ai 65 anni (età media di esordio intorno ai 58-60 anni)”.⁵

“Data la progressione lenta, incostante ed il modo subdolo in cui si manifesta nelle fasi iniziali, i sintomi della malattia non vengono riconosciuti immediatamente. Per questo motivo, in quasi la totalità dei casi, la diagnosi è sviluppata in stadi già avanzati”.⁶

“Da punto di vista umano, prendersi cura di una persona che ha una malattia cronica ed evolutiva non è sempre facile, né per i familiari-care givers né per i professionisti sanitari. Attorno ad una persona malata (paziente) ruotano molte figure professionali diverse tra loro: questi professionisti della salute devono sempre essere in grado di relazionarsi al paziente in modo empatico, cercando di capire sia la sua situazione personale che la sua complessità globale.”⁷

Tutti i sintomi possono essere presenti o meno, in forma diversa per ciascun soggetto, più o meno grave,. Si distinguono sintomi iniziali, cardinali e secondari.

Sintomi iniziali e cardinali

- “*distonia*: disturbo del movimento caratterizzato da contrazioni muscolari involontarie;
- *tremore a riposo*: la maggior parte dei pazienti presenta un tremore che si nota quando la persona è a riposo (non compie movimenti)”;
- *rigidità*: aumento del tono muscolare e si caratterizza come una resistenza continua e costante durante la mobilitazione passiva dei segmenti articolari (ipertono plastico);
- *bradicinesia ed acinesia (lentezza nei movimenti)*: la bradicinesia è un rallentamento nell’esecuzione dei movimenti e dei gesti, mentre l’acinesia è una difficoltà ad iniziare i movimenti spontanei;
- *disturbo dell’equilibrio*: si presenta più tardivamente nel corso della malattia ed è un sintomo che coinvolge l’asse del corpo; è dovuto a una riduzione dei riflessi di raddrizzamento, per cui il soggetto non è in grado di correggere spontaneamente eventuali squilibri;
- *freezing*: incapacità temporanea di muovere i piedi durante il cammino (i piedi sembrano essere incollati al pavimento). Si manifesta prevalentemente quando il paziente deve iniziare la marcia, girarsi o passare attraverso le porte”.⁸

4 Rizzi B., Mori P., Scaglioni A. Mazzucchi A., Rossi M., *La malattia di Parkinson. Guida per pazienti e familiari*, Milano, Fondazione Don Gnocchi, 2013;

5 SNLG-ISS, op. cit.

6 Associazione Italiana Parkinsoniani – AIP, op. cit.

7 Cottin P. L., *Come essere amico di una persona malata*, Corbaccio, Milano, 2013;

8 Associazione Italiana Parkinsoniani – AIP. Informazioni e articoli scientifici disponibili on-line all’indirizzo <http://www.parkinson.it>

Sintomi secondari

- “marcia (disturbo del cammino): può essere compromessa già nella fase iniziale della malattia;
- postura camptocormia (postura curva): il tronco è flesso in avanti, le braccia sono flesse e vicino al tronco, anche le ginocchia sono flesse;
- voce: può essere più flebile (ipofonica) oppure può presentare una perdita di tonalità e di modulazione, che porta il paziente a parlare in modo piuttosto monotono;
- salivazione o scialorrea: la saliva si raggruppa nella parte posteriore della gola”.⁹

Sintomi non motori

- “disturbi cognitivi (demenza): si manifestano in tutte le fasi della malattia ma soprattutto in stadi avanzati. Le funzioni cognitive coinvolte sono le capacità visuo-spaziali, l’attenzione, la memoria e le funzioni esecutive (come la capacità di pianificare e di passare da una strategia all’altra);
- problemi urinari: la frequenza urinaria e l’urgenza sono sintomi frequenti che si manifestano soprattutto di notte;
- stipsi e altri problemi gastrointestinali: La funzionalità gastro-intestinale può essere rallentata in tutte le fasi della malattia. Si può presentare anni prima della comparsa dei sintomi motori;
- disautonomia: deriva da disturbi nella parte del sistema nervoso autonomo e porta a problemi di intestino e della vescica, impotenza, vertigini, pressione arteriosa ed eccessiva sudorazione.
- disturbi dell’olfatto: molti pazienti riferiscono disturbi nella capacità di avvertire gli odori;
- disturbi del sonno: sono frequenti e possono coinvolgere fino al 70% dei pazienti”;¹⁰

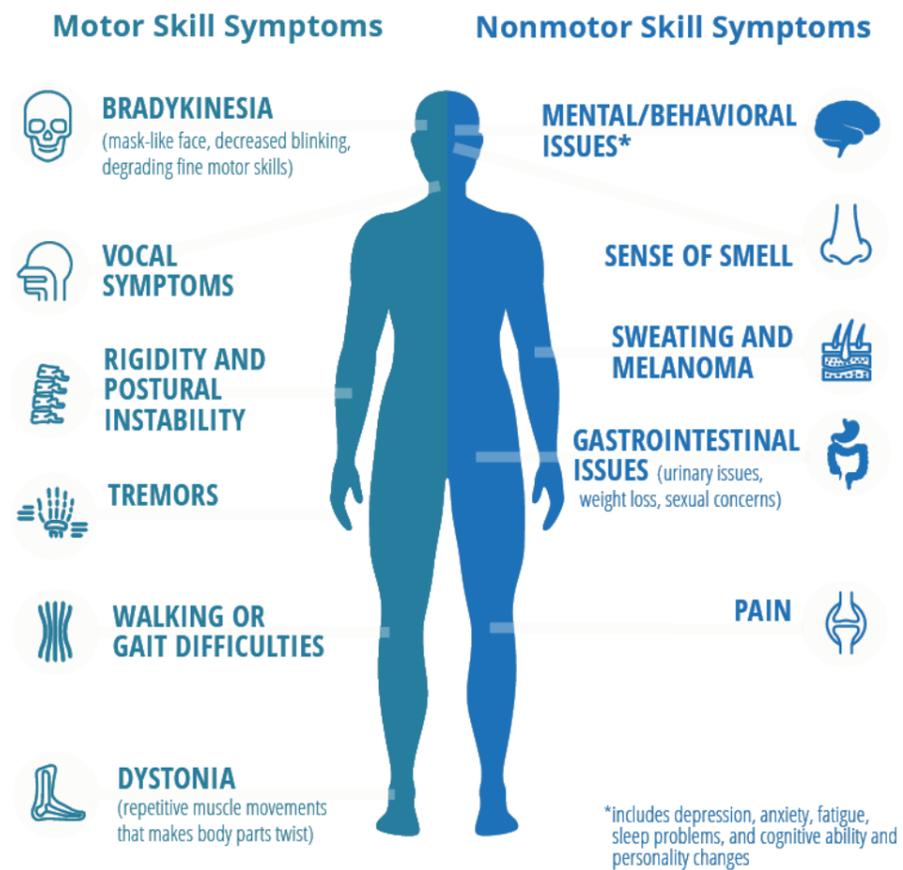
- “depressione, ansia e apatia: si verifica nel 50% delle persone. La depressione porta alla perdita di motivazione. Il disturbo d’ansia è un sintomo molto comune con un senso di apprensione, paura, preoccupazione;
- sintomi psicotici (rari): si possono manifestare tramite deliri, cioè convinzioni non consistenti con la realtà, a volte correlate alle allucinazioni”.¹¹

9 Associazione Italiana Parkinsoniani – AIP. Informazioni e articoli scientifici disponibili on-line all’indirizzo <http://www.parkinson.it>

10 ibidem

11 Associazione Italiana Parkinsoniani – AIP. Informazioni e articoli scientifici disponibili on-line all’indirizzo <http://www.parkinson.it>

1.1.2 la diagnosi



(fig. 4)
 Sintomi motori e non, nel malato di Parkinson,
 in parkinsons.stanford.edu

Per diagnosticare la malattia di Parkinson purtroppo non esistono dei test clinici specifici. Infatti la diagnosi si basa unicamente sull'osservazione da parte del medico dei sintomi presentati dal paziente, principalmente quelli motori. Nella pratica clinica la diagnosi viene effettuata valutando la presenza di problemi motori e la risposta del paziente alla somministrazione di farmaci a base di levodopa.¹²

Scale di valutazione

Per valutare la gravità e lo stadio della malattia di Parkinson vengono utilizzate delle scale internazionali che prevedono l'assegnazione di un punteggio al paziente, in base all'esito di diversi test, motori e non.

Le scale utilizzate sono:

- “scala UPDRS, Unified Parkinson’s Disease Rating Scale: suddivisa in 4 parti, consistenti in vari test ed esercizi”;¹³
- “scala Hoehn e Yahr: è utilizzata per descrivere la progressione del morbo di parkinson. Comprende gli stadi da 1 (minima disabilità) a 5 (paziente costretto a letto o su sedia a ruote)”.¹⁴

“La velocità della progressione della malattia varia considerevolmente da paziente a paziente. Con le terapie moderne i pazienti parkinsoniani, soprattutto quelli con esordio giovanile, possono vivere a lungo e convivere con la malattia per 30 anni e oltre”.¹⁵

¹² D. W. Dickson et al., *Neuropathological assessment of Parkinson’s disease: refining the diagnostic criteria*, *Lancet Neurol.*, vol. 8, no. 12, pp. 1150–1157, 2009;

¹³ Goldman JG. et al., *Movement Disorder Society*, s.l.,2011;

¹⁴ C. G. Goetz et al., *Movement Disorder Society-Sponsored Revision of the Unified Parkinson’s Disease Rating Scale (MDS-UPDRS)* vol. 23, no. 15, pp. 2129–2170, 2008;

¹⁵ Associazione Italiana Parkinsoniani – AIP, in parkinson.it

1.1.3 la terapia

Ad oggi non esiste un trattamento risolutivo, infatti la cura non è ancora stata trovata. “La terapia farmacologica è essenzialmente sintomatica ed ha lo scopo di ovviare alla carenza di dopamina.”¹⁶

Terapie complementari e spazi funzionali

- *“terapia fisica:* la riabilitazione motoria del paziente affetto dalla malattia di Parkinson deve essere volta alla mobilitazione articolare, al rafforzamento muscolare, ma deve anche attivare il più possibile i meccanismi mentali che conducono all’esecuzione volontaria dei gesti la cui automaticità è persa;
- *ginnastica:* gli esercizi dovrebbero far parte delle attività quotidiane del paziente. Devono essere comunque prescritte dal medico”;¹⁷
- *tecnica Alexander:* è un modo per imparare come eliminare le tensioni dannose nel corpo;
- *pilates:* è un sistema di esercizi che si concentra sullo stretching e il rafforzamento di tutto il corpo;
- *aromaterapia:* nota anche come terapia con olio essenziale, può essere definita come l’arte e la scienza di utilizzare essenze aromatiche naturalmente estratte dalle piante per bilanciare, armonizzare e promuovere la salute del corpo, della mente e dello spirito;
- *massaggio:* può favorire il rilassamento e il benessere, migliorare la circolazione e alleviare il dolore;
- *riflessologia:* funziona applicando pressione, usando speciali tecniche manuali, a specifiche aree sui piedi che si riferiscono agli organi, alle ghiandole, ai muscoli e alle ossa del corpo;
- *agopuntura:* è una forma di medicina complementare in cui un terapeuta inserisce aghi sottili in aree specifiche del corpo per aiutare con una varietà di disturbi;
- *“chirurgia:* stimolazione cerebrale profonda (deep brain stimulation o DBS) come trattamento della malattia di Parkinson, quando la

terapia farmacologica non è più in grado di ben controllare le varie manifestazioni patologiche della malattia”;¹⁸

- *memory training:* il trattamento consiste nell’ indurre il soggetto ad associare spontaneamente le cose da ricordare, a persone, animali, episodi e momenti appartenenti al proprio vissuto;
- *pet Therapy:* lo scopo del suo impiego è basato sulla certezza che la presenza di un animale migliora, da un punto di vista psicologico, la vita dell’individuo, diminuendo la solitudine e la depressione, agendo da supporto sociale, dando un impulso alla cura di se stessi e diventando una fonte di attività quotidiane significative;
- *musicoterapia:* questa metodica si propone di favorire l’espressione non verbale delle emozioni tramite il movimento, la danza e il suono di strumenti;
- *“art Therapy:* è stato dimostrato che riduce lo stress, abbassa la pressione sanguigna e migliora la destrezza; aiuta a mantenere il controllo del proprio corpo, dona un senso di individualità al soggetto e a coloro che hanno problemi di voce, dona una forma di espressione. Il laboratorio artistico è uno spazio sicuro in cui i malati riescono a rilassarsi e spostare l’attenzione dalla loro disabilità”;¹⁹
- *nuoto:* aiuta la circolazione, la riabilitazione motoria e favorisce il benessere mentale.

¹⁶ Associazione Italiana Parkinsoniani – AIP. Informazioni e articoli scientifici disponibili on-line all’indirizzo <http://www.parkinson.it>

¹⁷ M. Onofrij, A. Thomas, *Terapia non farmacologica*, in parkinson.it

¹⁸ M. Onofrij, A. Thomas, op. cit

¹⁹ ibidem

1.1.4 i supporti assistenziali

Il supporto assistenziale è molto sviluppato, inoltre negli ultimi anni si parla molto di rete, cioè una sorta di ombrello protettivo intorno al paziente e alla sua famiglia, consistente nella condivisione di informazioni sulla malattia e contatti continui tra i diversi centri dedicati. I vari servizi disponibili, a cui il caregiver si può rivolgere sono:

- *associazioni di volontariato*: forniscono corsi di formazione e informazione per familiari, operatori e badanti;
- *SAD (Associazione socio-assistenziale)*: sostenuta dai comuni, l'associazione ha la finalità di aiutare, presso il proprio domicilio, chiunque si trovi in condizioni di temporanea o permanente necessità di aiuto per la gestione della propria persona e della propria casa;
- *ADI (Assistenza domiciliare integrata)*: consiste in un insieme di trattamenti sanitari e socio-sanitari erogati a casa delle persone non autosufficienti;
- *Centri diurni e permanenti*: strutture semiresidenziali (o residenziali) di tipo assistenziale-integrato; ad essi afferiscono soggetti affetti dalla malattia e precedentemente valutati presso Centri specializzati. Il soggiorno presso questi centri ha una doppia finalità: allontanare lo spettro della solitudine dei pazienti e dei loro familiari e migliorare la qualità della vita di entrambi. Presso il centro diurno si attivano percorsi che hanno l'obiettivo: di ridurre l'impatto dei deficit cognitivi sulla vita quotidiana, di sollecitare le abilità cognitive residue atte a vicariare quelle deficitarie, di favorire il recupero o l'attivazione di componenti relazionali e di socializzazione. A tal fine vengono individuati e messi in atto i seguenti interventi: sollecitazione sensoriale, emozionale e cognitiva; riabilitazione ecologica in ambiente domestico contestualmente ad un percorso di tipo formativo ed informativo dei caregiver; terapia cognitiva individuale.

Ci sono diverse figure professionali coinvolte: responsabile scientifico,

psicologo, assistente sociale, infermiere, OSS, educatore, terapeuta. Inoltre è attiva una segreteria organizzativa con finalità di informazione e funzione di segretariato sociale.

- *ricoveri a scopo diagnostico*: sono di due tipi, ovvero il Day Hospital e le Memory Clinic, rivolte a soggetti che non necessitano di ricovero continuo. Le figure assistenziali che intervengono nei vari momenti sono: neurologo, geriatra, psicologo, riabilitatore cognitivo e logopedista;
- *ricoveri a scopo terapeutico*: si dividono in ospedalizzazione a domicilio che rappresenta un'alternativa al ricovero in ospedale: ricoveri di sollievo ovvero ricoveri per problemi comportamentali; nuclei, ovvero aree di cura ed assistenza destinati a malati che presentano disturbi del comportamento; IDR, acronimo di Istituti di riabilitazione;
- *ricoveri a scopo assistenziale*: si classificano in Nursing Home, istituti di assistenza per soggetti cronici; RSA (residenza sanitaria assistenziale) con collocazione del paziente quando è non autosufficiente, quando non può essere assistito a domicilio e non presenta patologie acute o necessità riabilitative tali da richiedere ricovero in ospedale o in residenza sanitaria;
- *caffè*: luogo di incontro per i malati e i loro caregivers dove poter respirare un'atmosfera accogliente e rilassata; possono essere inseriti nelle RSA o nei centri diurni o specializzati. Il primo è stato un Alzheimer Caffè, ideato dal Dr. Bere Miesen a Lieden nel 1997, all'interno della Sala Conferenze dell'Università.

I servizi di un centro specializzato possono essere vari: laboratorio di Analisi, radiologia, ecografia, cardiologia, pneumologia; ufficio e reception accettazione, farmacia, vari ambulatori, lavanderia, biblioteca, parrucchiere/estetista, bar, locali per il culto (assistenza religiosa), sala convegni e centro conferenze.

1.1.5 punti in comune e differenze con la malattia di Alzheimer

Gli studi architetonici riguardanti il morbo di Alzheimer sono molto sviluppati e risultano perfettamente applicabili anche al morbo di Parkinson, nonostante molte istanze della cosiddetta "dementia-friendly architecture" siano superflue e molte altre devono essere aggiunte. Per capire quali istanze aggiungere e quali rimuovere è sufficiente un breve confronto tra le due malattie. "Sono patologie spesso confuse tra i meno esperti, perché hanno effettivamente avere sintomi simili, specie nelle fasi terminali, tuttavia eziologia, zona colpita, trattamenti e sintomi caratteristici sono per lo più diversi".²⁰

Differenze

- età di insorgenza: il Parkinson colpisce soggetti con un'età media inferiore di circa 5 anni.
- numero di persone colpite: l'Alzheimer è molto più comune del Parkinson.
- cambiamenti fisici nel cervello: l'Alzheimer e il Parkinson iniziano in due diverse aree del cervello.
- umore: i cambiamenti dell'umore sono comuni in entrambe le malattie ma sembra che possano essere più facilmente modificati con il trattamento nei pazienti con il Parkinson;
- Nell'Alzheimer, la difficoltà di movimento si sviluppa solitamente nelle fasi successive della malattia.

Sintomi comuni

Le due patologie sono distinguibili solo nelle fasi iniziali. Il malato di Alzheimer presenta disturbi comportamentali e di memoria, mentre il malato di Parkinson presenta disturbi motori. Nelle fasi avanzate della patologia nel soggetto affetto da Parkinson insorgono problemi cognitivi e comportamentali che si manifestano nella comparsa di demenza. Quando il malato di Alzheimer è costretto su sedia a ruote, non presenta differenze significative con il Parkinsoniano.

²⁰ Differenza tra morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson: sintomi comuni e diversi, in medicinaonline.co

"Entrambe le patologie presentano difficoltà di orientamento, di percezione visiva e spaziale e demenza: in questo caso Alzheimer e Parkinson sono effettivamente sovrapponibili.

Sia il morbo di Alzheimer che il morbo di Parkinson sono ancora incurabili".²¹

²¹ Differenza tra morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson: sintomi comuni e diversi, in medicinaonline.co

1.2 la percezione dello spazio

Una caratteristica della malattia di Parkinson è quella di causare disfunzioni a livello sensoriale di percezione dello spazio. Per capire le difficoltà che i soggetti interessati provano, bisogna capire, in linee generali, cosa si intende per percezione spaziale e perchè è fondamentale in un progetto di architettura.

“La percezione spaziale è la capacità degli esseri umani di essere a conoscenza della loro relazione con l’ambiente nello spazio che li circonda; lo spazio è composto da oggetti, elementi, persone, ecc. ma è anche parte del nostro modo di pensare, dal momento che è il luogo in cui riuniamo tutti i dati dalla nostra esperienza vissuta”.¹

Come dice “Berthoz: «non c’è percezione dello spazio o del movimento, non esiste vertigine o perdita di equilibrio, non ci sono carezze date o ricevute, suoni emessi o uditi, gesti di cattura o di presa che non siano accompagnati da emozioni o non ne provochino»”.²

“Di conseguenza le persone dotate di attitudini emozionali ben sviluppate disturbano al minimo le proprie capacità di percezione (spaziale) e allo stesso tempo, coloro che hanno difficoltà comportamentali ed attitudini emozionali distorte, presentano difficoltà a rapportarsi con lo spazio circostante. Le azioni parallele ai cinque sensi sono:

- lettura dello spazio: per conoscere uno spazio bisogna elaborare dei sistemi di approccio;
- memoria dello spazio: vivere nello spazio implica una memorizzazione per poter «riutilizzare» luogo;
- percezione dello spazio in movimento: i movimenti comportano la velocità e possono disturbare la percezione, ma offrono il vantaggio di presentare diversi punti di vista successivi;
- orientamento nello spazio: lo spazio ci pone dei problemi, l’essere umano non è in grado di raggiungere un determinato luogo senza ricordi o conoscenza”.³

È difficile gerarchizzare le diverse facce della percezione dello spazio, ma è possibile esaminarle separatamente o nelle loro varie

¹ Cos’è la Percezione spaziale?, in cognifit.com;

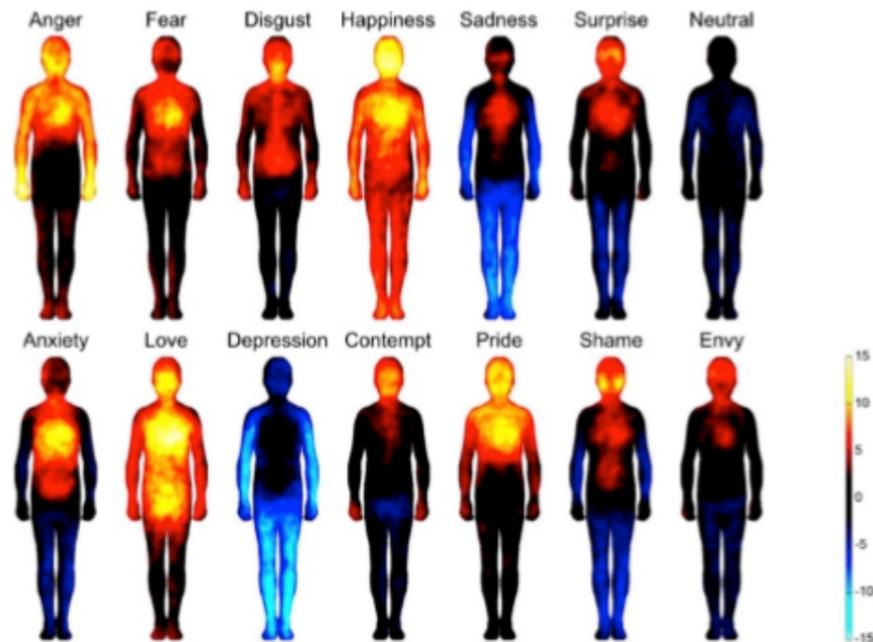
² Berthoz, A.: Le sens du mouvement, Odile Jacob, Paris, 1997;

³ Percezione dello spazio, molto più dei sensi, in mobilesport.ch



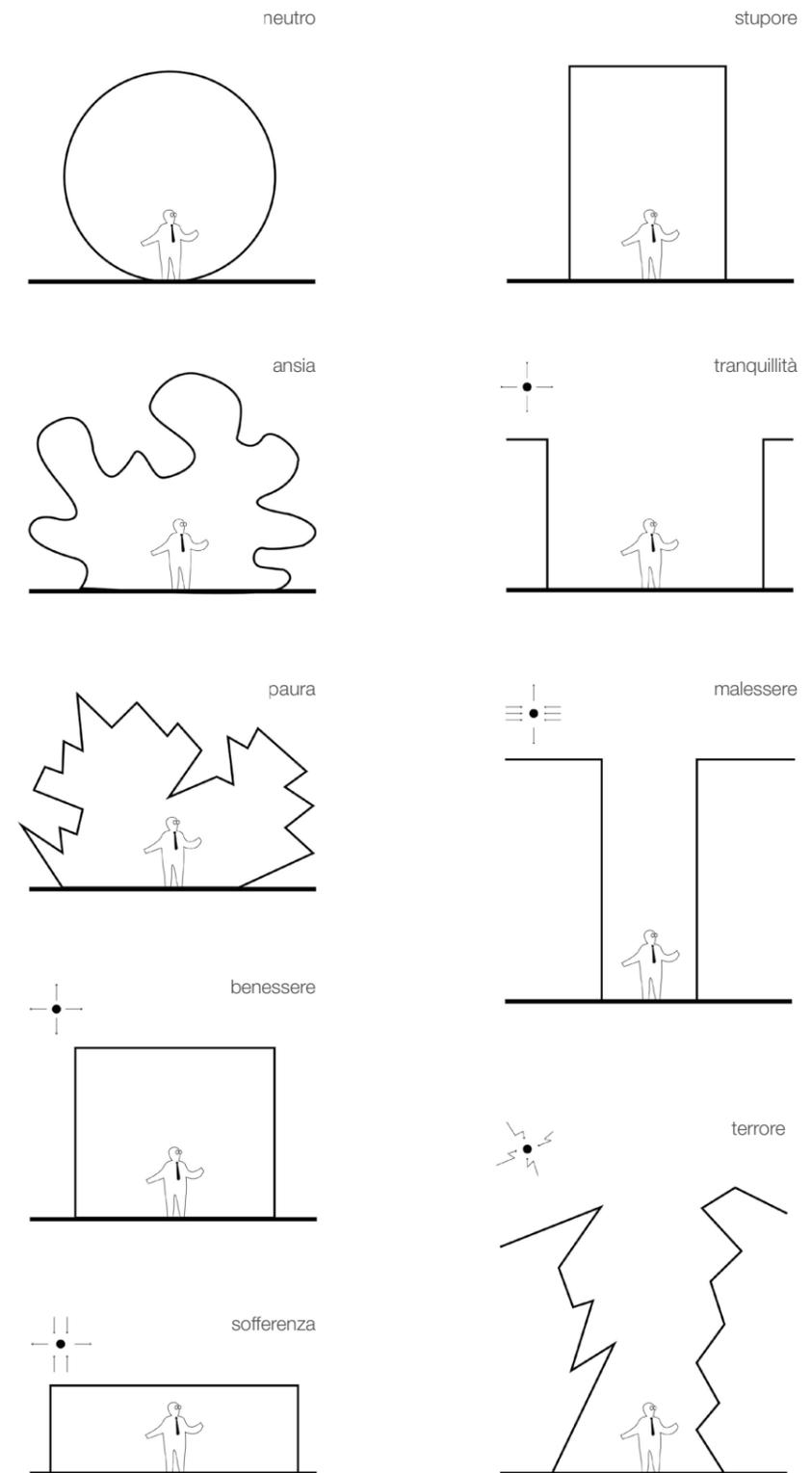
(fig. 5)
(fotografia di Vlad Chetan)
tutti i diritti sono riservati all'autore
in pexels.com

combinazioni. Le difficoltà comportamentali, legate alla difficoltà di ottenere buone informazioni circa l'ambiente circostante, causano gravi disagi nei soggetti affetti dalla malattia, che potrebbero essere migliorati attraverso l'architettura. Ogni ambiente provoca uno stato d'animo diverso ad ogni essere umano e, se quest'ultimo è affetto da una malattia neurodegenerativa, questa influenza è ancora più forte. Per questo motivo, in un progetto architettonico bisogna prestare attenzione alle forme utilizzate, alla volumetria degli spazi, all'altezza delle stanze e alla presenza di spigoli più o meno accentuati, perchè ogni ambiente provoca uno stato d'animo diverso ad ogni essere umano e, **se quest'ultimo è affetto da una malattia neurodegenerativa, questa influenza è ancora più forte.**



(fig. 6)

Topografia corporale delle emozioni basiche (positive) e non basiche (negative). La mappa del corpo mostra le regioni la cui attivazione è intensa (colori caldi) o debole (colori freddi) quando proviamo determinate emozioni. La barra indica il range t-statistic. Queste termografie ci fanno capire come sensazioni di benessere coinvolgono l'intero organismo, mentre sensazioni di neutralità o depressione invece inducono uno stato di apatia nei confronti degli stimoli provenienti dall'ambiente costruito; in F. Ferrari, Architettura e percezione degli spazi: nuove prospettive, Milano, 2018.



(fig.7) (ri-elaborazione personale)

Stato d'animo relativo all'ambiente costruito, in F. Ferrari, Architettura e percezione degli spazi: nuove prospettive, Milano, 2018.

1.2.1 la percezione spaziale nella MdP

Funzioni visuospatiali

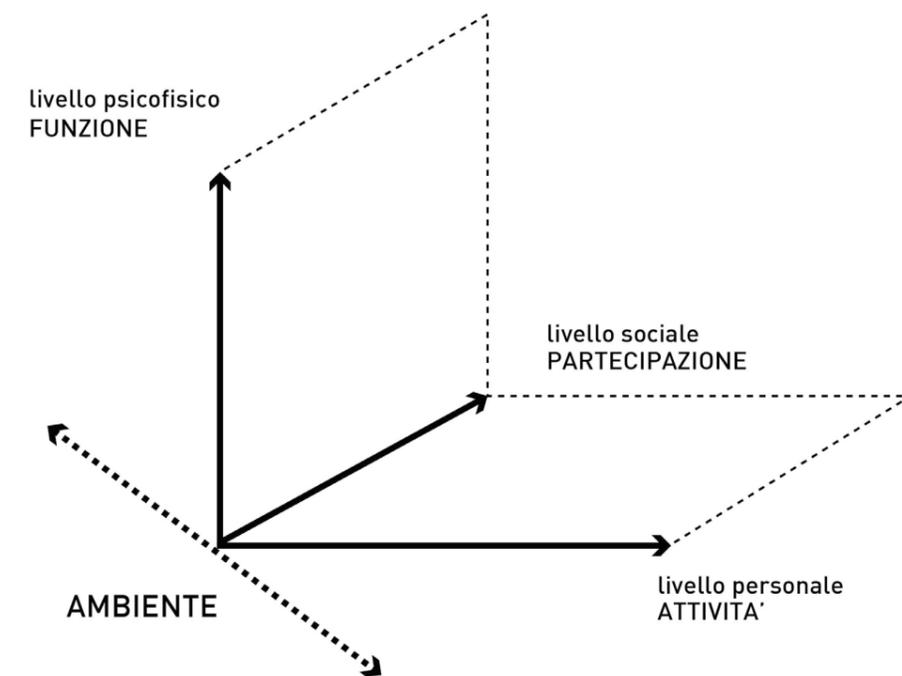
I Deficit visuospatiali, come già asserito in precedenza, sono stati riscontrati ripetutamente in pazienti con malattia di Parkinson (MdP). La loro precisa natura e significato, tuttavia, rimangono controversi. Mentre si afferma spesso che le menomazioni visuospatiali primarie iniziano presto nella malattia, altri sostengono che le scarse prestazioni nei compiti visuospatiali riflettano l'artefatto metodologico. Sono descritte cinque categorie di funzioni spaziali:

- analisi visiva e sintesi;
- giudizio di direzione,
- orientamento e distanza;
- prassi costruttiva;
- attenzione spaziale.

Le linee guida proposte per la ricerca includono l'uso di definizioni concettuali piuttosto che operative dell'abilità spaziale visiva, maggiore attenzione nel separare le componenti spaziali da quelle non spaziali e studi che esaminano i meccanismi di base della visione. Il funzionamento visuospatial nei pazienti con malattia di Parkinson è stato studiato utilizzando misure neuropsicologiche di percezione visiva di base, discriminazione percettiva complessa e orientamento spaziale. Sono stati descritti tre sottogruppi di pazienti:

- con capacità visuospatiali ampiamente compromesse;
- con abilità leggermente intatte;

la cui prestazione su un compito di orientamento spaziale è inferiore alla prestazione su un compito di percettiva complessa discriminazione.



(fig.8) (ri-elaborazione personale)
Ambiente come elemento di connessione tra i tre livelli della persona,
in C. Tanner et al, Epidemiology of Parkinson's disease, Neurol. Clin, 1996;

Recentemente, il declino della funzione cognitiva è stato riconosciuto come una caratteristica fortemente intrinseca della MdP.

Esistono tuttavia diversi problemi metodologici in quest'area di ricerca che potenzialmente confondono l'interpretazione dei dati e devono essere presi in considerazione, tra cui:

le caratteristiche del soggetto (ad es. età, sesso ed educazione), durata della malattia, livello attuale di disabilità, presenza di depressione emotiva, il livello attuale dei farmaci e la presenza di demenza.

I test che hanno mostrato deficit visivo-spaziali inoltre sono spesso complessi, mostrando sensibilità anche ad altri processi cognitivi. Un altro problema in quest'area di ricerca è la mancanza di una chiara comprensione dei meccanismi cerebrali che sono alla base dei deficit visivi-spaziali. Le disfunzioni gangliari frontali e basali non sembrano spiegare interamente i deficit cognitivi visivi-spaziali osservati nel MdP.

Studi a supporto

I due i più famosi e importanti studi a riguardo sono:

- studio Lazazaruk: sono stati trovati deficit visivo-spaziali su compiti che coinvolgono lo stimolo visivo da un fondo di distrazione e sul riconoscimento facciale. I deficit riguardanti l'abilità visiva spaziale su compiti che coinvolgono il giudizio di verticalità e orizzontalità, così come i test di assemblaggio di oggetti, (della Scala di intelligenza per adulti Wechsler) hanno indicato dei risultati non coerenti, con risultati discrepanti sui compiti del riconoscimento facciale e sulla valutazione dell'orientamento;
- studio Waterfalland Crowe: è stata condotta una meta-analisi sulla letteratura scientifica pubblicata tra il 1965 e il 1993, che riporta i dati di 70 studi. In questa analisi hanno scoperto che i deficit sono stati trovati in modo non avveduto su test standardizzati di spazialità visiva come l'assemblaggio di oggetti di Wechsler. Sono state considerate misure di abilità visuale-spaziale (come la valutazione dell'orientamento) che invece hanno rivelato deficit consistenti negli individui con MpD. Inoltre è stato scoperto che i test di riconoscimento facciale e memoria visuale-spaziale rivelano deficit coerenti in soggetti con MpD.

I risultati di questi studi recenti indicano che la malattia di Parkinson è associata a deficit di spazialità visiva che coinvolgono la chiusura spazio-visiva e l'orientamento spazio-visivo.

Considerando che la funzione dell'esecutivo frontale (che spiega i deficit visivi-spaziali) riscontrati nella MpD sarebbe coerente con le attuali teorie dei deficit cognitivi, i risultati dei deficit visivi-spaziali, indipendenti dalla disfunzione del dirigente frontale, suggerirebbero che siano influenzati altri processi neuropsicologici.

Saranno necessarie ulteriori ricerche sull'abilità visivo-spaziale per

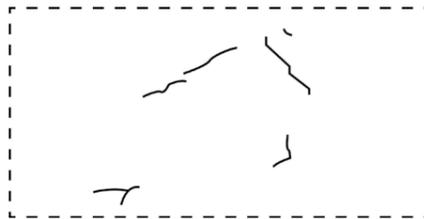
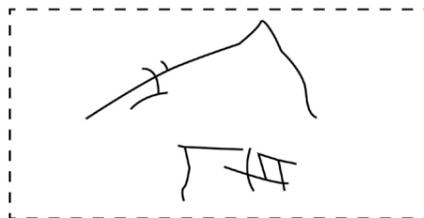
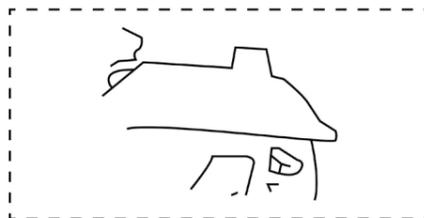
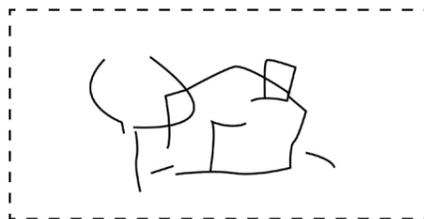
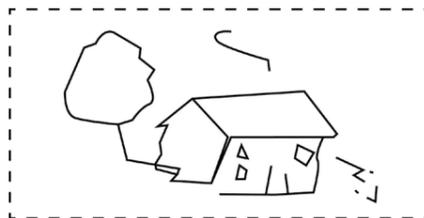
confermare questi risultati e per elaborare la natura della complessa relazione tra capacità visuale-spaziale e funzione frontale-esecutiva; e vi è la necessità di effettuare ulteriori studi per esaminare la relazione tra capacità visivo-spaziale e funzione dopamina nella MpD.

I risultati secondo cui la funzione della dopamina influenza direttamente l'abilità visivo-spaziale sarebbero coerenti con le attuali teorie, mentre i risultati secondo cui l'abilità visivo-spaziale non è influenzata dalla dopamina suggerirebbero che altri processi neurologici siano coinvolti nei deficit cognitivi.

Questa ricerca è necessaria per chiarire i meccanismi sottostanti associati alla malattia di Parkinson che influenzano il riconoscimento e la percezione spaziale, nonché identificare quei fattori che mediano questi effetti, sperando che conducano a trattamenti migliori per questa condizione medica.

In conclusione, è dato per certo che nella MdP vi siano difficoltà nell'abilità visivo-spaziale e che la percezione dello spazio sia alterata, ma gli studi effettuati non sono giunti ancora a dei risultati coerenti tra di loro.

1.2.2 studio “Current Biology” di M. Basso



(fig.9) (ri-elaborazione personale)
La depressione della percezione spaziale,
in minbrain.org.Clin, 1996;

La docente di neuroscienze dell'Università della California di Los Angeles, nel dipartimento “UCLA Brain Research Institute”, Michele Basso, ha coordinato una ricerca che ipotizza che i disturbi del movimento sarebbero causate da disfunzioni della percezione sensoriale dello spazio e non da alterazione del movimento in sé.

“M. Basso: «alcune alterazioni della mobilità nei malati di Parkinson potrebbero essere correlate all'alterazione delle funzioni cognitive, piuttosto che all'alterazione dei movimenti in sé»”⁴

Recentemente la ricerca è stata pubblicato su “Current Biology”, una rivista scientifica bisettimanale.

Lo studio

“Allo studio hanno partecipato 30 Parkinsoniani in fase iniziale e senza malattie neurologiche precedenti e 102 giovani adulti sani. Sono state escluse le persone affette da demenza, depressione o che non avessero una visione corretta (ad esempio i daltonici); inoltre i pazienti con Parkinson, durante lo studio, hanno continuato ad assumere regolarmente i propri farmaci; per valutare la capacità visiva dei partecipanti, i ricercatori hanno usato delle immagini composte da puntini alle quali erano sovrapposte le stesse immagini a puntini in una diversa direzione, a destra o a sinistra; ai partecipanti venivano poi mostrate una serie d'immagini in bianco e nero e in rosso e verde, di vari livelli di complessità. Loro avrebbero dovuto capire in quale verso erano state copiate le immagini; durante lo studio sono state utilizzate telecamere apposite per tracciare movimenti degli occhi, mentre i pazienti dichiaravano la loro risposta attraverso due tasti «destra» o «sinistra».”⁵

⁴ Perugini A., Ditterich J., Basso M., *Patients with Parkinson's Disease Show Impaired Use of Priors in Conditions of Sensory Uncertainty*, Current Biology, Elsevier, 2016;

⁵ ibidem

Risultati ottenuti

“Quasi tutti hanno risposto bene alle domande con immagini semplici, con un 90% di risposte corrette. Con le immagini più complesse sono iniziate le difficoltà, soprattutto il gruppo dei pazienti affetti da Parkinson ha riscontrato problemi nel capire la direzione dei puntini sovrapposti;

«L'opinione comune è che il Parkinson sia una malattia del movimento, ma questi dati suggeriscono che la malattia altera i processi cerebrali in un modo molto più complicato. Questo studio dimostra che i malati di Parkinson hanno problemi nel combinare segnali sensoriali, della percezione e della memoria», conclude Basso; i ricercatori ora vorrebbero proseguire gli studi per comprendere i fattori neurologici coinvolti nella disfunzione per confermare che si tratti di un sintomo indipendente dai livelli di dopamina.”⁶

⁶ Perugini A., Ditterich J., Basso M., op. cit.



(fig. 10)
Rendering del progetto "Alzheimer's Village", in Dax, di NORD Architects, che segue i principi della Dementia-Friendly Architecture (NORD Architects)
tutti i diritti sono riservati all'autore
jn thespaces.com

1.3 approccio architettonico

La ricerca nasce dalla volontà di indagare come lo spazio progettato possa incidere sul percorso riabilitativo della malattia neurodegenerativa del Parkinson.

Si è provato ad elaborare una metodologia progettuale per strutture destinate a tale speciale utenza, avendo come obiettivo non solo quello di ridurre le difficoltà di comunicazione e socializzazione tra il paziente e l'ambiente assistenziale, ma di far sì che lo spazio fisico potesse assumere le valenze di fattore terapeutico nella cura della sua invalidità psichica e fisica.

L'approccio architettonico proposto è ottenuto combinando vari studi internazionali sulle modalità in cui l'ambiente modifica l'attività cerebrale di un soggetto e quindi il suo modo di vivere.

Lo spazio progettato deve essere reso di facile lettura, ricco di elementi di riferimento e di luce naturale; deve essere uno spazio comprensibile, di facile lettura; deve comunicare naturalezza e tranquillità all'utente, che deve sentirsi come a casa.

Nonostante il Parkinson sia tutt'ora considerata una malattia incurabile, aiuta il fatto che possa essere trattabile in modo tale da garantire un'accettabile qualità di vita per i pazienti e per coloro che con essi interagiscono.

“Un ambiente concepito, strutturato e realizzato in rapporto alle ridotte capacità ed al disagio quotidiano che questi pazienti esprimono diventa così il presupposto indispensabile per prevenire il verificarsi di quegli stati reattivi e depressivi che compromettono, in buona parte, l'attuabilità di efficaci trattamenti terapeutici. Lo spazio fisico, con i suoi connotati morfologico-dimensionali, funzionali ed ambientali può promuovere la sicurezza, può contenere la paura, può facilitare l'orientamento, può ridurre il senso di frustrazione attraverso la

sensazione di sicurezza che il malato deve percepire, può ridurre le difficoltà motorie del paziente;

la componente percettivo/sensoriale deve diventare prevalente rispetto a quella funzionale nei criteri di concezione e progettazione degli spazi poiché tutto ciò può avvenire anche in uno stato di inconsapevolezza; la difficoltà se non l'impossibilità da parte dei malati di ricorrere a conoscenze ed informazioni che hanno sede nella perdita memoria spingono a valorizzare ed enfatizzare quegli attributi spaziali di natural mapping grazie ai quali l'ambiente contiene in se ed esprime da se le conoscenze necessarie per la sua corretta fruizione”.¹

Uno degli obiettivi della ricerca è quello di creare degli ambienti privi, oltre che delle barriere architettoniche, anche delle barriere psicofisiche, che non sono “concrete”, non sono visibili dagli occhi di un qualsiasi soggetto, ma rendono difficoltoso l'approccio all'ambiente agli utenti con malattie neurodegenerative.

“L'immagine architettonica complessiva dello spazio funge da elemento di riferimento costante per il paziente.”²

¹ R. Del Nord, *Architettura per l'Alzheimer, il Malato di Alzheimer e l'ambiente*, Edizioni regione Toscana, Firenze, 2002;

² ibidem

1.3.1 il “non luogo della malattia”

La seguente riflessione ricalca ed è influenzata dalle parole dello scrittore e psichiatra Peppe Dell'Acqua, che così si esprimeva riguardo i luoghi della malattia (come centri psichiatrici, luoghi di cura, ecc.) in una premessa del volume “Abitare la soglia”, ed è perfetto per descrivere l'intento e l'approccio progettuale verso la Casa del Parkinson, che ha la necessità di non chiudersi in se stessa:

“L'obiettivo iniziale è quello di non riproporre un luogo della malattia, cercando di evitare gli errori fatti in passato con l'istituzione dei manicomi e dei centri specializzati, riguardanti malattie psichiatriche, malattie neurodegenerative e demenza. Il rapporto tra neuroscienze ed architettura ha una storia profonda, lunga e ricca di suggestioni. Tra la seconda metà dell'800 e l'inizio del '900 il grande progresso in campo scientifico interessa anche il campo medico, con scoperte che generano grandi aspettative.

L'atmosfera culturale della fine del secolo dominata dall'ottimismo positivista orienta una forte convergenza tra medicina e architettura. Gli architetti immaginano e disegnano stabilimenti sorprendenti per il rigore funzionale, la cura del dettaglio, la sperimentazione delle più avanzate tecniche costruttive. Riescono a fondare città che incarnano le promesse della psichiatria, separate e autarchiche. Le cittadelle dell'utopia presto riveleranno il loro vero mandato: separazione dei pazzi dai normali, infermi da normodotati, difesa dalla pericolosità e dall'imprevedibilità della malattia. Luoghi di cura e custodia, di sequestro e di reclusione. Con la consapevolezza di questa storia così densa e del fallimento delle (false) promesse della psichiatria, l'architettura contemporanea può meglio giocare nel campo della salute le preziose esperienze di cui dispone e contribuire a migliorare la terapia dei disturbi mentali, della demenza e di ogni malattia.

I nuovi luoghi, dagli ambulatori alle comunità terapeutiche, dai servizi psichiatrici ospedalieri ai centri diurni, ai day hospital, ai centri di

Il progetto non è il luogo della malattia, è chiara la fondamentale importanza dello studio del territorio, dei luoghi della città ospitante, della dimensione delle relazioni possibili: [Il nuovo centro per la malattia del Parkinson] può diventare, negando la sua pretesa natura sanitaria, un luogo di transito, una piazza, un mercato; non ci sono porte chiuse, tutte le forme di contenimento sono bandite. Un luogo che vuole vedersi abitato non soltanto dai pazienti, non vuole essere progettato solo per i pazienti o solo per la loro cura.

Un luogo che progetta un suo dentro senza mai perdere di vista il fuori; anzi l'attenzione ossessiva al fuori, ai rapporti tra le parti, che pretende la cura del dentro. Tra il dentro e il fuori si disegna una soglia che definisce il luogo dell'incontro, dell'ascolto, dell'aiuto, della terapia, in una sorta di contiguità tra la casa delle persone, gli spazi del rione, i luoghi collettivi; la soglia è il luogo; il centro allora oltre che essere un luogo bello, accogliente, confortevole, deve coltivare la vocazione a essere punto di passaggio, confine, attraversamento; disporsi instancabilmente tra lo star bene e lo star male, tra la normalità e la anormalità, tra il regolare e l'irregolare, tra il singolo e il gruppo, tra le relazioni plurali e la riflessione singolare, tra gli spazi dell'ozio e dell'attività. Un luogo dove le dichiarate intenzioni terapeutiche e le scelte strutturali, costruttive, urbanistiche garantiscono le persone a essere ospiti senza rinunciare alla possibilità di appropriarsi del luogo.

Oggi immaginare e progettare luoghi diversi significa disarticolare completamente il paradigma della medicalizzazione, interrogarsi sulla natura della malattia, ascoltare le persone che vivono l'esperienza della malattia per scoprire alla fine che i luoghi della cura altro non sono che i luoghi del quotidiano.

L'operazione non è semplice, poiché condiziona, è condizionata e confonde. Per progettare questo luogo bisogna ascoltare le persone, ma le persone a cui è indirizzato sono varie; quindi la domanda

1.3.2 i principi di progettazione

principale è chi bisogna ascoltare; se ci dobbiamo rivolgere ai medici, ai pazienti, agli infermieri, alla sicurezza o ai familiari. Tutti hanno una visione differente, tutti prediligono determinati elementi e caratteristiche e nessuno riuscirà mai ad avere il punto di vista dell'altro.

È il luogo del non definito, del non costruito, della non certezza, ma anche il luogo della rassicurazione, della ricomposizione, della riflessione. La vivibilità del centro deve fare i conti con tutto questo. Garantire la permeabilità, la contaminazione e l'uso collettivo degli spazi e la possibilità di un uso riservato, privato, sicuro.

Un'altra sfida quindi è quella appena presentata, bisogna far coesistere due polarità forti e differenti: la dimensione medico-sanitaria e la dimensione sociale. Si avrà bisogno di uno spazio maggiore, o diversamente articolato, se orientato verso le persone, la collettività, il territorio: ci sarà una caffetteria, uno spazio riunioni, uno spazio per le associazioni, bacheche per fornire informazioni su attività sportive, culturali, politiche, una sala dove le persone possono fare esercitazioni di scrittura, di pittura piuttosto che di teatro, una mensa, una cucina con l'odore della cipolla che sfrigola, dei luoghi per il lavoro terapeutico individuale e di gruppo che avranno caratteristiche diverse dall'ambulatorio.

Quanto più il luogo, il centro, è visibile, trasparente, attraversabile e attraversato dalle contraddizioni tanto più crescono le possibilità di radicamento. L'obiettivo è che il tessuto sociale possa vedere con occhi diversi il luogo della malattia, che sia un luogo per la città e non nella città. Dovrà maturare la capacità critica dei cittadini tanto che si potrà dire che i luoghi della malattia nel vissuto della città non esistono più.

Il cittadino non dovrà attraversare quel luogo con paura e diffidenza, ma con disinvoltura e vedendo la possibilità di scambio di opinioni e per occupare un po' di tempo libero.”³

³ P. Dell'Acqua, *Abitare la soglia*, Architettura e psichiatria, Trieste, 2009;

Sono sei i principi chiave di progettazione integrata che guidano il pensiero del “Design for Dementia”, sia nel contesto dell'assistenza specialistica sia nella progettazione degli alloggi o nella pianificazione di un ambiente più ampio:

1. familiarità:

le persone che vivono con la demenza si relazionano al loro ambiente attraverso luoghi, oggetti o punti di riferimento familiari. I volti familiari di amici e vicini diventano molto importanti. La memoria dei tempi e degli eventi passati può essere più facilmente richiamata rispetto agli eventi recenti. Per aumentare la familiarità dell'utenza bisogna usare dei punti di riferimento, stimolare la memoria attraverso l'utilizzo di tutti e 5 i sensi, creare un ambiente comodo e riconoscibile e favorendo la biodiversità degli ambienti esterni;

2. ambienti distintivi:

per aiutare le persone a muoversi liberamente e in modo indipendente, gli ambienti devono generare un senso del luogo attraverso il carattere distintivo dell'architettura. Chi usufruisce di questi spazi deve sentirsi a casa, immerso in un ambiente rassicurante e calmo, ma ricco anche di una varietà di dimensione e design degli spazi, a cui si arriva da accessi chiari e soglie morbide;

3. Leggibilità:

per fruire tranquillamente dei dintorni del centro, gli utenti hanno bisogno di aiuto per trovare la strada corretta. La chiarezza e la leggibilità del layout è un aspetto fondamentale della progettazione, che deve riguardare anche la sfera visiva attraverso l'utilizzo di colori, materiali ed illuminazione adeguata. Fondamentali sono anche i wayfinders per facilitare l'orientamento;

4. accessibilità:

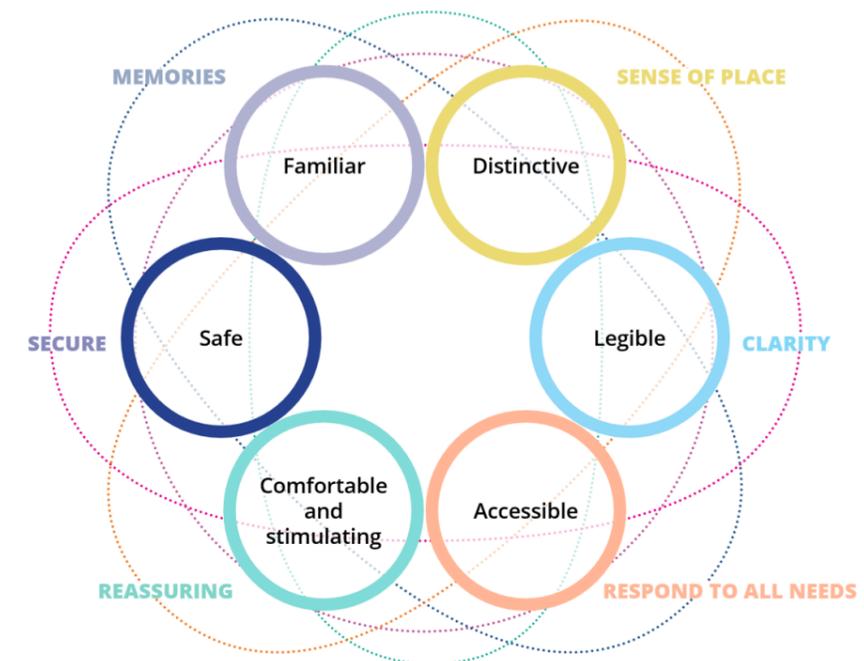
la progettazione di tutti gli ambienti deve rispondere alle esigenze di una gamma completa di utenti, compresi coloro che vivono con la demenza. Bisogna quindi considerare una circolazione abbastanza ampia da consentire il passaggio con sedia a ruote, a scooter per mobilità e a pedoni di passare l'un l'altro con facilità e sicurezza; i materiali devono essere accuratamente selezionati per evitare superfici riflettenti o scure, allo stesso tempo i motivi nella pavimentazione dovrebbero favorire l'orientamento ed evitare difficoltà percettive. Per evitare ciò bisogna anche evitare i gradini, segnalare scale o rampe e prevedere ogni comfort anche per pazienti, ad esempio, ipovedenti, che utilizzano bastoni per muoversi ed alcune aree della pavimentazione dovrebbero essere tattili;

5. ambienti confortevoli e stimolanti:

gli ambienti dovrebbero ridurre lo stress e il disorientamento e incoraggiare la partecipazione, la conversazione e l'attività. Per fare ciò gli ambienti progettati non devono evidenziare un senso istituzionale, ci devono essere molti spazi verdi per incoraggiare il contatto con la natura, poichè la vista degli spazi verdi è utile quanto camminare e socializzare. Sono richiesti diversi stimoli sensoriali e la riduzione del rumore, per questo si utilizzano materiali fonoassorbenti sia internamente che esternamente. I circuiti di vagabondaggio sono un altro elemento estremamente consigliato;

6. sicurezza:

la sicurezza degli utenti sia nell'ambiente domestico che negli spazi esterni è ovviamente un requisito progettuale fondamentale; è necessario massimizzare la permeabilità per generare flussi di persone e rendere vivo lo spazio, che deve rimanere difendibile, con una buona delineazione tra aree pubbliche e private, favorendo però lo scambio ed una buona visibilità dello spazio pubblico. La tecnologia, per quanto riguarda il tema della sicurezza, è un aspetto importante, come anche può essere importante la sorveglianza naturale, che contribuisce ad un quartiere sicuro e favorevole alla vita comune.



(fig.11)
Principi di progettazione,
in R. MacDonald, *Design for Dementia vol.1*, The Halsall, Liverpool, 2006.

Per ottenere un buon progetto architettonico che funzioni anche a livello sociale, bisogna avere un approccio partecipativo.

Questo è fondamentale e implica una buona comunicazione, collaborazione e coinvolgimento di tutti i gruppi all'interno della comunità:

- lavorare con gli utenti finali: comprendere il contesto e prendere in considerazione le esperienze degli utenti finali per sviluppare risposte innovative;
- coinvolgimento delle comunità ospitanti sin dall'inizio: una strategia per il coinvolgimento della comunità e delle parti interessate dovrebbe essere concordata all'inizio di tutti i progetti;
- l'empowerment dei gruppi e delle iniziative locali insieme alle parti interessate e alle agenzie dovrebbe essere al centro del progetto;
- coinvolgimento della comunità accademica e degli operatori sanitari: condivisione di conoscenze ed esperienze per una migliore comprensione della sfida;
- approccio interdisciplinare alla progettazione: servono competenze di progettisti, urbanisti, architetti, architetti del paesaggio e interior designer.

La condivisione della competenza attraverso la collaborazione progettuale verso una visione basata sul consenso e un insieme concordato di obiettivi è la strada migliore per ottenere un buon progetto.

Anche gli spazi e l'arredamento quindi possono curare le malattie neurodegenerative: la disposizione degli arredi e l'ambiente giocano un ruolo importante nell'affrontare la malattia. In certi casi lo "spazio terapeutico" può contribuire a riattivare la memoria, a facilitare l'orientamento, a ridurre il senso di frustrazione e a contenere l'agitazione. Una stanza troppo piena di oggetti, suppellettili e decorazioni, per fare un esempio, potrebbe provocare confusione, agitazione e ansia. Una stanza spoglia, al contrario, potrebbe creare apatia perché verrebbero

a mancare gli stimoli abituali. L'ideale sarebbe l'alternanza di stimoli e pause poiché questo disincentiva strategie difensive, come il continuo movimento, e il generarsi di agitazione ed ansia.

In sostanza dunque, l'architettura ospitante deve permettere l'alternanza di zone arredate e zone legate ad attività ben precise, a zone con spazi vuoti per permettere il rilassamento del paziente, andando ad utilizzare colori contrastanti per favorire l'orientamento.

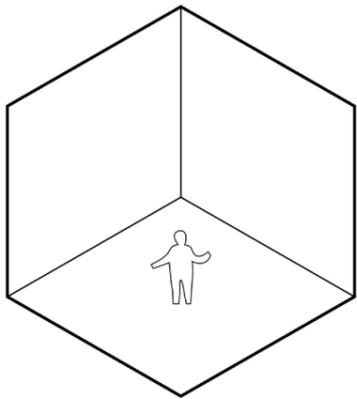
La presenza di tanti oggetti in una stanza rischia di attivare quella parte di malattia che causa confusione e disorientamento: nel suo progredire, la malattia ridurrà sempre più la capacità di concentrazione e renderà difficile, se non impossibile, ricevere tanti stimoli nello stesso momento, portando a confusione e nervosismo.

Anche il colore svolge un ruolo terapeutico: attraverso il loro utilizzo, l'utente è facilitato a riconoscere gli oggetti di un dato colore e a usarli nel modo giusto, perché ne sarà attratto. La malattia azzererà la capacità di vedere il bianco, lo farà percepire al malato come inconsistente, irriconoscibile; un pavimento a scacchiera è un elemento che può creare turbamento: la persona affetta da demenza percepisce lo spazio nero come un buco o come un ostacolo e questo susciterà in lei paura e agitazione; i colori caldi sono attivanti, in contrasto con la funzione rilassante, ad esempio, delle camere di degenza. L'utilizzo di questi colori agisce dunque da stimolo nei confronti del malato, è bene utilizzarli in ambienti che ospitano attività ricreative e negli spazi comuni, meno nelle stanze da letto, poiché il colore caldo può innervosire il paziente e non conciliare il suo riposo.

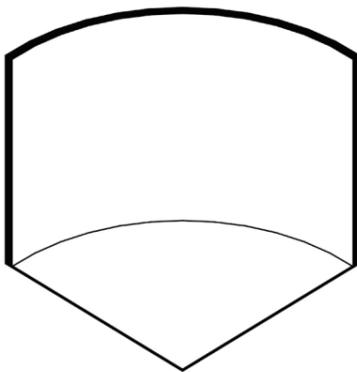
I colori freddi invece sono rilassanti, rasserenano e rassicurano.

ambiente interno

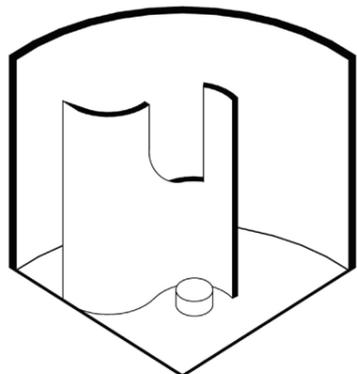
sicurezza



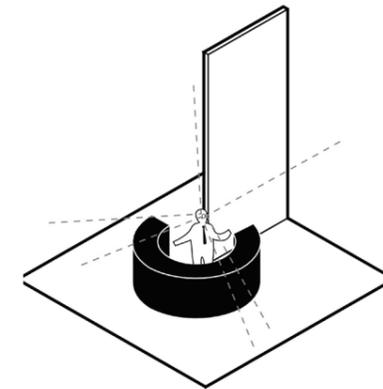
(fig. 12) (elaborazione personale)
Lo spazio architettonico deve favorire il benessere, quindi uno spazio molto voluminoso e alto.



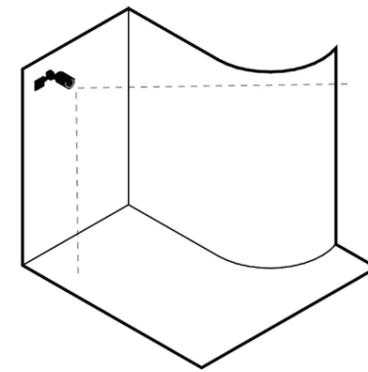
(fig. 13) (elaborazione personale)
Lo spazio architettonico deve favorire il benessere, quindi si deve diminuire il numero di bordi e spigoli, sostituendoli con superfici curve, dove possibile.



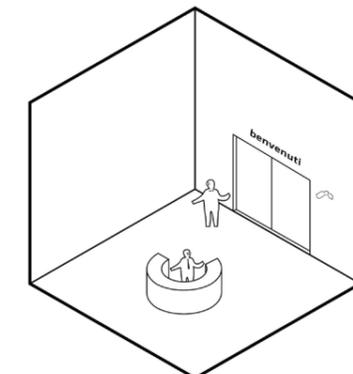
(fig. 14) (elaborazione personale)
Anche gli arredi e i muri separatori devono essere morbidi e curvilinei.



(fig. 15) (elaborazione personale)
Postazione di controllo: deve consentire un controllo visivo di almeno 270° sulle principali aree utilizzate dall'utenza.



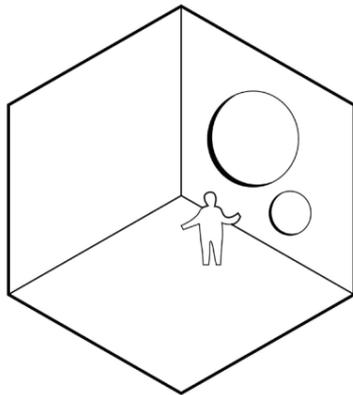
(fig. 16) (elaborazione personale)
Videocamere di sicurezza: tutte le aree devono essere controllate da un numero ridotto di videocamere.



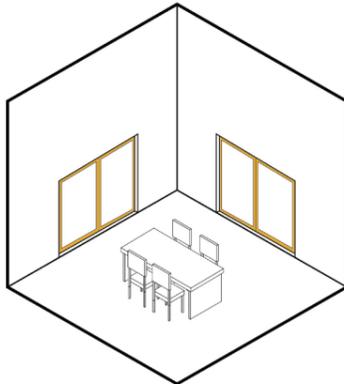
(fig. 17) (elaborazione personale)
Accesso: l'accesso deve avere l'immediatezza del controllo e l'uscita deve essere schermata o facilmente visibile.

aperture

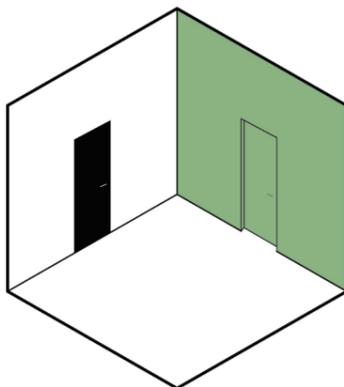
luce



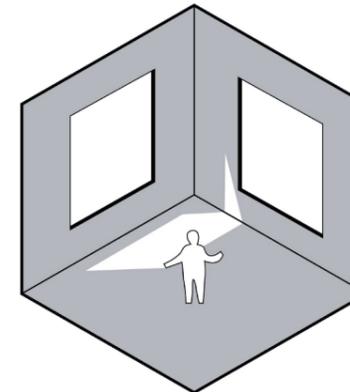
(fig.18) (elaborazione personale)
Aperture sull'esterno: c'è bisogno di un elevato numero di aperture per favorire l'orientamento temporale dell'utenza.



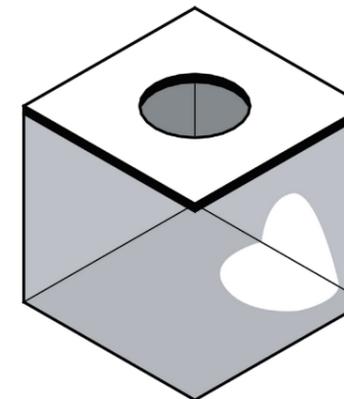
(fig.19) (elaborazione personale)
Aree comuni: devono avere una o più uscite dirette su aree verdi o su balconi.



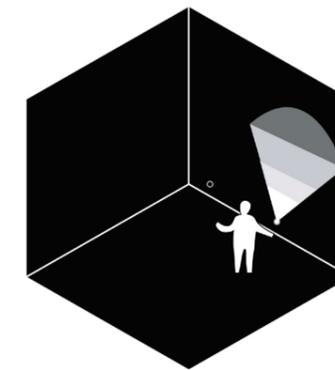
(fig.20) (elaborazione personale)
Porte: la porta a sinistra è chiaramente distinguibile ed è destinata all'utenza; mentre la porta a destra conduce ad aree destinate solo al personale quindi deve essere nascosta al paziente; per far ciò verrà fornita dello stesso colore del muro ospitante.



(fig.21) (elaborazione personale)
Finestre: devono essere in gran numero e in dimensioni notevoli; il malato di Parkinson ha bisogno di un ambiente ben illuminato da luce naturale.



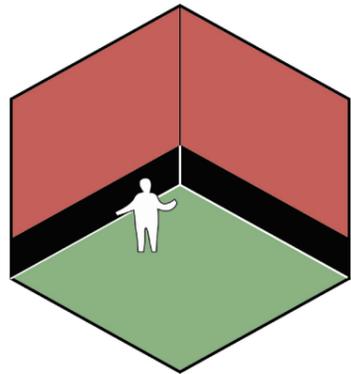
(fig.22) (elaborazione personale)
Lucernari: le fonti di luce naturale dall'alto favoriscono la sensazione di benessere nel paziente e aiutano ad ottenere un ambiente sereno.



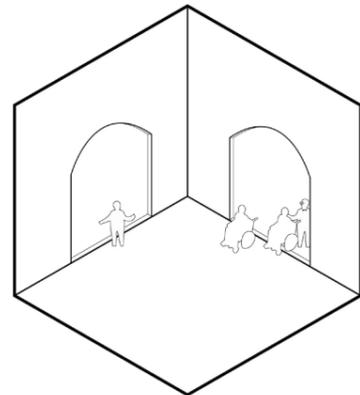
(fig.23) (elaborazione personale)
Luce artificiale: deve avere un'intensità graduale in modo da non abbagliare l'utente sensibile e deve essere schermata da griglie.

aree comuni

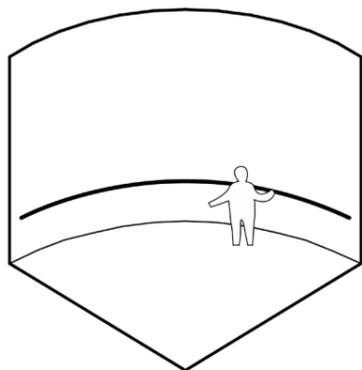
aree comuni



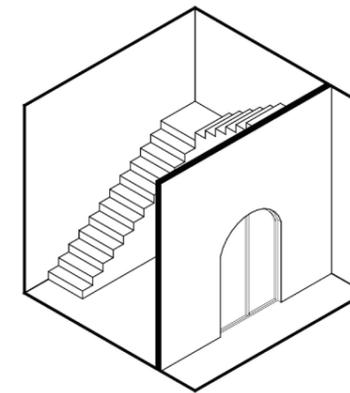
(fig.24) (elaborazione personale)
 Colori e boiserie: il pavimento e la parete devono essere distinguibili dal paziente con percezione spaziale alterata, per questo si usano due colori distinti. Fino all'altezza di un metro è consigliata una boiserie.



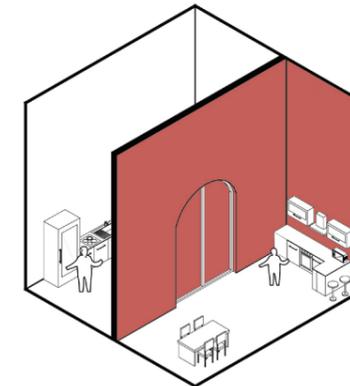
(fig.25) (elaborazione personale)
 Accessi interni: sono consigliati portali senza gradini e ampi, che consentano anche l'accesso contemporaneo di due soggetti su sedia a ruote.



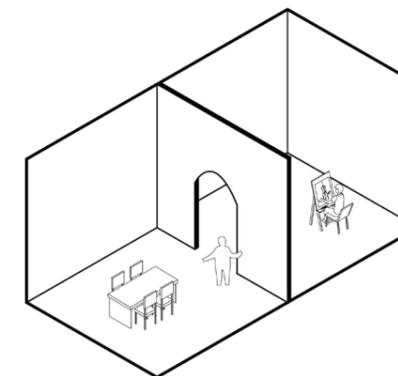
(fig.26) (elaborazione personale)
 Corrimano: presente in ogni area e chiaramente visibile all'utente; lo aiuterà negli spostamenti dati i costanti problemi motori.



(fig.27) (elaborazione personale)
 Vani scale e ascensori: devono essere schermati e non immediatamente visibili dall'utenza.



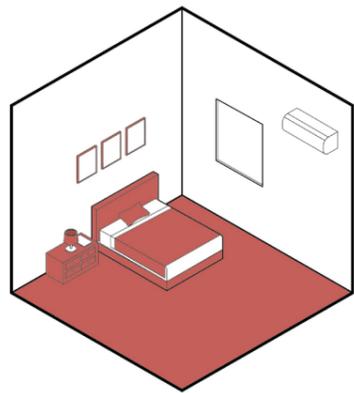
(fig.28) (elaborazione personale)
 Cucine: la cucina terapeutica, molto più sicura e visibile, serve a far sentire inclusi nel processo di produzione anche i pazienti.



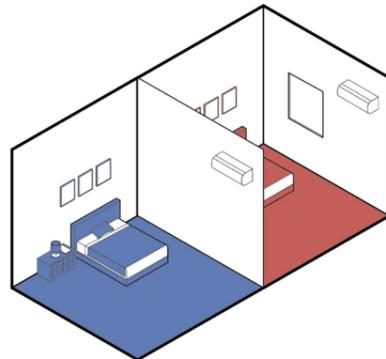
(fig.29) (elaborazione personale)
 Aree comuni: devono essere collegate tra di loro nel maggior numero possibile.

area di degenza

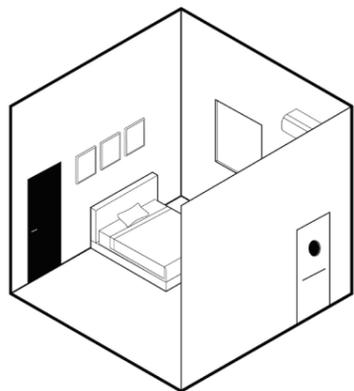
area di degenza



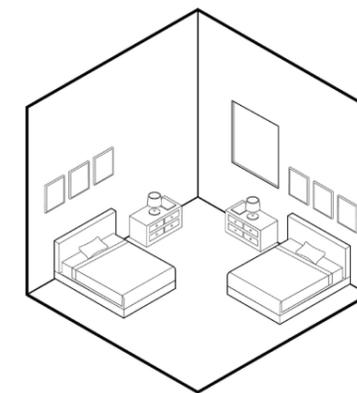
(fig.30) (elaborazione personale)
 Camera di degenza: deve garantire la privacy e consentire la personalizzazione; il pavimento, gli arredi e le lenzuola devono avere un colore uguale.



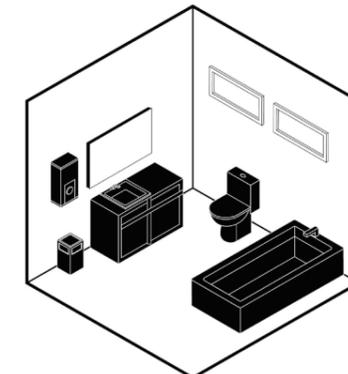
(fig.31) (elaborazione personale)
 Camere: devono avere colori differenti, un paziente riconoscerà la sua stanza da questo particolare. Sono preferibili i colori freddi, che donano serenità.



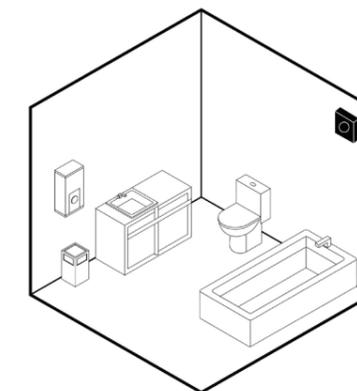
(fig.32) (elaborazione personale)
 Porte delle camere: la porta d'ingresso deve avere un obolo per consentire il controllo da parte del personale e deve aprirsi in entrambe le direzioni tramite un maniglione. La porta del bagno deve essere completamente differente per poterla distinguere con facilità.



(fig.33) (elaborazione personale)
 Camere doppie: le camere possono essere singole o doppie, con doppio bagno o con bagno in comune.



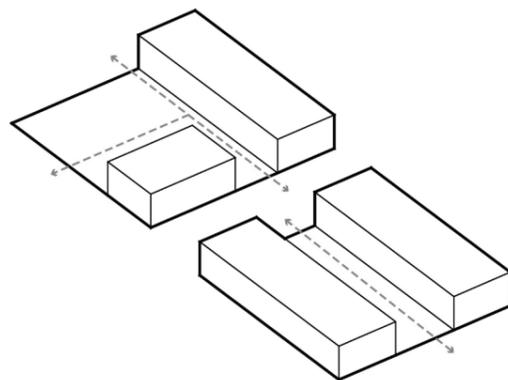
(fig.34) (elaborazione personale)
 Bagno: il bianco nei MdP è considerato un vuoto, quindi anche i sanitari devono essere in forte contrasto con i muri e il pavimento.



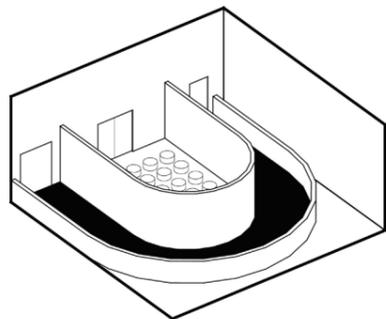
(fig.35) (elaborazione personale)
 Bagno: in presenza di demenza, il bagno non deve assolutamente avere uno specchio (in generale i riflessi sono deleteri per un MdP) o un affaccio sull'esterno; quindi deve avere l'aerazione forzata.

connettivo

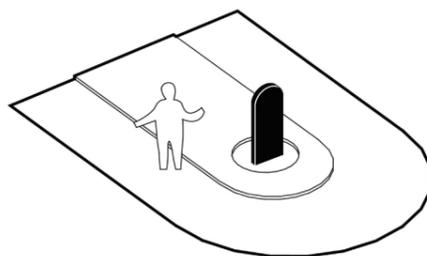
aree verdi



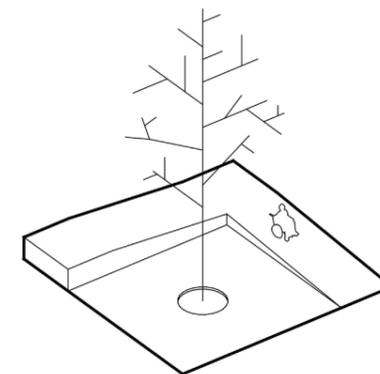
(fig.36) (elaborazione personale)
Corridoi: devono avere sempre una continuità e mai una fine nel percorso. Possono essere lineari, a L, anulari o a corte.



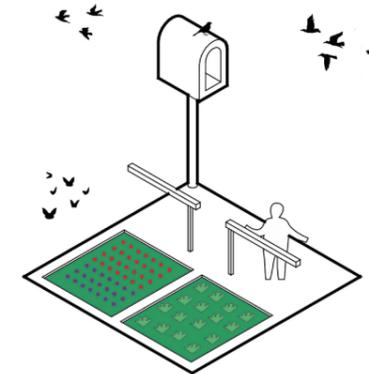
(fig.37) (elaborazione personale)
Percorsi di vagabondaggio: sono fondamentali per il paziente e devono avere caratteristiche di continuità e orientamento; spesso il MdP ha impulsi di vagabondaggio durante la notte e il percorso dovrebbe essere forzato e sicuro.



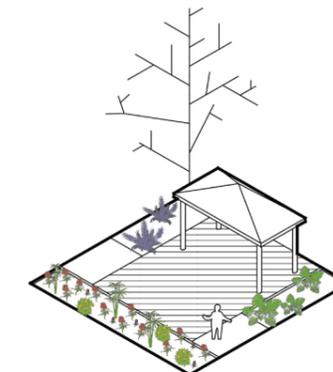
(fig.38) (elaborazione personale)
Elementi di riconoscimento: sono essenziali all'interno di corridoi e aree comuni poiché migliorano l'orientamento spaziale.



(fig.39) (elaborazione personale)
Percorsi in pendenza: aiutano sia i pazienti su sedia a ruote che i pazienti con difficoltà motorie nei percorsi esterni. Le rampe hanno un'inclinazione di circa il 2%.



(fig.40) (elaborazione personale)
Spazi esterni: l'ambiente esterno aiuta a migliorare la quotidianità del paziente, deve essere munito di corrimano e vi devono essere elementi che attirino l'attenzione come dei voliere, o elementi che migliorino la produttività come dei piccoli orti.



(fig.41) (elaborazione personale)
Aree di sosta: devono essere riconoscibili tramite un cambio di pavimentazione. Sono forzate, quindi la pavimentazione non sarà liscia (come in ogni area per facilitare la camminata) ma con fessure evidenti, in modo da far bloccare l'utente.

1.3.3 city making

rapporto con la città

Uno degli obiettivi principali del progetto è predisporre uno spazio pubblico favorevole alla disabilità che aiuti a combattere la solitudine, lo stigma e l'esclusione sociale.

Il design dello spazio pubblico deve rispondere alla storia del luogo e alle caratteristiche del quartiere esistente per sviluppare un ambiente familiare e riconoscibile. La ricerca di Kevin Lynch («L'immagine della città» 1960) ha stabilito che le persone spesso comprendono e navigano in un quartiere usando le proprie mappe mentali basate su cinque elementi chiave: bordi, distretti, percorsi, nodi e punti di riferimento. Lo spazio pubblico progettato secondo questi principi consente alle persone di essere in grado di utilizzare gli spazi esterni:

1. Bordi (e forma costruita): contenimento dello spazio e distinguibilità ;

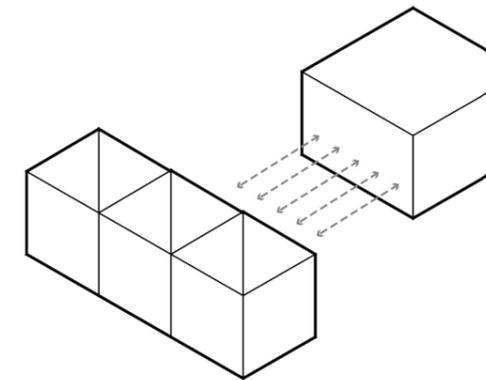
2. Aree pedonali (“Distretti”): senso di identità e soglie, collegamenti visivi;

3. Percorsi: movimento e circolazione, orientamento e leggibilità, percorsi tortuosi.

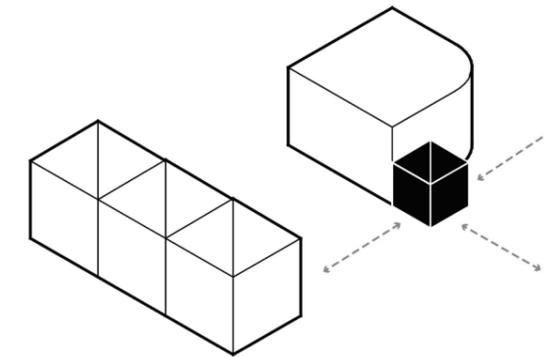
4. Nodi e punti di riferimento: intersezioni del percorso e cambi di direzione, eventi e wayfinding, punti focali;

5. Inglobare: design integrato, strade e percorsi, struttura ad albero, spazi aperti e paesaggio stratificato.

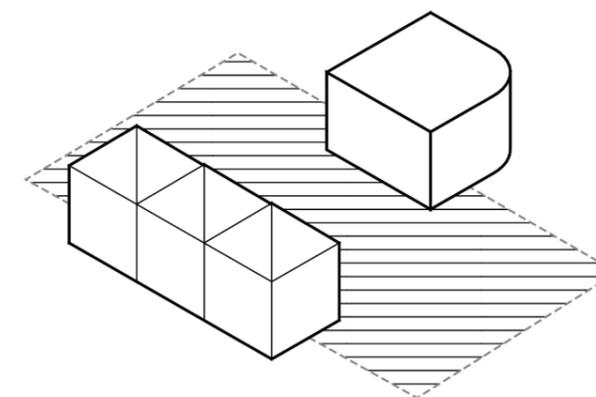
Il benessere delle persone con malattia neurodegenerativa può essere migliorato attraverso i benefici fisici, cognitivi, sociali e psicologici dell'essere all'aperto. Anche le considerazioni di pianificazione e progettazione che supportano le persone a “vivere bene” nello spazio pubblico, possono essere classificate in base ai sei principi di progettazione visti precedentemente: familiarità, carattere distintivo, leggibilità, accessibilità comfort e sicurezza.



(fig.42) (elaborazione personale)
Il nuovo centro deve avere un contatto diretto con la città e la comunità ospitante, parte integrante del percorso riabilitativo.



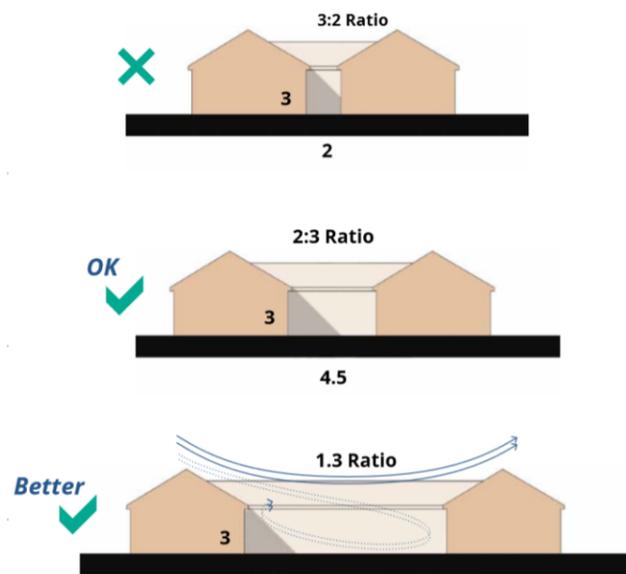
(fig.43) (elaborazione personale)
Spazi pubblici: alcune aree del centro dovrebbero essere a servizio della comunità (negozi, laboratori artistici, caffè, ecc) per favorire gli scambi e i contatti tra l'utenza e l'esterno.



(fig.44) (elaborazione personale)
Soglia/Area in comune: l'ingresso dovrebbe essere di dominio pubblico e non bisogna chiudere tramite recinzioni il centro, per non limitare gli scambi.

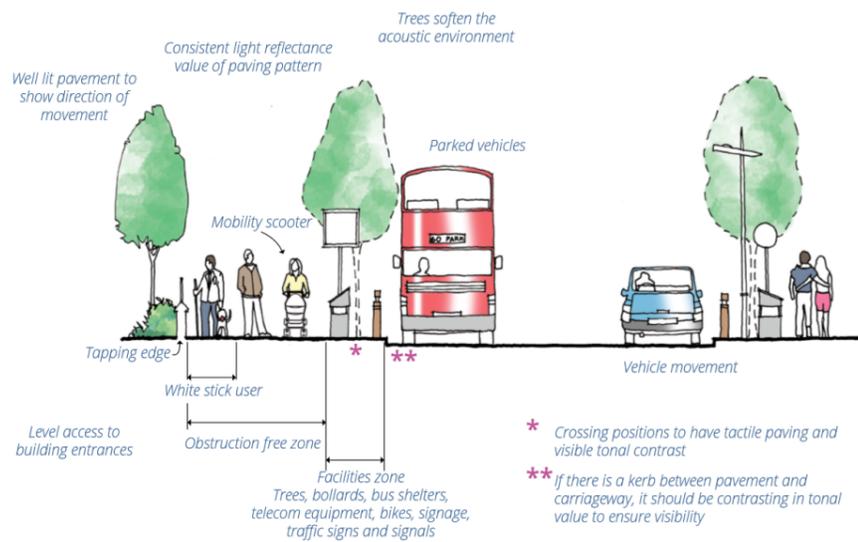
corte interna

rapporto con il contesto

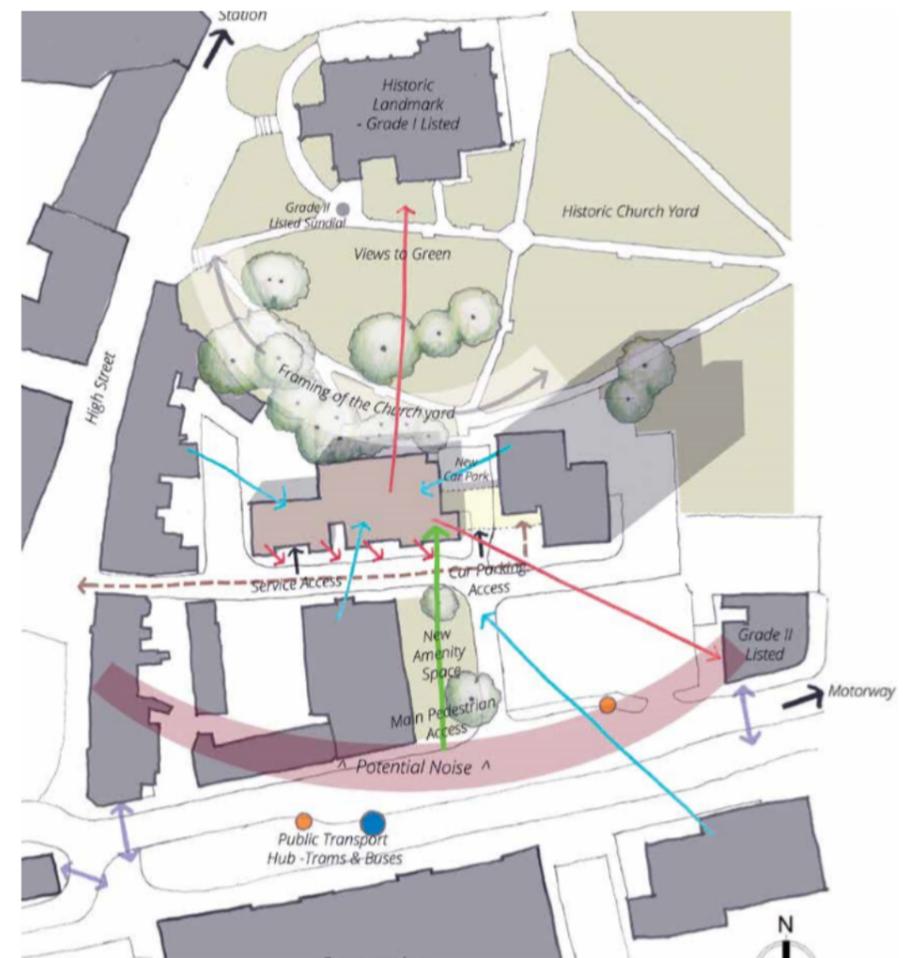


(fig.45)
Aspect Ratio: deve essere almeno nel rapporto di 2:3 per non ostacolare l'illuminazione naturale. Il rapporto migliore è di 1:3, poiché favorisce la creazione di un microclima all'interno del centro; in R. MacDonald, Design for Dementia vol.1, The Halsall, Liverpool, 2006.

aree pedonali



(fig.46)
Sezione stradale: presenza di verde che aiuta a diminuire l'inquinamento acustico e chiare distinzioni di utenza sul percorso stradale, con presenza di corrimano e servizi in aiuto dei malati. in R. MacDonald, Design for Dementia vol.1, The Halsall, Liverpool, 2006.



(fig.47)
Sito ideale: il centro deve inserirsi in un contesto costruito e favorire la comunicazione tra gli edifici e la forma delle costruzioni. Il centro deve "guardare" e "farsi guardare" dal contesto, non devono essere elementi separati. Vi deve essere un affaccio su spazi verdi e su spazi di attività sociale, cercando di mantenere una certa distanza dall'inquinamento acustico più forte della città (come strade principali). L'accesso degli utenti dovrebbe essere pedonale e separato da quello del personale di servizio. in R. MacDonald, Design for Dementia vol.1, The Halsall, Liverpool, 2006.

1.4 il Parkinson in Italia

centri d'eccellenza

In Italia il Morbo di Parkinson è in rapida crescita, testimoniata dai numeri, preoccupanti, che arrivano da uno studio basato sui dati di vendita dei farmaci anti-parkinson, che attestano il numero dei casi a circa 600.000, quindi 1 ogni 1000 cittadini italiani; questi dati sono stati dichiarati dal prof. Pezzoli in un incontro tra il Comitato italiano Associazioni Parkinson ed il Ministero della Salute.¹

Il numero elevato di casi desta preoccupazione, oltre che per la crescita in sé, anche perchè il Ministero della Salute basa strategie e budget su dati fermi al 2013 (da una pubblicazione LIMPE²) che dichiarano “solamente” 230.000 casi, quindi un terzo dei presunti casi reali. Questo porterà a sottostimare il problema, quindi i fondi per farmaci e tutto ciò che ruota intorno (ricoveri, ausili, ecc.) e le strutture per il Parkinson saranno sottodimensionate.³

Queste stime sono confermate anche dalla Fondazione Grigioni per il morbo di Parkinson, che ipotizza non meno di 500.000 casi sul territorio nazionale; per rincarare la dose, l'OMS (organizzazione mondiale della sanità) prevede un raddoppio dei casi entro il 2030.

Questo significa che tra meno di 10 anni, solamente in Italia, ci saranno circa un milione di casi ed i centri specializzati, nonostante l'impegno delle associazioni e della Rete Parkinson, sono in numero non sufficiente ad affrontare il problema.⁴



(fig.48) (elaborazione personale)
Centri d'eccellenza italiani, in partnership con la Michael J. Fox Foundation
in parkinsonlive.it

La Michael J. Fox Foundation è una fondazione nata nel 2000, ed è un'organizzazione no-profit che si dedica alla ricerca per la cura della malattia di Parkinson, ed è probabilmente la più importante su scala internazionale. In quindici anni, ha finanziato la ricerca con 450.000.000 di \$.⁵

¹ I numeri del Parkinson in Italia, in comitatoparkinson.it

² LIMPE: Lega italiana per la lotta contro la malattia di Parkinson e sintomi extrapiramidiali e le demenze

³ comitatoparkinson.it op. cit.

⁴ Quanti sono i malati di Parkinson in Italia? in parkinsonlive.it

⁵ Fondazione Michael J. Fox, in wikipedia.org

centri specializzati

numero di casi



(fig.49) (elaborazione personale)
Centri specializzati per la cura della malattia di Parkinson in Italia
in corriere.it

I 15 migliori centri italiani sono classificati in base all'*impact factor*, un fattore che tiene conto della capienza, della quantità e qualità della ricerca sulla malattia ed altre caratteristiche;

la prima classificata italiana è il *Policlinico di Roma Tor Vergata*, con un Impact Factor pari a 139, ed è al 10° posto nella classifica europea, dove il primo centro è Parigi (if 744). Il sud Italia è povero di strutture ed in Puglia, l'unico centro specializzato presente è a Bari, in classifica però solo per la ricerca.⁶

⁶ Rubriche, *Parkinson* in corriere.it

	n. abitanti	n. casi
Italia	60.238.000	600.000*

Numero di casi in Italia
*i dati ufficiale non sono aggiornati ma risalenti al 2013, questa è la stima del prof. Pezzoli
fonte: Parkinson.it

Provincia	n. abitanti	n. casi
Foggia	633.000	1.266
B.A.T	394.000	788
Bari	1.266.000	2.532
Taranto	590.000	1.180
Brindisi	400.000	800
Lecce	807.000	1.614
Totale	4.090.00	8.180

Numero di casi in Puglia
fonte: Press Regione

“I dati ci restituiscono una prevalenza della Malattia di Parkinson che varia da 200 a 350 casi ogni 100.000 abitanti e quelli d'incidenza tra 5 e 21 nuovi casi / 100.000 abitanti / anno. Lo studio effettuato nella Regione Puglia invece (S. Giovanni Rotondo, 1994) indica una prevalenza cruda di circa 2 casi ogni 1000 abitanti, in linea con quella dei paesi occidentali. Su questa base, vi sarebbero in Puglia circa 8.000 casi, così potenzialmente suddivisi per provincia.”⁷

Il presidente della regione Puglia Michele Emiliano, il 22/11/2018 ha approvato la Rete Parkinson della regione Puglia:

«Un altro passo verso la buona sanità. La Giunta ha deliberato infatti l'avvio della Rete Parkinson della Regione Puglia, con l'attuazione del percorso assistenziale, individuando anche i Centri per l'impianto della stimolazione cerebrale profonda (Deep Brain Stimulation/DBS). L'obiettivo è duplice, da una parte omogeneizzare i livelli di assistenza su tutto il territorio regionale e dall'altra ridurre la mobilità passiva (soprattutto verso la Lombardia) e non procurare ulteriori disagi ai pazienti e ai loro familiari.»⁸

⁸ Nasce la Rete Parkinson della Regione Puglia, in sanita.puglia.it

⁹ intervista a M. Emiliano, in sanita.puglia.it

IL PROCESSO PROGETTUALE

2.

Dopo aver studiato e approfondito il tema della malattia di Parkinson e come l'architettura può rispondere a determinate esigenze ed istanze, il passo successivo obbligato è stato quello di individuare un caso studio che permettesse di applicare alla contingenza reale tutte le nozioni teoriche acquisite. Da Febbraio 2020, causa pandemia di Covid-19 e conseguenti lockdown, ho vissuto nella mia casa Natale, a Collepasso, in provincia di Lecce. Per poter essere dentro al processo, ho deciso di scegliere un edificio nelle immediate vicinanze, senza però che questo influisse sulla qualità architettonica e sulla quantità di informazioni e controversie riguardanti il caso studio. Ciò mi ha permesso di ottenere diverse informazioni riguardo il processo progettuale e di impostare la documentazione preliminare all'ipotesi progettuale.

Il caso studio in questione è l'immobile denominato "Gerontocomio", progettato dall'arch. Raffaele Panella e situato nel comune di Nardò (LE).

Partendo da un inquadramento geografico e storico della città e del sito, proverò a narrare gli eventi che hanno portato alla realizzazione dell'edificio, al conseguente abbandono e alle successive difficoltà di risolvere questa situazione.



(fig. 50) Piazza Salandra, centro storico di Nardò
(fotografia di Andrea Cecere)
tutti i diritti sono riservati all'autore
in juzaphoto.com

2.1 indagine conoscitiva

2.1.1 Nardò



(fig. 51) (elaborazione personale)
Localizzazione di Nardò in Italia

geografia fisica

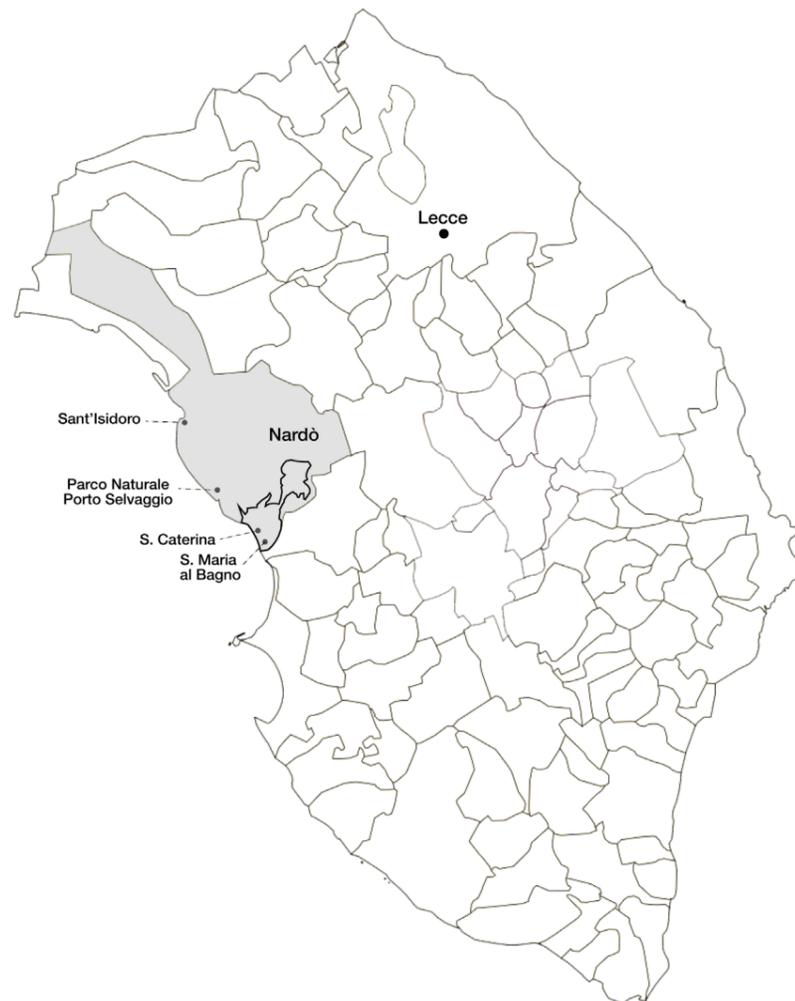
“Nardò è un comune italiano di 31.210 abitanti (dato Istat 20.04.2020) della provincia di Lecce in Puglia. Dal 1954 si fregia del titolo di Città ed è il secondo centro della provincia (dopo Lecce) per popolazione e per estensione territoriale, con i suoi 193,4 km quadrati; sorge in posizione pianeggiante a sud-ovest del capoluogo provinciale ed è posto sul versante ionico del Tavoliere Salentino, al limite settentrionale delle Serre omonime, in posizione subcostiera”.¹

“La fascia costiera, che si estende per 22 km, comprende le località balneari di Santa Maria al Bagno, Santa Caterina e Sant’Isidoro e ospita il Parco regionale di Porto Selvaggio e Palude del Capitano, un’area di grande interesse storico-naturalistico la cui costa rocciosa e frastagliata è caratterizzata da pinete, macchia mediterranea e zone umide”.²



(fig. 52)
Territorio neretino; in primo piano Santa Caterina, sullo sfondo il Comune di Nardò.
(fotografia di Marine Software)
in marinas.com

¹ Scheda del comune, in comune.nardo.le.it
² ibidem



(fig. 53) (elaborazione personale)
Localizzazione di Nardò e frazioni in provincia di Lecce

storia

“Il comune di Nardò ha radici antichissime e ciò è testimoniato dai ritrovamenti risalenti ad ogni epoca storica e, addirittura, fino alla preistoria. Ci sono una sfilza di reperti ritrovati sull'intero territorio, specialmente nella «Baia di Uluzzo», nelle grotte della omonima Uluzzo, in quella del Cavallo, una grotta costiera calcarea, all'interno del parco regionale di Porto Selvaggio: In esse si sono rinvenute incisioni ed altri elementi di archeologia così importanti da far pensare che essi siano i primi segni dell'arte figurativa esistenti in Europa, si ritiene risalgano infatti a circa centomila anni prima di Cristo; ovvero al Paleolitico Medio Superiore”.³

“Nel 1964 Arturo Palma di Cesnola dell'Università di Siena ed Edoardo Borzatti von Löwenstern dell'Università di Firenze hanno ritrovato due denti molari decidui in una serie stratigrafica di 7 m con più livelli di età paleolitica. Questi resti sono stati denominati ulizziani, nome derivante dal toponimo dell'area scoperta; nel 2011, un gruppo di ricercatori guidati da Stefano Benazzi, pubblicò un articolo in cui affermava che i denti appartenessero a un Homo Sapiens vissuto tra i 45mila e 43 mila anni fa”.⁴

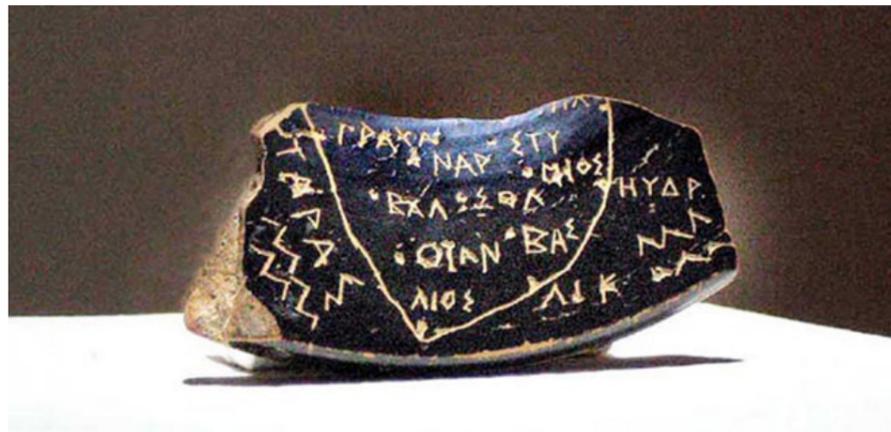


(fig. 54)
Grotta del Cavallo in Porto Selvaggio
(fotografia di Thilo Parg)
in puglia.com

³ La storia di Nardò, in salentoviaggi.it

⁴ Grotta del Cavallo, in puglia.com

“Si ipotizza che Nardò ebbe origine fra XI / IX secolo a.C. da un insediamento messapico: popolo giunto in Puglia dall’Illiria (Dalmazia); L’importanza dell’antico centro messapico di Nardò è suffragata dalla cosiddetta Mappa di Soletto: un frammento archeologico del V secolo a.C. in cui compare il perimetro stilizzato del Salento con 13 nomi di città tra cui Nardò (NAP in messapico)”⁵



(fig. 55)
Mappa di Soletto - NAP corrisponde a Nardò
(foto di ROPI Pressephoto)
in ropi-online.de

Nel 266 a.C. nella città si insediò l’impero romano, che attuò dei saccheggi e distrusse completamente ciò che vi era. Dopo secoli di abbandono, nel 26 a.C. venne riedificata proprio dai romani, sotto l’impero di Ottaviano Augusto con il nome di “Neretum”.

“I romani vi fecero passare la via Traiana che correva lungo tutta la costa del mare Ionio. Alla fine dell’impero romano Nardò cadde sotto il dominio di Bisanzio e dei Longobardi; durante il dominio dei Bizantini si incrementò la presenza dei monaci Basiliani la cui influenza è legata ad una nuova tecnica di costruzione, quella delle grotte”.⁶

⁵ *Cenni storici*, G. Rizzo, in comunenardo.le.it;
⁶ *ibidem*

All’inizio del 1000 d.C. i Normanni, sotto la guida di Goffredo, nipote di Roberto il Guiscardo, si impadronirono della città e vennero costruite le mura di cinta ed un castello (poi andato distrutto). Nello stesso periodo giunsero anche i monaci Benedettini a cui fu concesso di insediarsi al posto dei Basiliani.

All’inizio del 1000 d.C. i Normanni, sotto la guida di Goffredo, nipote di Roberto il Guiscardo, si impadronirono della città e vennero costruite le mura di cinta ed un castello (poi andato distrutto). Nello stesso periodo giunsero anche i monaci Benedettini a cui fu concesso di insediarsi al posto dei Basiliani.

Nel 1212 ci fu l’avvento degli Svevi, ma nel 1266 seguì la dominazione del Re di Sicilia Carlo I d’Angiò, che determinò la nascita e la diffusione del feudalesimo.

“Nardò diventato feudo appartenne a diverse famiglie, fino a quando nel 1497, con gli aragonesi, il feudo venne assegnato ad Andrea Matteo Acquaviva dal Re Federico I d’Aragona; egli costruì strade, scuole ed accademia, riabellì l’immagine architettonica complessiva della città e favorì le pubbliche istituzioni”.⁷

Nello stesso periodo Nardò divenne diocesi e diversi ordini religiosi si insediarono. Durante i secoli il numero degli ordini religiosi presenti sul territorio neretino crebbero continuamente e con il loro diffondersi influenzavano significativamente l’edilizia sacra: molte chiese e conventi furono costruiti e restaurati grazie all’opera di artigiani locali. (Oggi Nardò conta 19 chiese, una basilica, un chiostro, un convento ed un monastero).

Importantissimi furono anche le manifestazioni dell’edilizia civile, in particolar modo con le Torri costiere e le Masserie fortificate, e per l’edilizia urbana i palazzi impreziositi da portali e mignani⁸ di eccezionale fattura.

⁷ G. Rizzo, op. cit.

⁸ Mignano: singolare elemento architettonico utilizzato come tramite tra la riservatezza della corte e la strada pubblica. Si tratta di un balcone, servito da una scala, che sovrasta il portone d’ingresso.

Il dominio aragonese però è caratterizzato da un fisco oppressivo, che porta l'intero meridione (quindi anche Nardò) nel 1647, un secolo dopo, alla rivolta che prende il nome del suo protagonista, ovvero Tommaso Aniello d'Amalfi, noto come Masaniello; epica fu la sollevazione anti-spagnola di Nardò che costrinse il duca filo-spagnolo Gerolamo Acquaviva ad abbandonare la città in mano ai rivoltosi. In questa situazione caotica, il duca filo-spagnolo riuscì, approfittando dello sfaldarsi dell'opposizione, a convincere i neritini a deporre le armi con la promessa di non compiere atti di ritorsione. Gli Acquaviva protrarranno il loro dominio feudale fino al 1806.⁹



(fig. 56)

Pierre Mortier, *Pianta prospettica della città di Nardò in Puglia*, 1704 (incisione in rame, Amsterdam) in libreriaperini.com

⁹ G. Rizzo, op. cit.



CIVITAS
NERITONENSIS,
vulgo
NARDO.

- | | |
|---|--|
| e Castello Ducale. | u S. Maria del Ponte, Cap. |
| f Piazza. | w S. Maria della Carità, Cappella. |
| g Porta di S. Paolo. | x Ofanna. |
| h Porta Verdara. | y S. Sebastiano, Cappella. |
| i Porta Vaccarella. | z Lo Spirito Sancto, Cap. |
| k Porta Castello. | 1 Stanze del S. Duca di Nardò, col giardino. |
| l Saggio. | 2 Giardino di Mons ^r Vescovo di Nardò. |
| m Palazzo della città, dove sta l'horologio. | 3 Porta falsa, donde esce l'acqua, che piglia la città per lo piloggo. |
| n Carcere. | 4 Altera Porta falsa. |
| o Molini. | 5 Fossa che gira la Città. |
| p S. Maria dell'Alto. | 6 S. Leonardo Cap. le Vend |
| q S. Maria Coronata, cov. de Padri Augustiniani scalfi. | A AMSTERDAM |
| r Cour. de P. Cappuc. | Chez |
| s S. Maria de Constantinopoli, Cour. de P. | PIERRE MORTIER |
| t S. Maria de gli Angeli, Cappella. | Avec Privilege. |

NARDO
Ville du Royaume de Naples
Situee dans la Terre d'Otranto

Torre del Alto
Torre di S. Caterine
Torre del fiume

La città impiegò diversi anni prima di riprendersi dalla sanguinosa rivolta. La normalità tornò nel 1708 quando fu eletto il vescovo Antonio Sanfelice che fece risplendere la cultura, incentivando innumerevoli attività pubbliche e culturali, nei trent'anni del suo servizio.



(fig. 57)
Immagine della città nel 1732. In primo piano porta S. Paolo.
(documento di pubblico dominio)
in wikipedia.org

Nardò conobbe la sua prima vera e propria espansione solo a metà dell'800, oltre le mura di cinta, con l'interramento del fossato del castello e la realizzazione della via extra-murale.

Nel 1979, con l'abolizione del feudalesimo, terminò la tirannia degli Acquaviva, che rimase però titolare di moltissime proprietà.

Alla guida si susseguirono diversi commissari governativi.

Nel 1810 si diffuse la Carboneria con la setta della Fenice Neretina e nel 1818 vi furono gli scontri fra i Carbonari e le truppe dei Borbone nelle campagne di Nardò; "in seguito all'unificazione del 1861, Nicola Giulio fu il primo sindaco del Regno d'Italia".¹⁰

"Nell'aprile del 1920 i cittadini di Nardò tornano a ribellarsi contro lo strapotere dei latifondisti, rivolta che fu, però, repressa dall'esercito regio. La borghesia si contrappose e rivaleggiò con schieramenti politici avversi: liberale, clerico-borbonico ed ecclesiastico. Queste rivalità e questi scontri resero la vita della cittadina vivace: vennero pubblicati in questo periodo vari giornali locali, crebbe il settore dell'edilizia, fu completata l'opera di pubblica illuminazione, fu costruito un teatro, ed edificate varie ville e palazzi".¹¹

"Nardò è stata insignita della Medaglia d'oro al merito civile il 27 gennaio 2005, dall'allora Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi, per un avvenimento accaduto durante la Seconda Guerra Mondiale tra il 1943 e il 1947: l'esercito Alleato decise di ospitare nella frazione di Santa Maria al Bagno oltre 100.000 Ebrei scampati ai campi di sterminio nazisti e in viaggio verso lo Stato di Israele. Qui alcuni edifici vennero convertiti alle nuove esigenze: in una casa nella piazzetta venne ospitata la sinagoga e nella masseria Mondonuovo venne realizzato il kibbutz Elia".¹²

I problemi che Nardò dovette affrontare invece dagli anni Ottanta (e che tutt'ora affronta) riguardano invece l'abusivismo edilizio, la salvaguardia delle bellezze naturali della costa, la costruzione di infrastrutture e le destinazioni urbanistiche.

¹⁰ Emanuele Pignatelli, *Civitas neritonensis. La storia di Nardò*, 2001

¹¹ G. Rizzo, op. cit.

¹² ibidem



(fig. 58)
Nodo Gerontocomio / Residenze
(fotografia personale)



(fig. 59)
Zoom immagine satellitare area di intervento, 2021
in maps.google.it

2.1.2 area di intervento / Gerontocomio

L'area di intervento, ovvero il quartiere nella zona 167 compreso tra via A. Moro, via della Resistenza, via G. Saragat e Corso Italia in Nardò (LE), è governata da documenti ufficiali che definiscono le linee guida, i vincoli, i regolamenti e gli indici da rispettare. In quest'area è presente l'immobile denominato "Gerontocomio", il vero protagonista delle promesse progettuali proposte, la cui finalità è quella di delineare nuove strategie di sviluppo e ottimizzazione degli spazi dell'immobile e della loro interazione con il territorio, la città e il contesto circostante, che sarà caratterizzato da modifiche e avrà un ruolo fondamentale nella stesura del progetto.

Il Comune di Nardò sta cercando negli ultimi anni di porre rimedio agli errori fatti in passato, creando bandi di gara appositi per la vendita o l'assegnazione dell'immobile, in modo tale da restituire alla comunità e alla città un patrimonio importante che sta andando perdendosi.

Ed è proprio grazie a queste opportunità che all'interno dei documenti può prendere forma lo scenario progettuale che darà vita alla Casa del Parkinson.



(fig. 60)
Immagine satellitare area di intervento, 2019
in maps.google.it

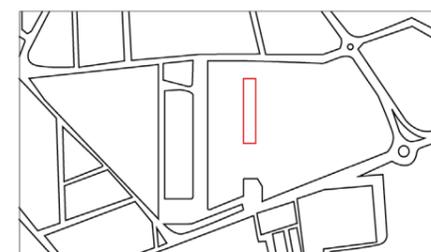
analisi urbanistiche



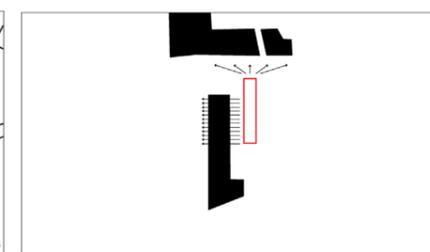
(fig. 61)
Immagine satellitare area di intervento, 2006
in urbismap.com



(fig. 62)
Immagine satellitare area di intervento, 2010
in urbismap.com



isolati



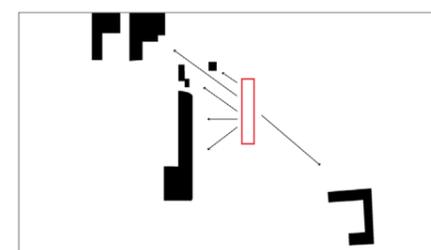
rapporto gerontocomio /
spazi pubblici



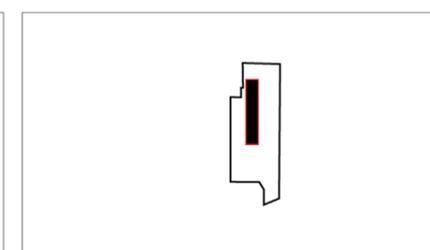
pieni



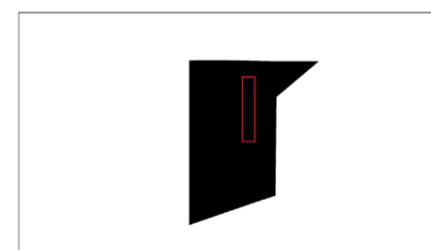
vuoti



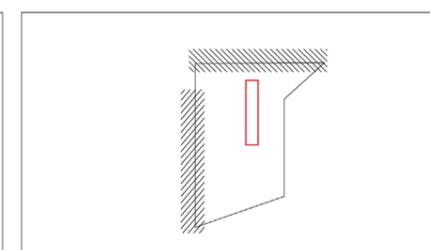
rapporto gerontocomio /
spazi pubblici



muro di cinta



area di intervento



soglie

(fig. 63) (elaborazione personale)
Analisi urbanistiche aprioristiche

il caso studio / Gerontocomio

L'istituto per Anziani di Nardò, meglio conosciuto come Gerontocomio, è un'opera progettata dall'architetto Raffaele Panella, in collaborazione con l'architetto Renato Angeloni e l'ingegnere Gian Carlo Vaccher, nel 1975.

“Il progetto utilizza un linguaggio modernista, caratteristica peculiare dell'arch. Panella, avvalendosi di una geometria rigida delle trame di superfici piane, un gioco di pieni e vuoti continuo ed innumerevoli intradossi cementizi. Il progetto iniziale è completamente differente dall'opera poi realizzata: esso comprendeva, oltre alla manica principale (notevolmente più lunga), anche due fabbricati di residenze protette ed un fabbricato piano di servizi, dotato di un piazzale interno”.¹⁶

Un fabbricato residenziale è stato realizzato qualche anno dopo, ma risulta più a ridosso della manica principale e di lunghezza maggiore rispetto a quello progettato.

Il Gerontocomio ha un'espressione architettonica forte, è composto da una doppia struttura all'interno della quale sono separati e collegati da veri e propri ponti gli ambienti del fronte nord e sud. Lo spazio tra i due fronti è riempito da una vela inclinata di 45°, che dona dinamicità all'edificio e permette un ingresso di quantità notevole di luce naturale, creando anche dei collegamenti visivi dei diversi livelli.¹⁷

L'edificio si sviluppa su tre piani fuori terra ed un piano interrato che ospita diversi locali, prevalentemente tecnici e che è predisposto ad essere riutilizzato.

I prospetti sono in cls armato e donano alla struttura un rimando agli anni '80 evidente, ricoperti da diverse tonalità di intonaco bianco e grigio, alternati.

L'armonia delle forme è un elemento inconfutabile in questo edificio, che alterna corpi scala con linee curve e morbide ad elementi rettangolari, intervallati dall'imponente vela triangolare che taglia l'intero complesso. La copertura, come la quasi totalità delle costruzioni in questa zona d'Italia, è piana e presenta due camminamenti separati. Il percorso di copertura è intervallato da corpi aggettanti e vani scala/ascensori che collegano tutti i piani.

Il suo aspetto odierno è quello classico delle costruzioni abbandonate di fine anni '70: un mastodontico edificio grigio che sorge da un'area verde allo strato brado, con infissi e aperture completamente distrutte; insomma una struttura fatiscente che deturpa ogni angolo visivo della zona.

L'edificio non è protetto da alcun vincolo, anche se la cultura panelliana, se pur di nicchia, è diffusa su tutto il territorio nazionale, ed una sua opera, nonostante sia incompleta e mai divenuta tale, merita un'altra possibilità per essere recuperata dall'oblio in cui è caduta a causa della sua natura estranea al contesto, ma anche con la complicità delle azioni delle istituzioni pubbliche.

¹⁶ R. Cantarelli, *Raffaele Panella, L'Architettura del molteplice*, IUAV, Il Poligrafo, Venezia, 2012

¹⁷ ibidem



(fig. 64)
Stato di fatto del Gerontocomio
(gentile concessione De Nuzzo SRL)

Per poter comprendere l'opera panelliana è importante capire il motivo per cui è stato scelto il progettista e come egli è arrivato al momento del progetto.

Arch. Raffaele Panella

“Panella, nato a Foggia nel 1937, si laurea in Architettura presso l'Istituto Universitario di Architettura di Venezia (IUAV) nel 1963. Nella città veneta si trasferì nel 1959 per seguire il suo grande maestro, Giuseppe Samonà”.¹³

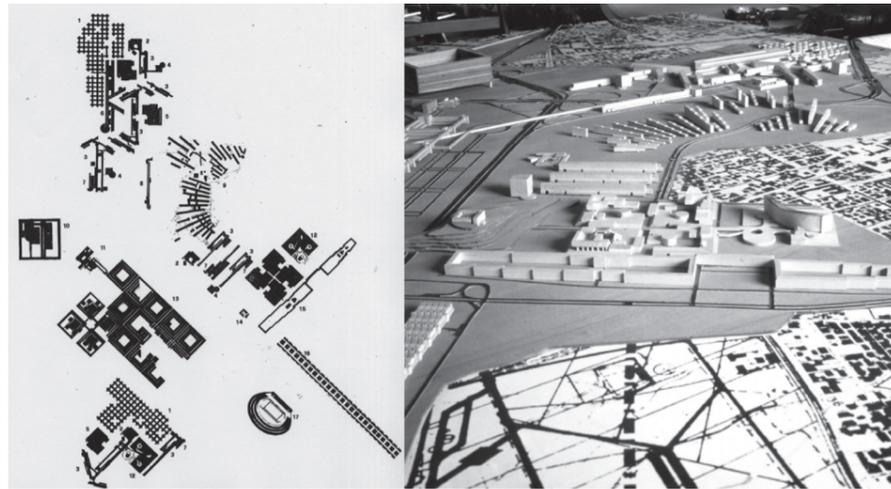


(fig. 65)
Ritratto fotografico di Raffaele Panella
in R. Cantarelli, “Raffaele Panella, L'Architettura del molteplice”, IUAV, Il Poligrafo, Venezia, 2012.

“Nel 1971 diviene professore ordinario, dopo essere stato assistente volontario, poi incaricato e poi borsista; negli anni che vanno dal '69 al '73 fonda, insieme a Carlo Aymonino, Guido Canella, Gian Ugo Polesello e altri ricercatori il Gruppo

¹³ M. Galluzzo, *In ricordo di Raffaele Panella*, in maurizogalluzzo.it

Architettura, attivo negli studi sulla Città; nel 1973 con Aymonino e Costantino Dardi realizza, per la Triennale di Milano, il progetto di *Roma Est*¹⁴.



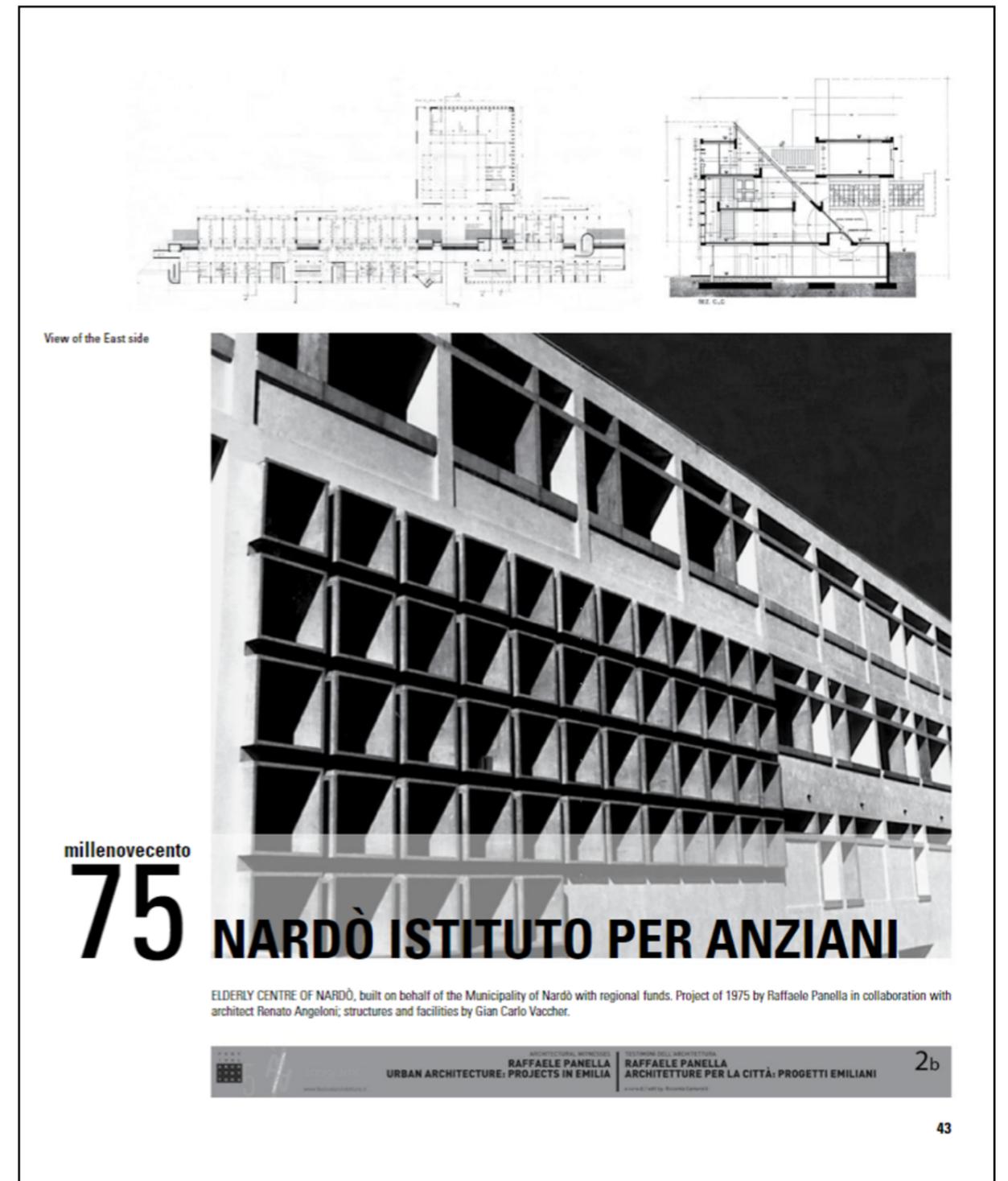
(fig. 66)

La Proposta Architettonica per Roma Est di R. Panella, C. Aymonino e C. Dardi alla XV Triennale di Milano del 1973. Montaggio di architetture note. in "Sull'identità della architettura italiana tra Teoria e Città", F. Visconti, FAmagazine, 2016.

“Nel 1973 fonda il *Dipartimento di Teoria e Tecnica della progettazione urbana* con Polesello e altri colleghi; le sue ricerche veneziane rientrano negli studi promossi dal suo maestro sulla “campagna urbanizzata” e degli studi effettuati dal *Gruppo Architettura* sul rapporto Architettura/Città. Si occupa in questi anni del profilo socio-economico ed urbanistico del Mezzogiorno e realizza, con il laboratorio di ricerca e progettazione POLIS, insieme ad Aldo Musacchio, Ferruccio Orioli, Mario Cresci ed altri, una ricerca ed un’analisi approfondita delle aree povere del Sud Italia, grazie a dei fondi stanziati dal *Comitato dei Ministri per il Mezzogiorno*”¹⁵.

14 M. Galluzzo, op. cit.

15 ibidem



(fig. 67)

Pag. 43 di "Raffaele Panella, L'Architettura del molteplice", di R. Cantarelli, IUAV, Il Poligrafo, Venezia, 2012.



(fig. 68)

Pag. 42 di "Raffaële Panella, L'Architettura del molteplice", di R. Cantarelli, IUAV, Il Poligrafo, Venezia, 2012.

Manuela Raitano nel suo articolo "Per la Costruzione della Città, in ricordo di Lello Panella", ci da uno spaccato del significato del termine progettare per l'architetto:

"l'atto di progettazione di Panella, di un singolo edificio, di un complesso o di un quartiere è sempre concepito come atto di Costruzione della Città e questa vocazione è ancora più forte negli anni in cui realizza il progetto per il Gerontocomio ed il Piano Particolareggiato, testimoniato dal progetto del Piano per Roma Est precedentemente illustrato; ciò che prova a fare l'architetto è quello di dare forma ad un brano di città ex novo le cui regole sono ricavate da quelle ideali dell'urbs, intese come insieme di edifici ed infrastrutture; l'architetto è insomma, per Panella, è colui che disegna contesti civici dotati di Senso proprio, perché dotati di Forma; il progetto non può limitarsi a registrare solo il naturale evolversi delle regole già in atto; deve invece immettere valori nuovi, e può farlo solo ricorrendo alla forma compiuta, autonoma, dei suoi nuovi "pezzi" di architettura; nasce dunque dall'esperienza di quegli anni, in Panella, l'idea che la città sia progettabile, regolabile, riqualificabile attraverso il disegno delle sue parti, in sé formalmente compiute;

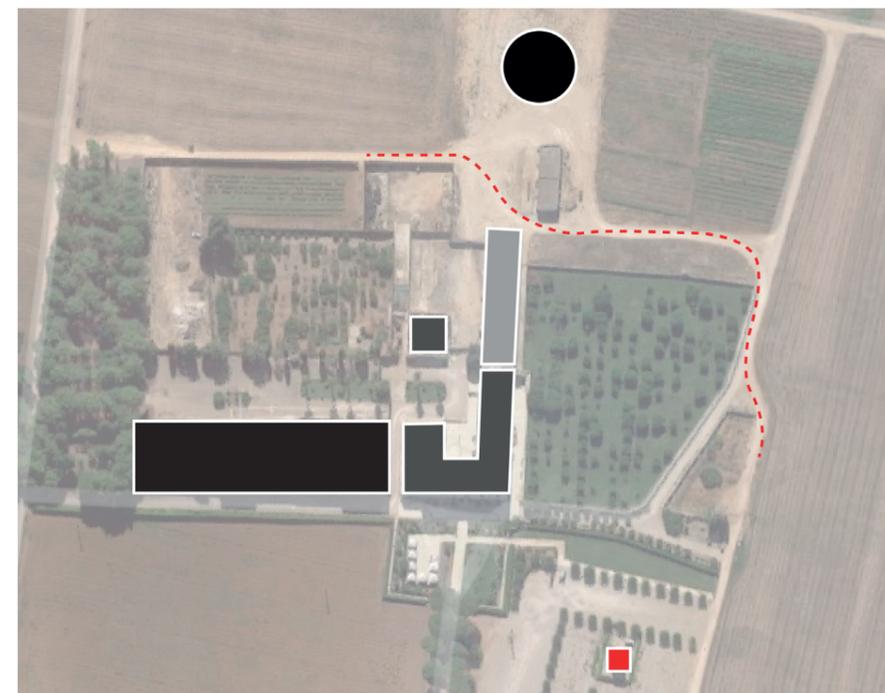
un progetto potrebbe essere inteso come un brano di città disegnato attraverso la ricomposizione di modelli di architetture, detratte dal loro contesto e ricombinate per creare un luogo inedito".¹⁶

14 M. Raitano, *Per la Costruzione della Città, in ricordo di Lello Panella*, in *archidiap.com*

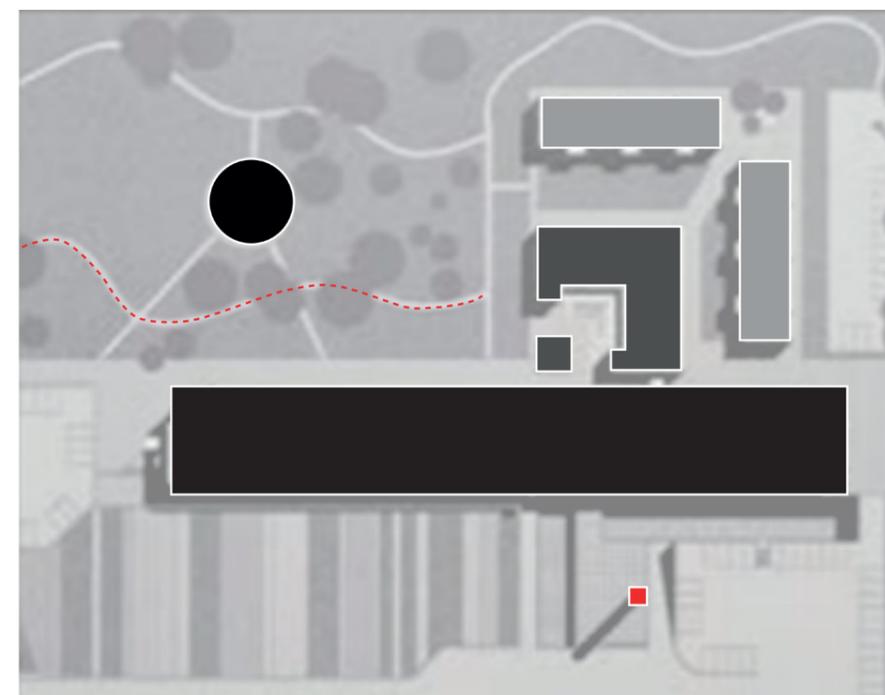
Questo aspetto è stato il punto di partenza dello studio del progetto panelliano, con l'analisi della morfologia e del presumibile brano di città che avrebbe potuto ispirare all'epoca il progettista. La mia idea è che Panella abbia studiato le Masserie Salentine, poichè sono complessi residenziali e lavorativi che hanno delle regole interne ben precise, pur inserendosi perfettamente nel territorio. La presenza di forme geometriche semplici, le connessioni, i percorsi tortuosi, le corti, le torri, sono tutti elementi che, secondo me, sono stati ripresi per il progetto del Gerontocomio. Nella mia analisi metto a confronto una masseria tipica salentina localizzata nel comune di Nardò, la "Masseria la Cornula" e la planimetria del progetto di Panella.



(fig. 69)
Masseria La Cornula in Nardò
in maps.google.it



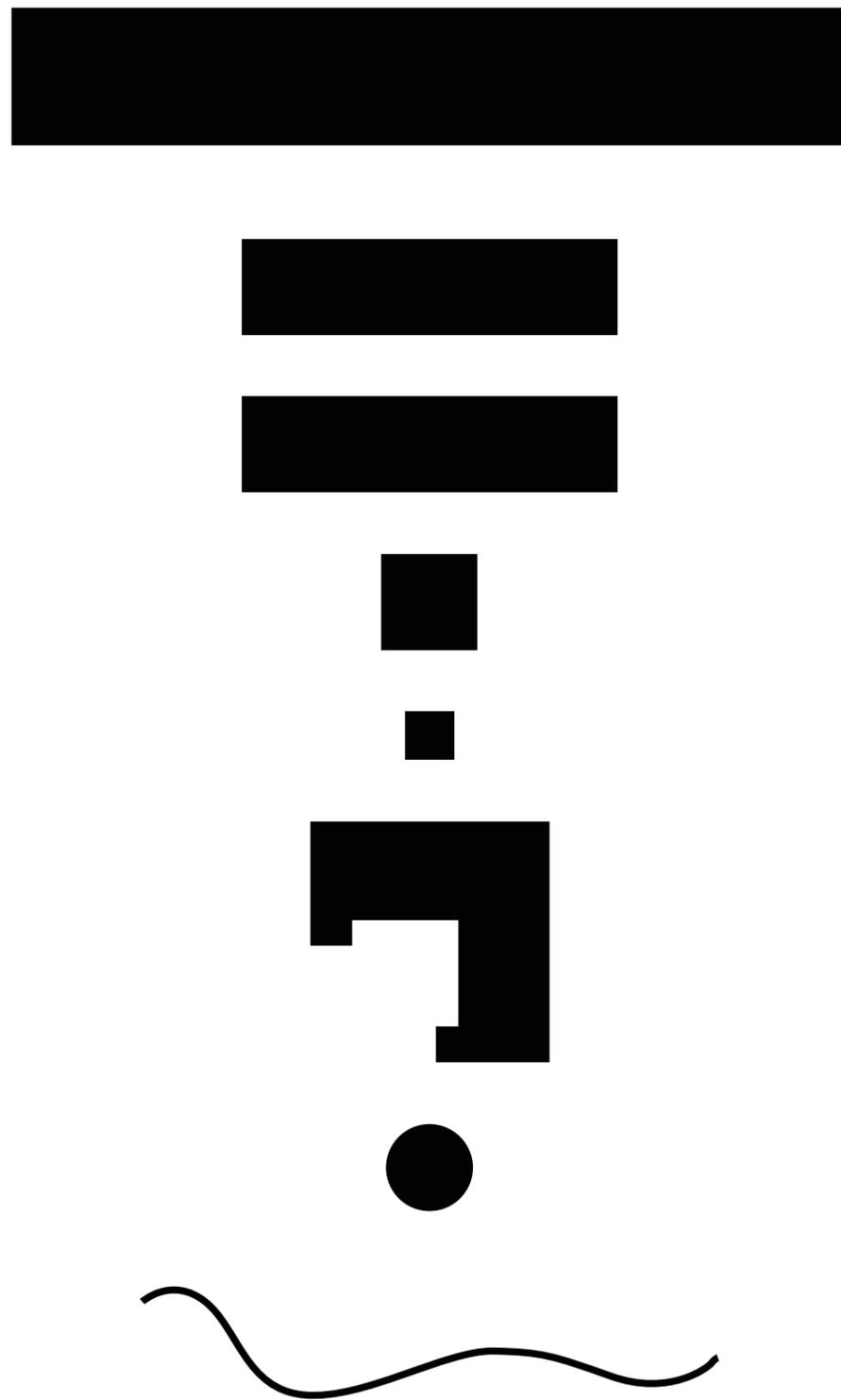
(fig. 222) (elaborazione personale)
Analisi morfologica della Masseria La Cornula



(fig. 70) (elaborazione personale)
Analisi morfologica della Planimetria del progetto di Panella

analisi morfologica / elementi geometrici

timeline



(fig. 71) (elaborazione personale)
Elementi geometrici ottenuti dall'analisi morfologica

1973	Fondazione del gruppo POLIS, di cui fa parte Panella, per lo studio delle aree povere del Sud Italia, grazie a dei fondi stanziati dal Comitato dei Ministri per il Mezzogiorno.
1975	Piano Particolareggiato Panella per il Comune di Nardò + Progetto del Gerontocomio
1979	Inizio lavori
1985	Realizzazione edificio residenziale
1991	Conclusione dei lavori
1992	Modifica Piano Particolareggiato Panella
1995	Procedura ristretta di concessione del Gerontocomio
1997	Variante Piano Particolareggiato Panella + Primo bando di gara (vendita Gerontocomio)
2005	Struttura utilizzata abusivamente (residenze occupate, canile, discarica)
2009	Approvazione Programma PIRP
2010	Realizzazione Area Mercatale + intenzione d'acquisto da parte dell'ospedale San Raffaele
2016	Tentativo di adesione al programma Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati (non andata a buon fine)
2017	Secondo bando di gara (vendita gerontocomio)
2018	Secondo bando di gara, secondo esperimento (vendita o gestione) + acquisto da parte della De Nuzzo SRL (acquisto revocato)
2020	Terzo bando di gara (vendita o gestione)

2.2 mappatura delle controversie

Per capire le dinamiche relative alla realizzazione e le problematiche relative all'abbandono del Gerontocomio (e dell'area circostante), il primo step è stato quello di analizzare il processo in cui essi sono coinvolti.

Come visto in precedenza, Panella, insieme al gruppo POLIS, dal 1973 realizza una ricerca e delle analisi approfondite delle aree povere del Sud Italia grazie ai fondi stanziati dal Comitato dei Ministri per il Mezzogiorno. Negli stessi anni il prof. Luigi Tarricone, cittadino di Nardò, consigliere comunale e poi provinciale, è stato eletto consigliere regionale della Puglia ed è stata sua la proposta di legge che istituì per la prima volta in Puglia gli organi e la regolamentazione della programmazione regionale. Tarricone propose la realizzazione di un Gerontocomio (per il rilancio dell'economia di una città del Mezzogiorno) proprio a Nardò e fu chiamato Panella a realizzare il progetto dell'edificio e dell'area, data l'esperienza accumulata negli stessi anni dal progettista in quel tipo di contesto geografico e sociale. Il progetto è stato redatto nel 1975 subito dopo la realizzazione del Piano Particolareggiato che tutt'oggi ha valenza vincolante ed impone, tra gli altri, i limiti di altezza e di viabilità dell'area.

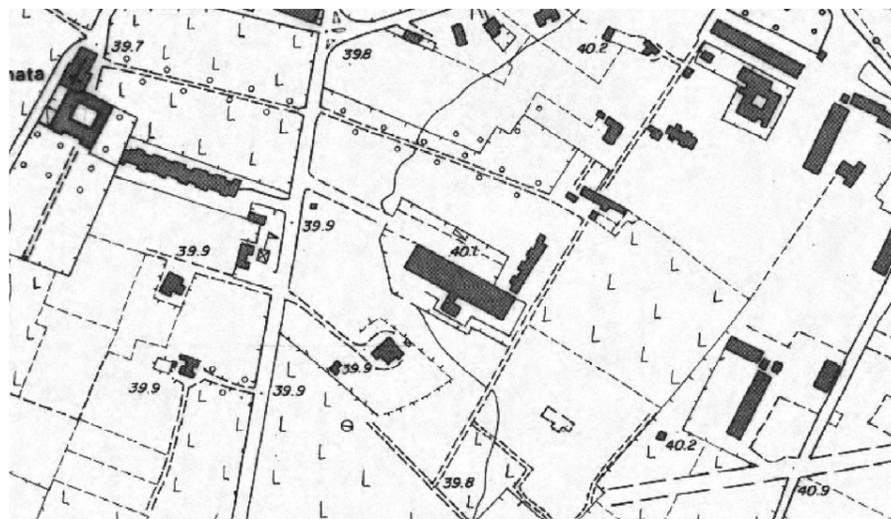
La notizia della realizzazione di una struttura del genere nel paese salentino fu accolta con grande fervore, ma i primi malumori ci furono già nei primi anni di costruzione, iniziata nel 1977. Fu uno scontro a livello politico con l'opposizione a creare alcuni problemi, denunciando lo stato e la gestione dei lavori e la qualità dell'attrezzatura sanitaria; a testimonianza ci sono le dichiarazioni integrali di Angelo Marra, in "la voce di Nardò", del marzo 1979: «Su questi validi presupposti è partita la lodevole iniziativa del Presidente del Consiglio Regionale della Puglia, prof. Luigi Tarricone, di dotare Nardò di un gerontocomio che sia veramente degno di questo nome e che speriamo non diventi il solito ospizio ghetto per anziani poveri, abbandonati dai parenti. Se da un lato infatti l'opera architettonica procede, non ci sembra che da parte di chi dovrebbe occuparsi della gestione si

stia facendo qualcosa. In uno degli ultimi Consigli Comunali si è constatata una confusione totale e preoccupante sul tipo di gestione del gerontocomio; tanto da far rinviare, su proposta del Gruppo Consiliare Socialista, una delibera sull'attrezzatura sanitaria, portata dinanzi al Consiglio Comunale dalla Giunta DC, frettolosamente e senza adeguata preparazione in Commissione. Noi siamo dell'avviso che per un'opera destinata a risolvere un problema così importante per la nostra Città, vi debba essere una convergenza di interessi e una collaborazione di più studiosi, esperti nei vari campi di indagine. Perciò suggeriamo per la migliore realizzazione dell'opera, un lavoro di équipe inteso come lavoro di gruppo di persone esperte, capace di affrontare il problema della gestione in ogni aspetto ed in ogni conseguenza, con la possibilità di portare a conoscenza dei cittadini e degli organi responsabili i risultati relativi ad un campo di così vasta portata. In considerazione, infatti della irreversibile marcia verso il costante incremento della popolazione senile, la collettività deve affrontare tale fatto tendendo verso la sua soluzione globale, attraverso una oculata scelta di interventi. Il problema di fondo è indubbiamente di natura sociologica e va affrontato proprio in termini sociologici, se si vuole pervenire ad un risultato con dimensioni umane, le quali mantengano l'anziano integrato pienamente nel contesto sociale in cui vive. Poiché gli anziani, nella società moderna, non desiderano sopravvivere, ma semplicemente vivere.»¹

I lavori proseguirono ma i dubbi e le incertezze erano fondate, infatti immediatamente dopo la realizzazione l'edificio è stato abbandonato, non vedendo mai alcun tipo di utilizzo. L'amministrazione ha cercato di guadagnare tempo realizzando la manica residenziale giustapposta al Gerontocomio, prendendo come riferimento il progetto panelliano, modificandone però morfologia e posizionamento, non rispettando dei vincoli urbanistici importanti come il distanziamento delle facciate, che trascina delle problematiche fino ai giorni nostri, poiché se le due maniche hanno funzioni differenti o non sono connesse adeguatamente,

¹ A. Marra, *I dinosauri*, in lavocedinardo.it

entrambi i prospetti, per una lunghezza di 15m dal limite di facciata, devono essere ciechi non potendo così sfruttare le aperture già esistenti in un'eventuale rifunzionalizzazione del complesso.



(doc. 1)

1. Cartografia Catastale anno 1985
in urbismap.com

Un evento importante avviene nel 1992 quando vi è la prima modifica del Piano Particolareggiato Panella da parte dei progettisti ing. Aldo Leuzzi, ing. Walter Albanese ed ing. Giuseppe Plantera, che lo aggiornarono nuovamente nel 1997 con la "Variante al Piano Particolareggiato delle aree interessate dalle nuove attrezzature di livello urbano", grazie alla deliberazione del C.C. n. 106 del 15 luglio 1997, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 della legge regionale 31 maggio 1980, n.56.

Tra la prima modifica e il successivo aggiornamento, vi è stata una prima manifestazione di interesse da parte delle istituzioni pubbliche, volta ad occupare ed a riqualificare l'edificio, tramite il decreto legislativo n.157 del 17 marzo 1995, che però non ha portato ad i risultati sperati dato che non vi è stato nessun tipo di interesse alla concessione, probabilmente per motivi sociali e culturali, oltre alle pretese economiche elevate.

Dopo il primo fallimento, il Comune di Nardò, circa due anni dopo,

riprovò a concedere la gestione del Gerontocomio (mentre le residenze iniziavano ad essere utilizzate per edilizia sociale) tramite la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 agosto 1997 (anno 138° - num. 193) un bando di gara così recitante: «Procedura ristretta (decreto legislativo n.157 del 17 marzo 1995). Comune di Nardò [...] oggetto della concessione: organizzazione e gestione dei servizi sanitari e sociali [...] adeguamento normativa vigente nel periodo di validità del contratto, completamento e ripristino dell'edificio e dell'area annessa del Gerontocomio comunale.» L'importo stimato di concessione era pari a L. 5.327.000.000; anche questa volta il bando di gara risultò nullo, senza nessun vincitore. Gli anni successivi sono stati forse i più bui, poiché l'edificio è stato occupato abusivamente, poi sgomberato nell'arco di un paio di anni, nel 2005. Ormai il Gerontocomio era un'ex promessa non mantenuta, un edificio in rovina.

Un'altra svolta che ha spronato le istituzioni ad occuparsi della riqualificazione dell'area del Gerontocomio è stata l'approvazione nel 2009 del *Programma Integrato Riqualificazione Periferie* (PIRP) e la conseguente proposta da parte dell'assessore all'Urbanistica e Ambiente in carica quell'anno, ovvero Mino Natalizio, di realizzare una nuova area mercatale nella zona 167, spostandola quindi dal centro storico. L'anno successivo, con la deliberazione di C.C. n. 50/2010, ci fu l'approvazione del "Piano Comunale per il Commercio su Aree pubbliche" e quindi la realizzazione della nuova Area Mercatale, che spostò l'attenzione nuovamente su quell'area, riqualificandola e rimettendola al centro del dibattito cittadino, grazie anche ad iniziative sportive e culturali.

Nello stesso anno ci fu l'intenzione d'acquisto del Gerontocomio da parte dell'Ospedale San Raffaele di Milano che voleva espandere i suoi poli. Acquisto però che non si concretizzò per motivi burocratici.



(fig. 72)
 Manifestazione sportiva nell'Area Mercatale
 (fotografia di L. Falangone)
 in piazzasalento.it

Il Comune, fiutando l'occasione, prova a richiedere l'adesione al *Programma dei Richiedenti Protezione ed Asilo*, che però non si concretizzerà per vari motivi: probabilmente è stata solo una falsa notizia diffusa da testate giornalistiche all'opposizione, o probabilmente il dissenso cittadino alla notizia è stato più forte di ogni presumibile vantaggio economico. L'edificio, in ogni caso, grazie alla realizzazione dell'Area Mercatale ha visto di nuovo uno spiraglio in fondo al tunnel, quindi è stato realizzato un nuovo bando di gara nel 2017, ora volto all'acquisizione dell'immobile, e non più alla gestione. Nuova proposta, stesso risultato: nessun vincitore. Il consiglio comunale, l'anno successivo, decise di ripristinare lo stesso bando di gara, con il 2° esperimento, questa volta aggiungendo la possibilità di ascoltare proposte progettuali e dare in gestione l'edificio. Questa scelta viene premiata, poiché per la prima volta, un bando di gara ebbe un vincitore: si tratta della ditta di costruzione De Nuzzo SRL che, con il progetto dei suoi architetti propone la realizzazione di due RSA ed un punto nascite, volontà del sindaco di Nardò Giuseppe Mellone, tutt'oggi in carica. La notizia fu colta con grande entusiasmo, sia dai cittadini che dalle fazioni politiche. Ma c'è un però, dopo aver realizzato i progetti e mentre si stava avviando la riqualificazione dell'immobile, ci fu

un'interrogazione consiliare prodotta dal Vicepresidente del Consiglio Comunale Giancarlo Marinaci: «L'amministrazione comunale non ha seguito l'iter previsto dal Codice degli Appalti.» In conclusione, l'acquisto fu revocato per illeciti amministrativi. L'ultimo bando di gara, sempre non andato a buon fine, fu fatto nell'anno 2020, con oggetto l'acquisto o la gestione del Gerontocomio.

intervista ad F.F., residente del comune di Nardò

Salve signora, ha qualche ricordo del Gerontocomio di Nardò?

Certo, ma ero ancora una bambina, avevo solo 15 anni. Sentivo spesso i miei familiari parlare di questo nuovo edificio, un istituto per anziani voluto dalla Regione e donato proprio a Nardò.

Era visto come un'opera importante?

Ne parlavano bene di quest'opera architettonica, doveva essere una struttura importante per il paese. Non era un punto di riferimento per tutti noi perché all'epoca la costruzione era in periferia, fuori dal centro abitato e quindi dalla vita quotidiana. Nardò era in fase di espansione ed i cittadini non avevano la piena coscienza di ciò che stava accadendo.

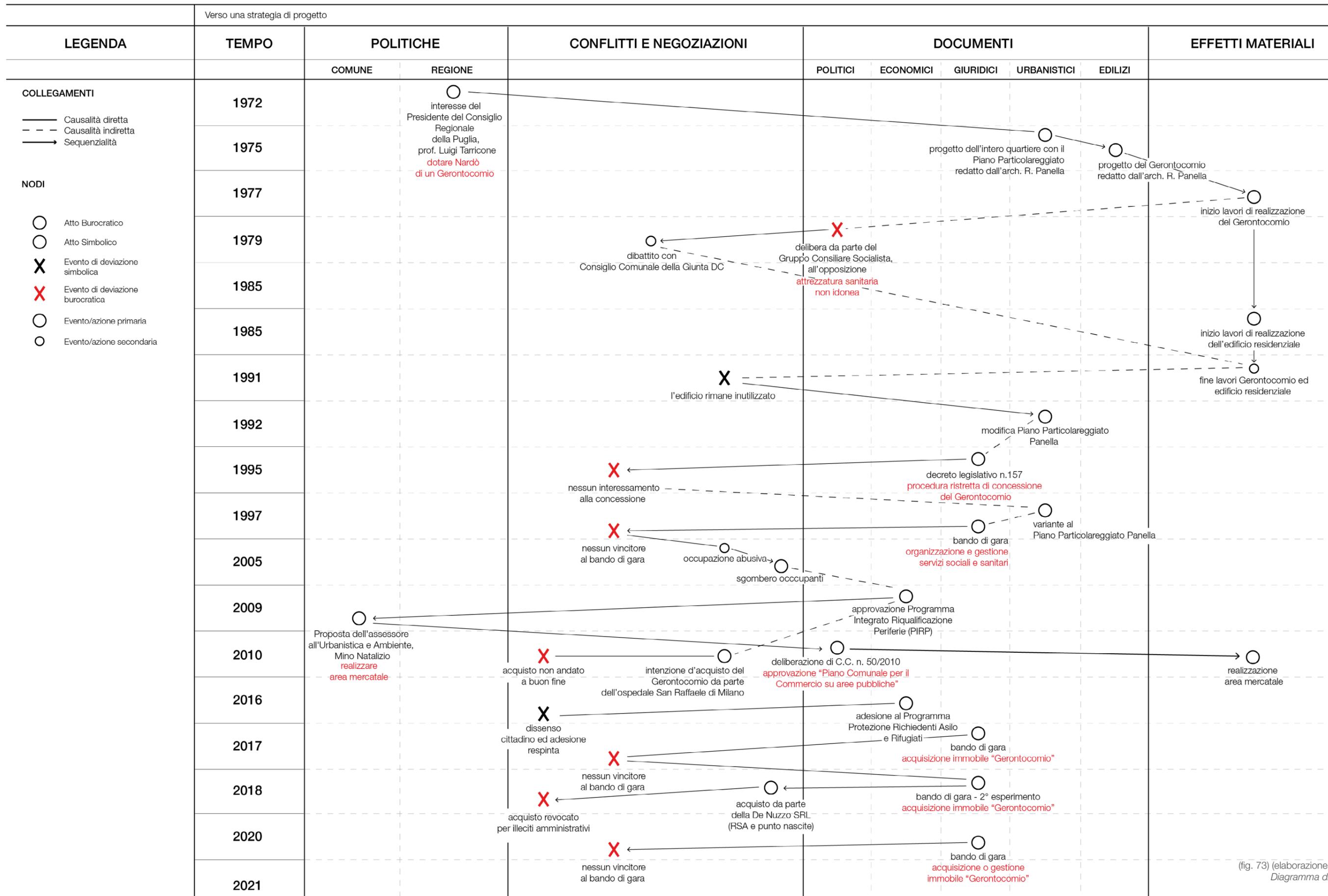
Ci sono stati dibattiti per il mancato utilizzo del Centro?

Inizialmente non aveva fatto scalpore il fatto dell'inutilizzo e della mancata inaugurazione del posto perché sembrava essere ancora in fase di costruzione ed organizzazione. Solamente qualche anno più in là si sono accesi i dibattiti.

Secondo lei perché non ha funzionato?

La colpa in primis è da affidare alle istituzioni pubbliche perché ci sono stati degli scontri tra opposizione e maggioranza; problemi che, invece di risolversi, andavano ad aumentare sempre di più. Inoltre in quegli anni ancora non si percepiva bene l'idea di un istituto per anziani, perché si pensava che i genitori anziani dovessero essere custoditi ed assistiti dai figli come si era sempre fatto fino a quel momento e, affidare un anziano ad un centro pubblico, era visto come un abbandono dei genitori da parte dei figli.

GERONTOCOMIO + area di pertinenza



(fig. 73) (elaborazione personale)
 Diagramma di Shenzhen

2.3 vincoli e contratti

i dati

I dati dimensionali dell'ambito progettuale:

- **Sup. Territoriale: 27.740,00 mq**
- **Sup. Fondiaria: 19.020,00 mq**
 - * Gerontocomio: 11.960,00 mq
 - * Residenze: 740,00 mq
 - * Servizi: 1.280,00 mq
 - * Area mercatale: 5040,00 mq
- **Sup. Lorda di Pavimento (SLP): 2.295,00 mq**
 - * Gerontocomio: 1650,00 mq
 - * Residenze: 465,00 mq
 - * Servizi: 180,00 mq

Il fabbricato (denominato Gerontocomio) appartiene al Comune di Nardò (LE) ed è attualmente in stato di abbandono, danneggiato da atti vandalici e incuria. Sull'edificio non insistono specifici vincoli ambientali o storici. L'intervento non interferisce con i collegamenti viari presenti in zona in quanto già strettamente strutturato sia per la parte carrabile che per quella dei collegamenti pedonali alla rete stradale del centro cittadino.

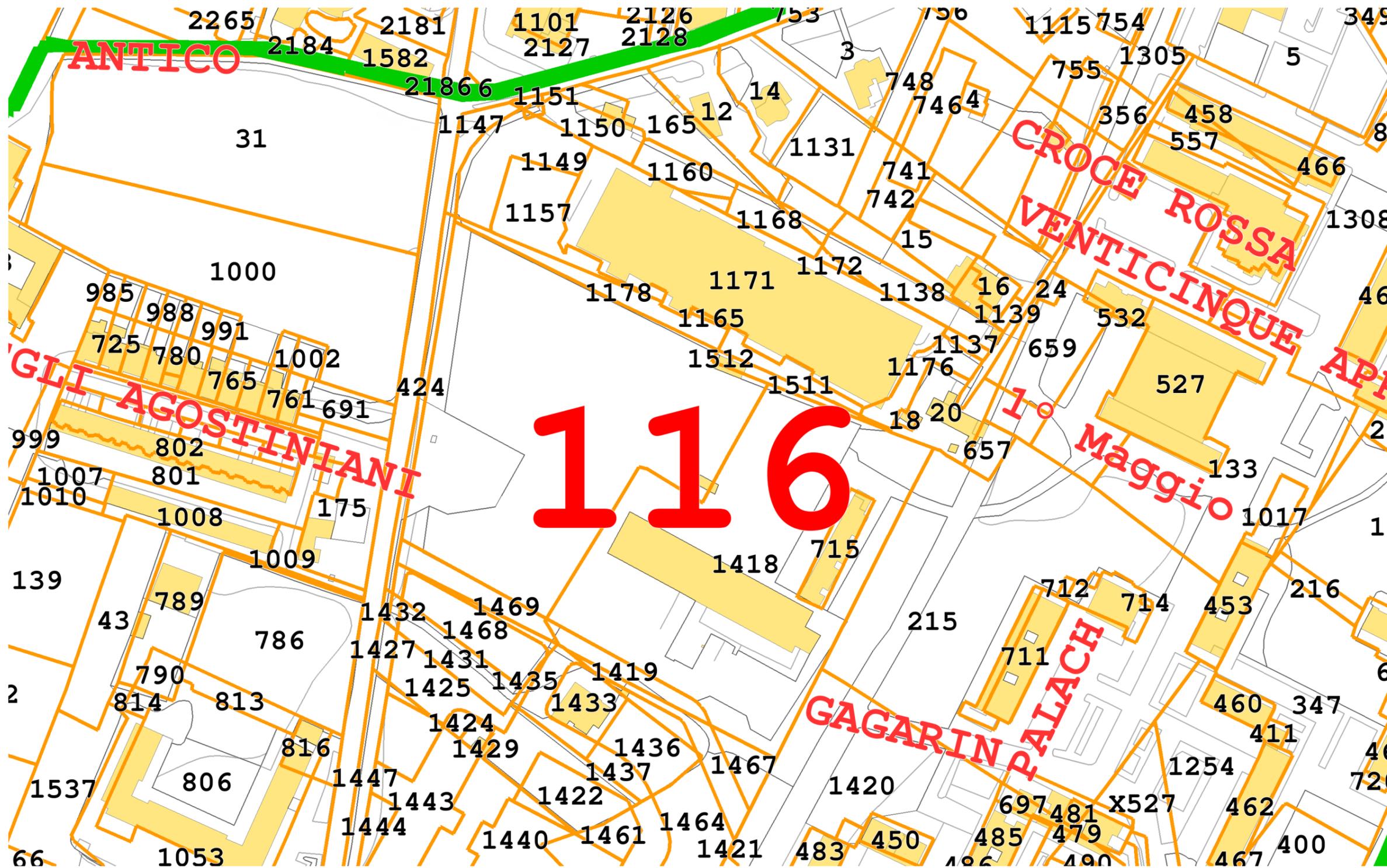
Il progetto non introduce alcuna modificazione al sistema della viabilità esistente; l'ambito urbanistico inoltre dispone già di un numero sufficiente di spazi a parcheggio e adibiti ad aree verdi.

- **Superficie complessiva di mq 5.265,00:**
 - * piano seminterrato mq 1225,00 +
 - * piano terra mq 1320,00 +
 - * piano primo mq 1220,00 +
 - * piano secondo mq 1500,00;
 - * terreno di pertinenza di circa mq 9.500,00;

sito in Nardò alla via Aldo Moro 87; il tutto insistente nel catasto terreni del Comune di Nardò da stralciarsi dalle particelle 1416 e 1418 del foglio 116 (doc. 2).

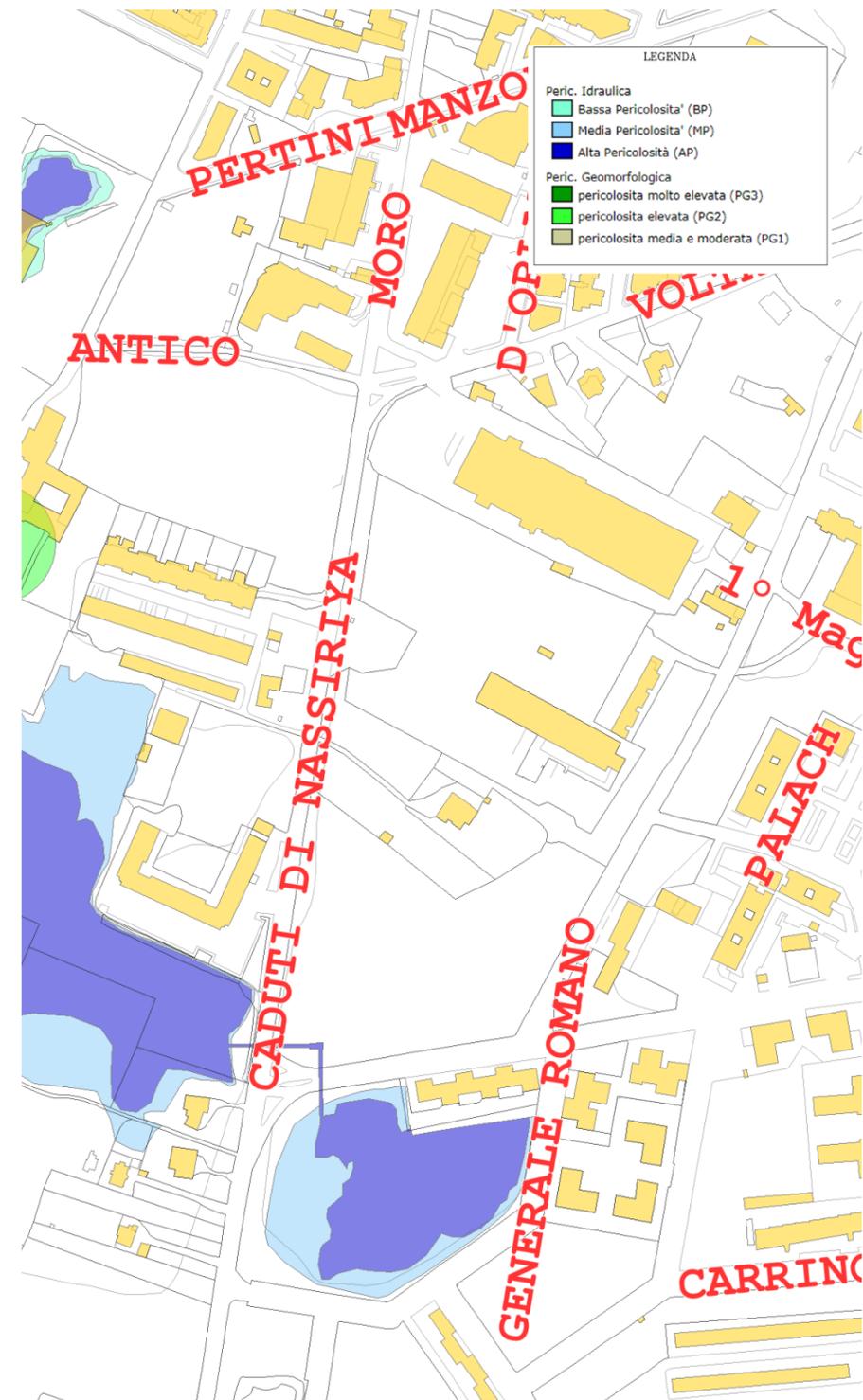
L'area di intervento insiste per la maggior parte della propria superficie territoriale nella Classe II della zonizzazione acustica, ovvero quella che riguarda le aree ad uso prevalentemente residenziale; mentre per una piccola porzione di territorio è inclusa nella Classe IV, nelle aree di intensa attività umana, proprio perchè a ridosso della strada provinciale Nardò-Gallipoli. (doc. 6)

Il sito non ricade in area a rischio idrogeologico, come si può vedere nel piano di assetto idrogeologico (PAI) del 2016 (doc. 7).



doc3. zonizzazione acustica

doc4. piano di assetto idrogeologico (PAI) 2016



le regole

Il terreno di pertinenza ricadeva originariamente:

- per *mq 960,00* in zona di Piano regolatore definita B11;
- per *mq 690,00* in zona di Piano regolatore definita F14;
- per *mq 2.540,00* in zona di Piano regolatore definita F24;
- per *mq 4.450,00* in zona di Piano regolatore definita F26;
- per *mq 1.205,00* in zona di Piano regolatore definita Superficie Viaria;
- per *mq 515,00* in zona di Piano regolatore definita Fascia di Rispetto.

Il Comune di Nardò è dotato di Piano Regolatore Generale, adeguato con G.R. n.° 345 del 10/04/2001. Secondo la zonizzazione e le norme del vigente P.R.G. il presente intervento oggi ricade:

- per *mq 2.800,00* in zona di Piano regolatore definita B11;
- per *mq 12.250,00* in zona di Piano regolatore definita F12;
- per *mq 6.690,00* in zona di Piano regolatore definita F26;
- per *mq 3.800,00* in zona di Piano regolatore definita Superficie Viaria (F13-14);
- per *mq 1.200,00* in zona di Piano regolatore definita Fascia di Rispetto.

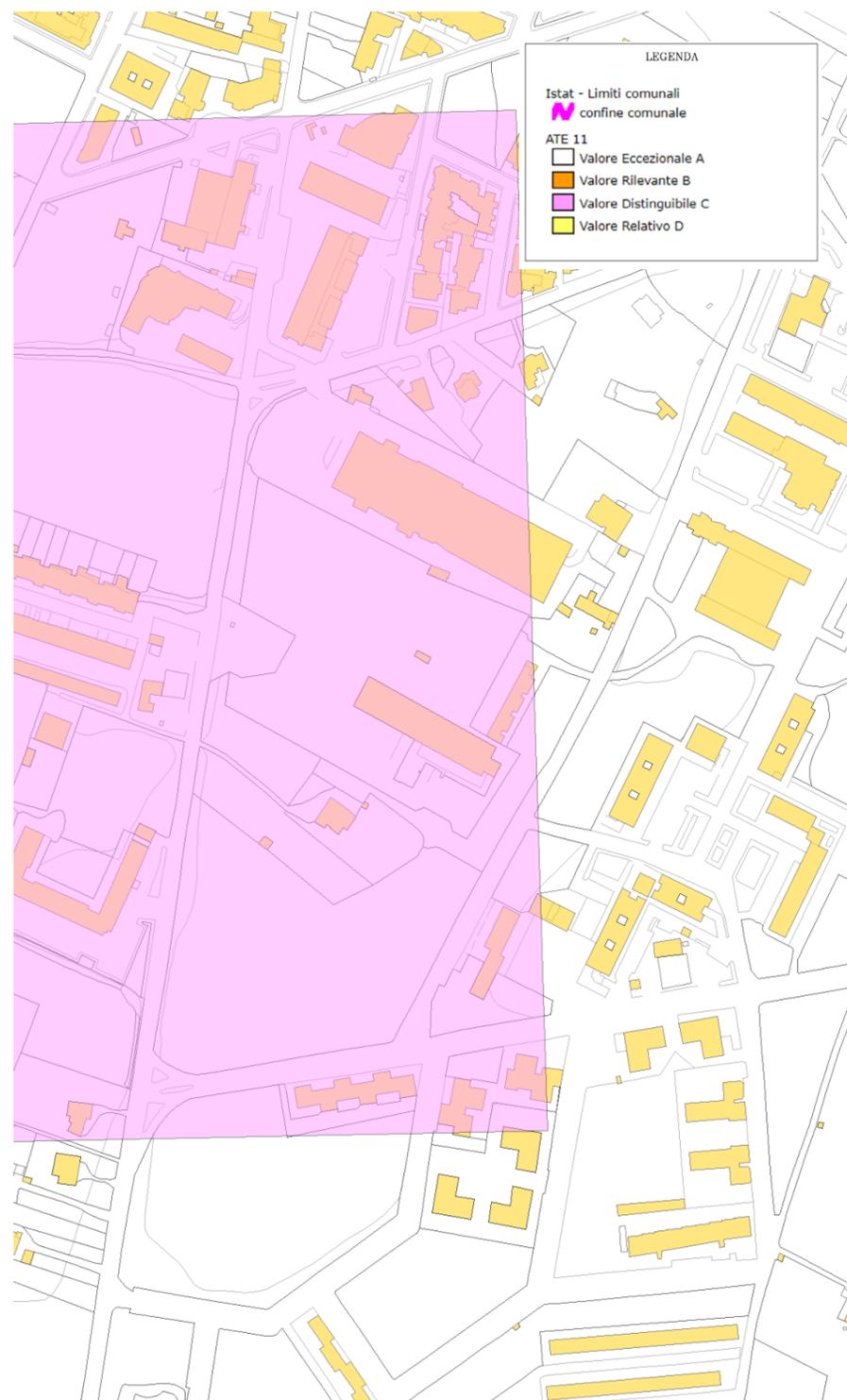
L'area è inserita nell'area di "Valore distinguibile C" dell' ATE 11, ovvero la planimetria riguardante gli ambiti territoriali estesi, redatto per il Piano Urbanistico Territoriale tematico "Paesaggio". (doc. 8)

Per valore distinguibile ("C"), si intendono le zone laddove sussistano condizioni di presenza di un bene costitutivo anche senza prescrizioni vincolistiche preesistenti; ciò vuol dire che bisogna agire rispettosamente nei confronti delle aree verdi e della faunistica presente in determinata area. In questi ambiti c'è bisogno di: salvaguardia

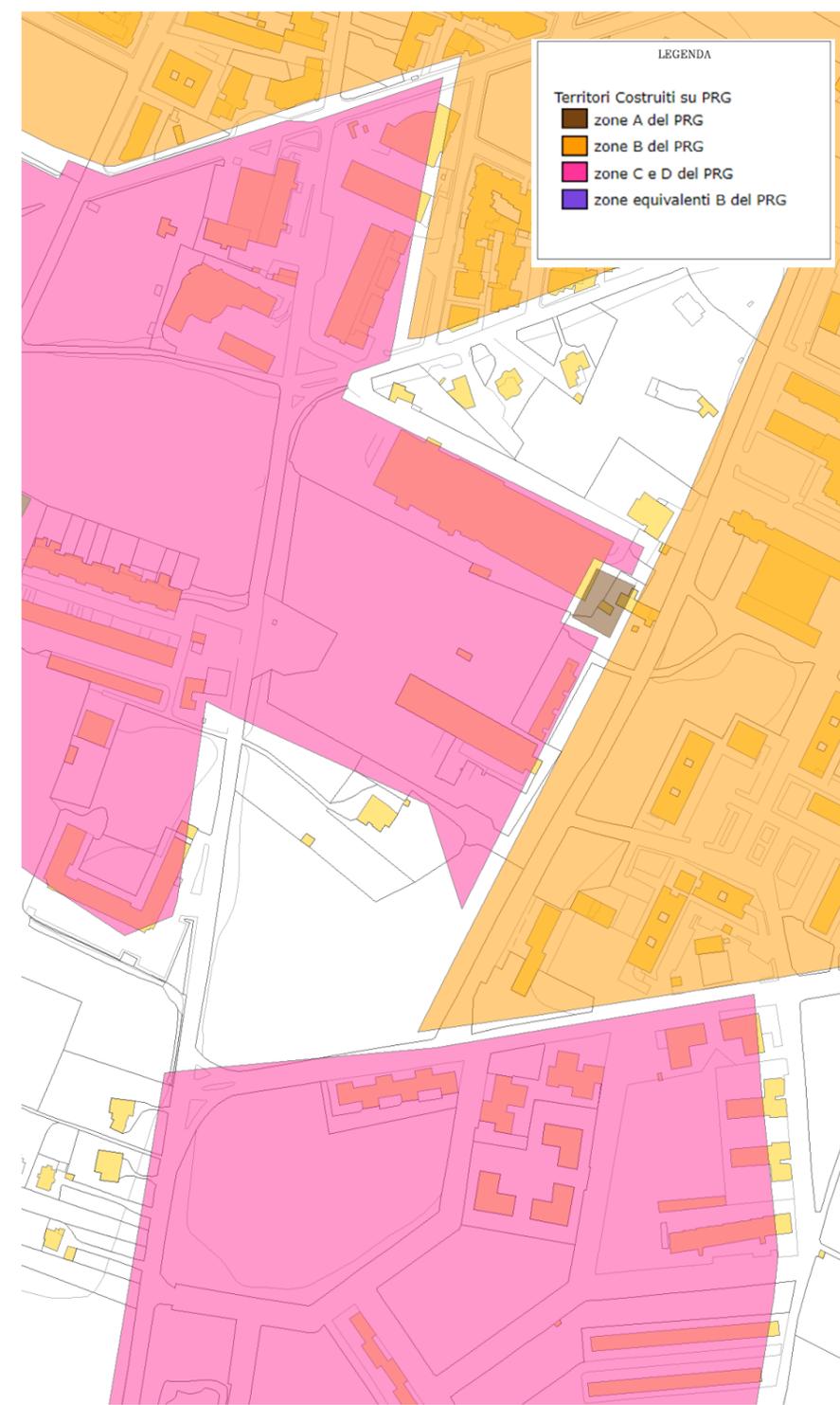
e valorizzazione dell'assetto attuale se qualificato; trasformazione dell'assetto attuale, se compromesso, per il ripristino e l'ulteriore qualificazione; trasformazione dell'assetto attuale che sia compatibile con la qualificazione paesaggistica.

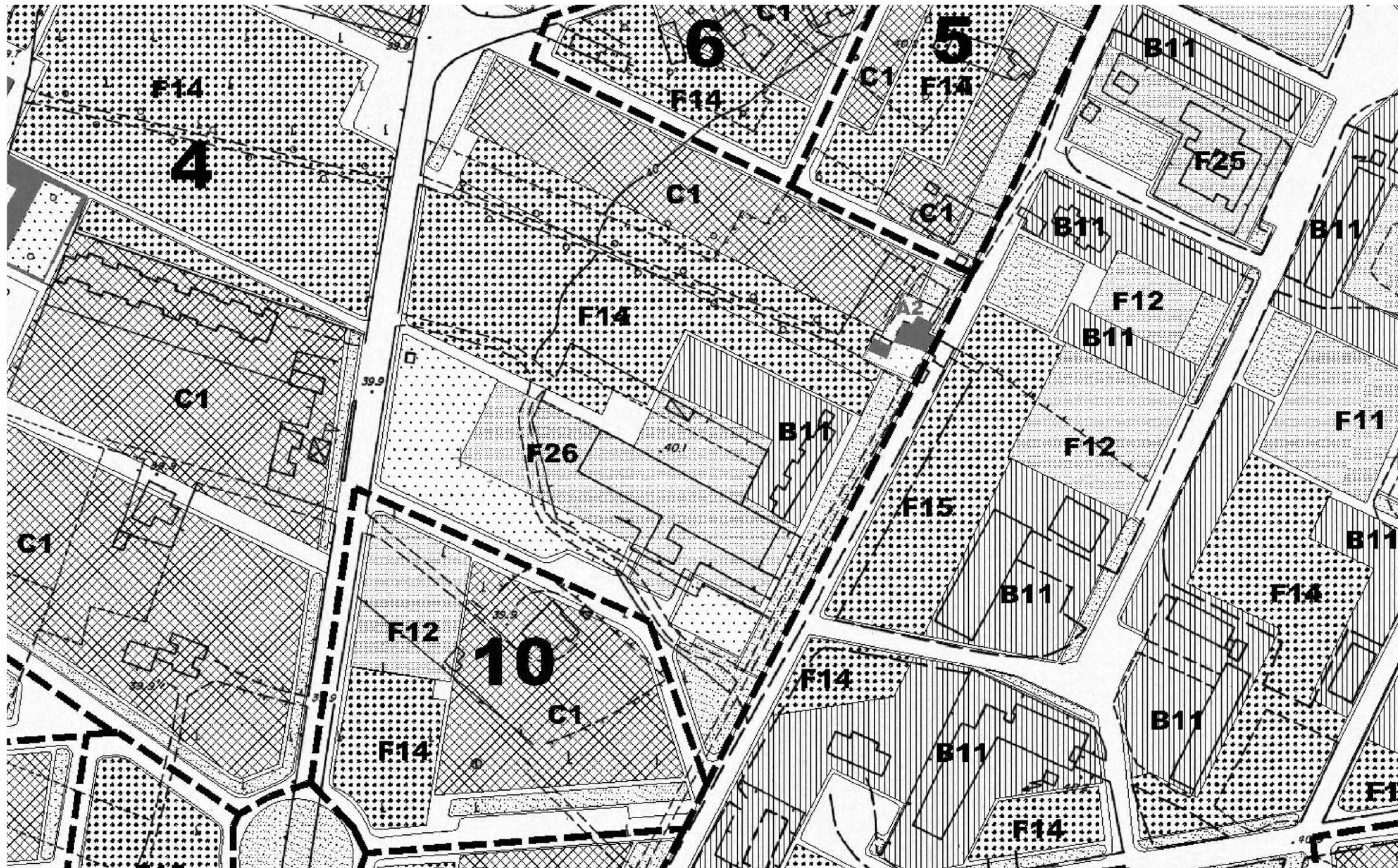
Tramite la Deliberazione del C.C. n. 31 del 27/03/2010 è stato approvato il piano delle alienazioni e che in tale piano è inserito anche il Gerontocomio Comunale. Attualmente la destinazione d'uso dell'immobile è: "struttura socio-sanitaria", inquadrabile nella zona "D" del PRG (doc. 9), ma si da atto che la suddetta deliberazione costituisce variante alla destinazione d'uso e pertanto, all'originaria destinazione si aggiungono le ulteriori seguenti destinazioni: residenziale, direzionale, commerciale, artigianale e turistico-alberghiera.

doc5. ambiti territoriali estesi (ATE 11)

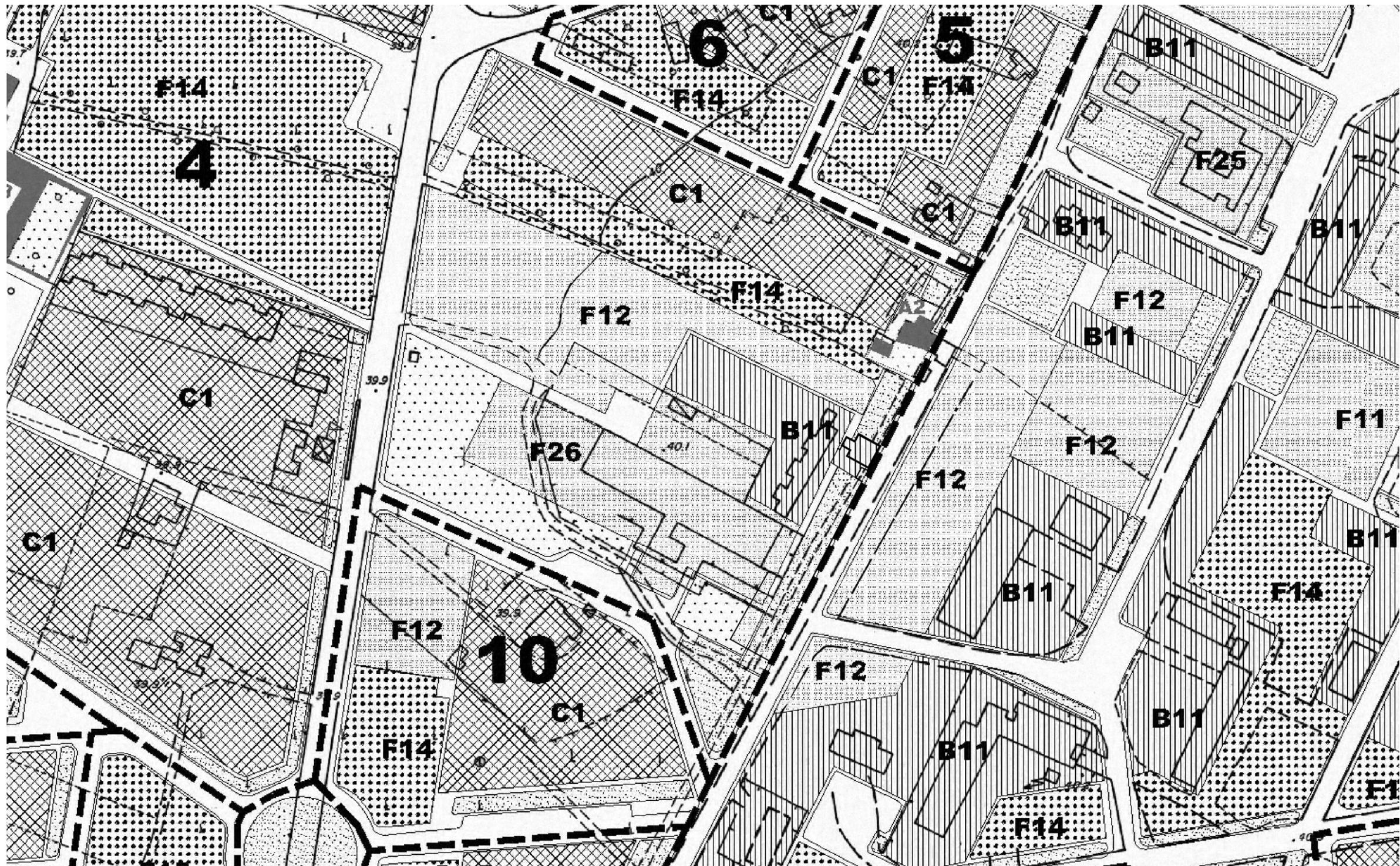


doc6. territori costruiti su PRG





doc8. piano regolatore generale (PRG) adeguato allo stato di fatto
(ri-elaborazione personale)



Zona B11

In tali zone sono consentite le seguenti destinazioni: residenze, uffici privati e studi professionali, associazioni sociali, culturali, religiose e politiche, agenzie di credito e assicurazioni, commercio al dettaglio ed artigianato di servizio, ristoranti, bar ed attività ricreative, edifici per parcheggi di autoveicoli (autosilo). Con il rispetto dei seguenti indici massimi e prescrizioni:

- Indice di fabbricabilità fondiaria IF: 3,50 mc/mq.
- Rapporto di copertura RC: 0,60 mq/mq.
- Altezza massima; H max: 14,00 m.
- Numero dei piani fuori terra: NP = 3 + piano terra
- Arretramento dal filo stradale: secondo l'allineamento previsto nelle tavole di P.R.G., o in mancanza, in linea con gli edifici adiacenti per nuovi edifici é prescritta la distanza minima assoluta di m. 10,00 tra pareti finestrate e fronti di edifici antistanti. Il distacco minimo delle fronti interne dai confini non potrà essere inferiore a m. 5,00. Tali norme non vanno applicate nel caso di allineamenti stradali preesistenti;
- nuove costruzioni in confine con lotti edificati dove la distanza tra costruzione esistente e relativo confine risulti inferiore a m. 5,00. Sono ammesse costruzioni in aderenza sul confine laterale.

Negli interventi di nuova costruzione, di ampliamento (escluso le sole sopraelevazioni) e di sostituzione edilizia dovranno essere previste aree per parcheggi privati nella misura di cui all'art.10 delle presenti norme.

Art. 10-Parcheggi: i sensi dell'art.18 della legge n° 765/'67 , come modificato dall'art.2 della legge 24.3.89 n. 122, nelle nuove costruzioni o ricostruzioni devono essere riservate aree per parcheggi privati nelle seguenti misure:

- per le aree residenziali: 1 posto auto per appartamento anche monocalera e comunque non meno di un metro quadrato per ogni

dieci metri cubi di costruzione;

Zone F.III/F.16: Attrezzature e servizi di quartiere. Comprendono gli edifici pubblici esistenti e le zone già interessate o destinate ad attrezzature o servizi pubblici di quartiere in applicazione degli standard stabiliti dal P.R.G. Per questo motivo, grazie ad una deliberazione, le zone precedentemente previste dal PRG come F14 (verde attrezzato) sono state trasformate in F12, per poter realizzare l'area mercatale attualmente presente.

Zona F12

Attrezzature Civili Di Interesse Comune. Comprendono le aree e gli edifici destinati alle seguenti attrez a livello di quartiere; e partecipative (centro culturale, sale per riunioni ed esposizioni, mostre, proiezioni); sociali, sanitarie ed assistenziali di quartiere, centro di servizi per anziani, consultori ; commerciali pubbliche e ricreative (mercati, ristoro e servizi collettivi di quartiere, centri ricreativi) ; direzionali di quartiere. Le attrezzature commerciali, ricreative e direzionali possono essere realizzate mediante concessione convenzionata a termine da altri enti o privati che ne assumano la gestione soggetta al pubblico controllo. Per gli interventi si applicano i seguenti indici e prescrizioni:

Indice di Fabbricabilità Fondiaria IF: 3,00 mc./mq.

Altezza massima Hmax: 12,00 m.

Parcheggi mq. 1 ogni 5 mq. di Su

Le attrezzature F12 possono trovare sistemazione in edifici esistenti di interesse storico, artistico ed ambientale purché le specifiche destinazioni siano compatibili con i caratteri degli edifici e non contrastino con le prescrizioni per essi stabilite. In tal caso gli interventi sono soggetti alle prescrizioni specifiche stabilite in rapporto alla classificazione degli edifici interessati.

Negli altri edifici esistenti sono consentiti interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

Zona F26

Comprendono gli edifici e le aree già destinate alle strutture assistenziali e para-sanitarie e le zone che il P.R.G. destina a tali attrezzature e servizi in rapporto alle esigenze urbane e comprensoriali. Per gli edifici esistenti sono ammessi interventi di ordinaria e straordinaria manutenzione, di risanamento igienico edilizio, di ristrutturazione e di ampliamento.

Nelle aree F.26 del comparto n.4, destinate al Gerontocomio Comunale, gli interventi si attuano in conformità alle previsioni del progetto già approvato dall'Amministrazione Comunale e del relativo Piano Particolareggiato "Panella", marzo 1992 (doc. 12-13-14-15):

Zona A-5

Superficie territoriale St: 31.687,00 mq

Indice di Fabbricabilità Territoriale IT: 1,50 mc./mq. (variazioni consentite non superiori al 10%)

Volume massimo realizzabile V: 47.531 mc

Rapporto massimo di copertura Q: 25%

Verde: 13.104,00 mq

Parcheeggi: 4.500,00 mq

Viabilità: 2.315,00 mq

Altezza massima Hmax (F26): 10,50 m.

Altezza massima Hmax (B11): 7,50 m.



(fig. 74)

Particolare della vela e del corpo scala
(fotografia personale)

doc9. piano particolareggiato Panella su mappa catastale
(tav.2)

doc10. planovolumetria piano particolareggiato Panella
(tav.6)



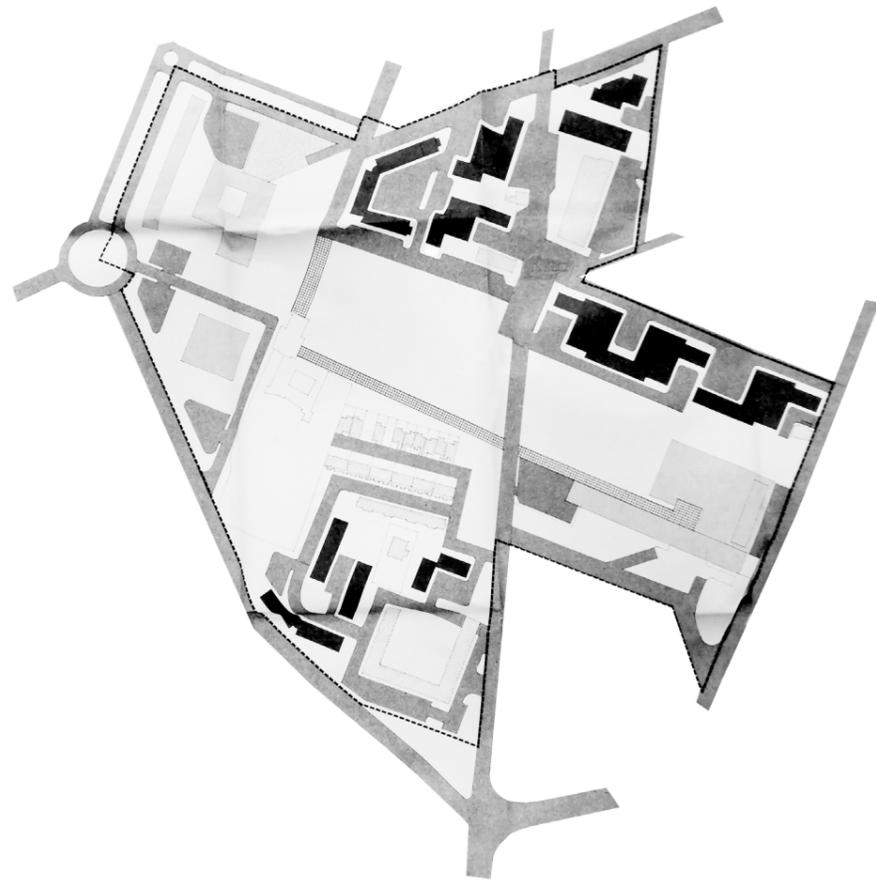
LEGENDA

-  LIMITE DELL'AREA INTERESSATA DAL P.P.
-  EDIFICI DI VALORE MONUMENTALE
-  MANUFATTI DI VALORE MONUMENTALE
-  EDIFICI ESISTENTI O IN CORSO DI REALIZZAZIONE
-  EDIFICI DI PROGETTO
-  AREE VERDI DA ASSOGGETTARE A SERVITU' PUBBLICA
-  AREE VERDI
-  VIABILITA' PEDONALE
-  VIABILITA' MECCANICA E PARCHEGGI DI SUPERFICIE
-  LIMITE AREA INTERVENTO UNITARIO
-  LIMITE UNITA' MINIMA DI INTERVENTO
-  EDIFICI DA DEMOLIRE
-  FILI FISSI
-  STAZIONE DI SERVIZIO

doc11. viabilità di progetto piano particolareggiato Panella
(tav.4)

LEGENDA

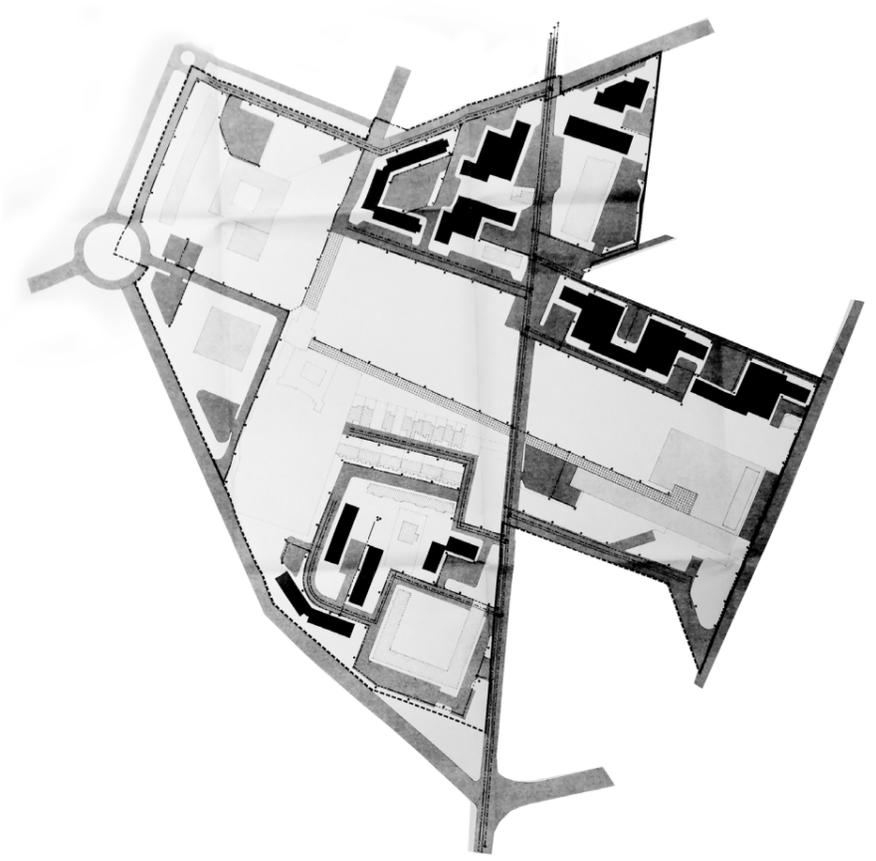
-  LIMITE DELL'AREA INTERESSATA DAL P.P.
-  VIABILITA' MECCANICA E PARCHEGGI
-  VIABILITA' PEDONALE
-  PARCHEGGI INTERRATI



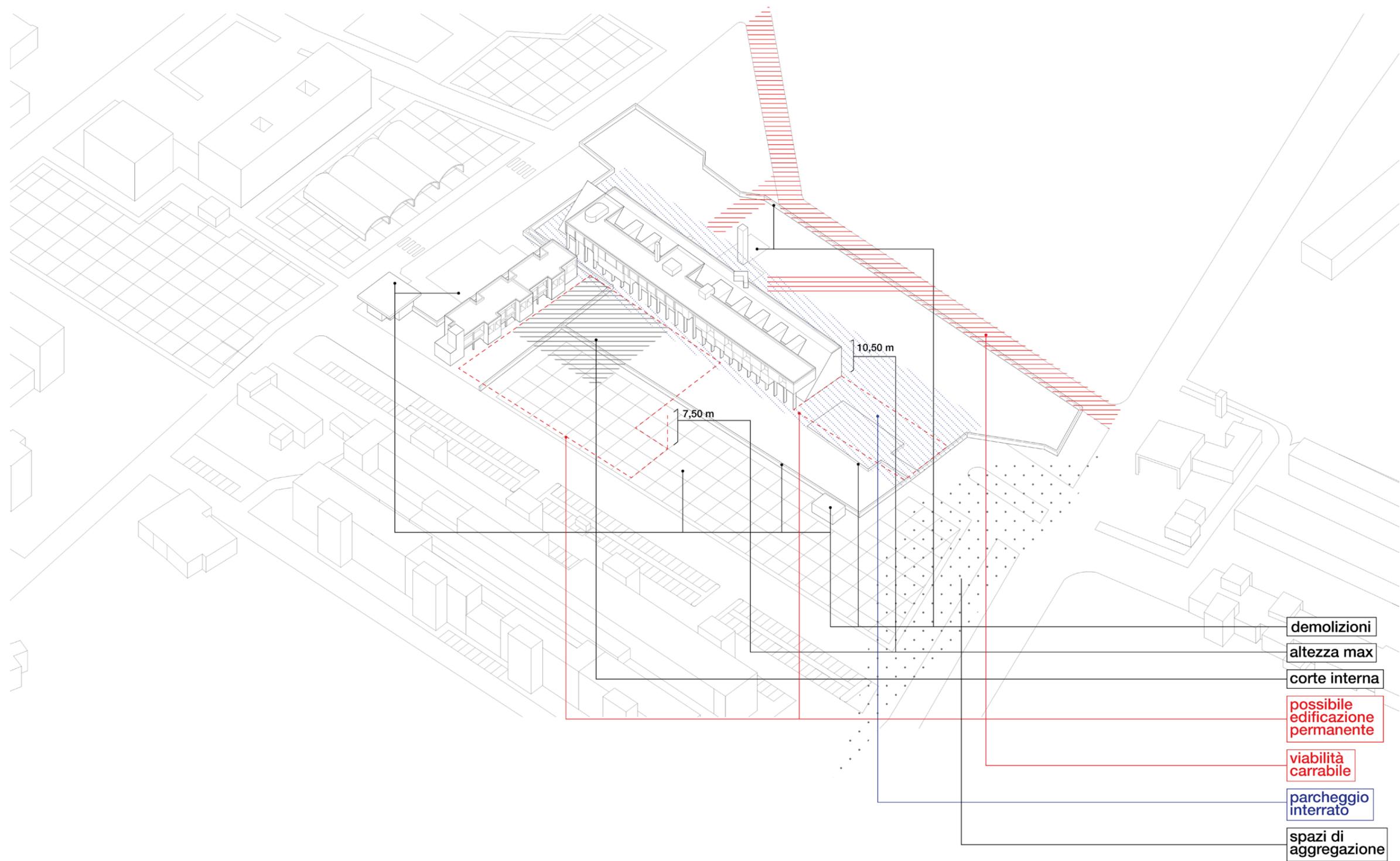
doc12. progetti schematici dei servizi tecnologici
piano particolareggiato Panella
(tav.5)

LEGENDA

-  LIMITE DELL'AREA INTERESSATA AL P.P.
-  RETE FODNANTE DI PROGETTO
-  RETE IDRICA DI PROGETTO
-  RETE ELETTRICA ED ILLUMINAZIONE PUBBLICA DI PROGETTO
-  RETE FODNANTE ESISTENTE
-  RETE IDRICA ESISTENTE
-  RETE ELETTRICA ED ILLUMINAZIONE PUBBLICA ESISTENTE



2.3.1 sintesi delle regole



(fig. 75) (elaborazione personale)
Sintesi delle regole



(fig. 76)
Particolare prospetto Sud Gerontocomio
(fotografia personale)

LA CASA DEL PARKINSON

3.

3.1 lo scenario progettuale

Il progetto che presenterò nelle successive pagine è basato sulle ricerche sulla malattia del Parkinson, dalle richieste del Comune di Nardò, che deve essere “convinto” da un progetto che soddisfi anche i vincoli presenti sull’area di intervento e precedentemente illustrati. Il compito della mia proposta sarà quello di cercare di produrre degli effetti, di far capire che un edificio abbandonato è una risorsa importantissima e di far prendere coscienza del ruolo dell’architettura, che può anche inserirsi in un processo riabilitativo.

Occuparsi di un processo reale vuol dire confrontarsi con un elevato numero di documenti, di contratti, di istanze, oggetti ed attori. La maggior parte degli attori sono ipotetici, presenti solo grazie alla determinazione di questo tipo di progetto e che quindi non hanno influenzato il processo progettuale, ma al contrario saranno i fruitori dello stesso.

Analizzando il processo che ha portato alla realizzazione del Gerontocomio, al suo abbandono ed ai successivi fallimenti dei bandi di gara proposto, ho constatato che un effetto materiale è stato prodotto grazie alla presenza di due elementi fondamentali: un attore con un pensiero/volontà forte o una determinata committenza e dei fondi esterni, che siano provinciali/regionali/nazionali o europei/internazionali.

Quindi quello che ho cercato di proporre è una soluzione che mettesse in contatto diverse realtà caratterizzate da idee forti e di possibile coesistenza, ognuna collegata a dei fondi dedicati.

Il risultato è una Casa del Parkinson, con alle spalle varie associazioni nazionali e non; degli spazi di aggregazione, locali commerciali, la modifica all’area mercatale ed un punto nascita per volere del Comune; dei laboratori di ricerca sulla malattia ed uno spazio co-working per ottenere dei fondi esterni.

3.2 le istanze progettuali

1. Finalità umane (richieste amministrazione)

- * Trovare un’utenza forte;
- * ottenere fondi;
- * riqualificare aree verdi;
- * risolvere problema nodo residenze/gerontocomio;
- * unificare area mercatale;
- * realizzare un punto nascita;
- * realizzare spazi collettivi.

2. Contingenza

- * Limiti aree edificazione;
- * destinazioni d’uso;
- * Indici di fabbricabilità.

3. Intenzionalità artistica Panella

- * Viabilità;
- * altezze massime;
- * rapporto di copertura Q;
- * volume massimo;
- * aree da destinare a verde ed a parcheggi.

4. Casa del Parkinson (istanze dettate dalla disciplina)

- * Complesso con corte interna;
- * standard sanitari;
- * mq minimi;
- * dementia friendly architecture;
- * intimità utente Parkinsoniano;
- * comunicazione diretta con i cittadini.

ottenere i fondi

Fondi Comunali

- * Gestione dell'immobile e la realizzazione di un punto nascita.

Implica: punto nascita.

Fondi Regionali

- * Fondi Regionali per la realizzazione di un Centro del Parkinson, grazie alla deliberazione della giunta regionale n.740, del 2019: "Patto per la Puglia Azioni Infrastrutture per la Sanità" e "Acquisizione del sistema informativo Rete Parkinson Regionale".
- * Fondi Regionali per la sistemazione di Aree verdi, grazie alla Determinazione n. 129 del Dirigente della Sezione Tutela e Valorizzazione del Paesaggio, per la "Manifestazione di interesse per la presentazione di candidature per l'assegnazione di contributi straordinari ai comuni per la sistemazione di aree verdi pubbliche".
- * Fondi Regionali per Co-working e MakerSpace/Fablab, del Dipartimento Sviluppo Economico, Innovazione, Istruzione, Formazione e Lavoro, Sezione Promozione e Tutela del lavoro.

Implicano: realizzazione centro del Parkinson, sistemazione aree verdi e realizzazione di un co-working.

Fondi Privati

- * Fondi Privati dall' Associazione Italiana Parkinsoniani (AIP).
- * Fondi Privati dalla Fondazione Grigioni.
- * Fondi Privati dall' Associazione "Parkinzone".

Implicano: realizzazione centro del Parkinson e aiuti per la ricerca.

Fondi Europei

- * Fondi Europei "EU Joint Programme - Neurodegenerative Disease Research (JPND)".
- * Fondi Europei "Horizon 2020", per la ricerca su malattie Neurodegenerative.

Implicano: realizzazione centro del Parkinson e realizzazione laboratori di ricerca per la malattia.

3.3 la nuvola documentale

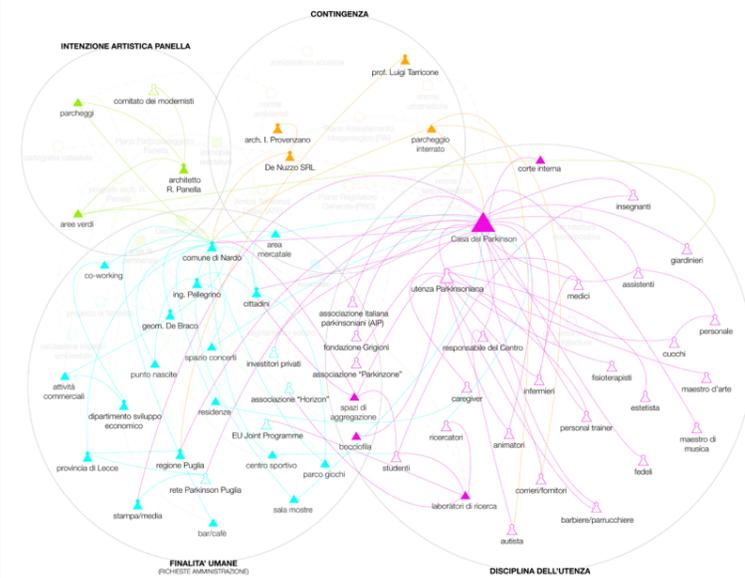
L'utilizzo di una nuvola documentale cerca non solo di chiarire i collegamenti e i rapporti tra i vari documenti/istanze del progetto, ma anche di farci capire che la proposta progettuale vuole coinvolgere il maggior numero possibile di attori nel processo e questo è dato dal fatto che in un processo reale possono essere presenti deviazioni che modificano completamente il percorso lineare/ideale che ha in mente il progettista e quindi, anche il fallimento di un'idea di committenza, non pregiudica la possibilità del progetto di produrre effetti materiali, poichè un'eventuale assenza è coperta da una presenza in più.

Per far sì che il progetto sia appetibile dalle diverse committenze, ho dovuto mantenere un equilibrio costante tra le parti, senza che nessun tipo di aspetto (ad esempio che strizzi l'occhio maggiormente alle volontà del Comune, piuttosto che all'esigenze del malato di Parkinson) prevalga sull'altro.

Rimane comunque doveroso ribadire che il progetto che ogni progettista presenta è in realtà una menzogna, non priva di un certo margine di fallimento poichè non si ha mai la sicurezza che il progetto finale abbia l'effetto finale desiderato o abbia un qualsiasi effetto; ed è proprio questo ciò che è accaduto al progetto dell'architetto Panella. Per evitare che questo si ripeta, nel mio processo decisionale ho provato ad anticipare ed immaginare le eventuali difficoltà che potrebbero riguardare soprattutto il dialogo tra gli attori coinvolti, presentando un progetto che in ogni sua parte cerca di creare una commistione di utenza.

RELAZIONE ATTORI / ISTANZE

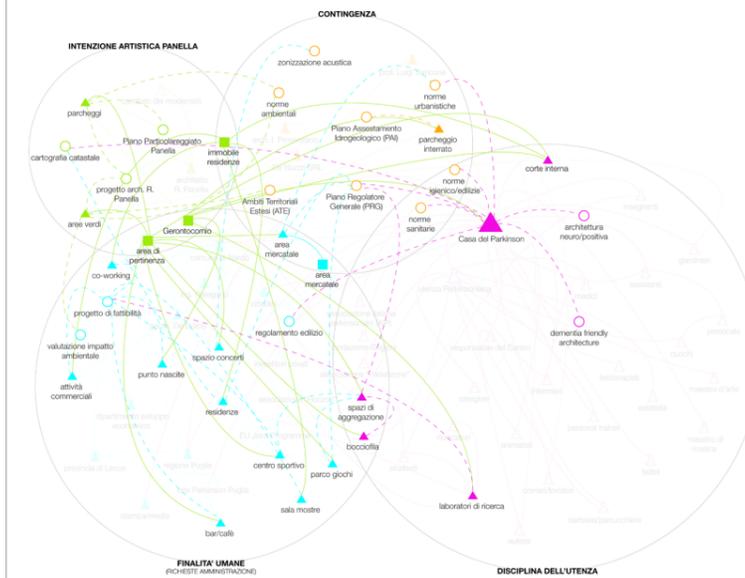
- LEGENDA
- COLLEGAMENTI
- Atto istanza
 - Istanza istanza
 - - - - Norme istanza
- ▲ Atto
- ▲ Atto specialistico
- Documento
- ▲ Istanza
- Operatività



(fig. 81) (elaborazione personale)
Relazione attori / istanze

RELAZIONE NORME / ISTANZE

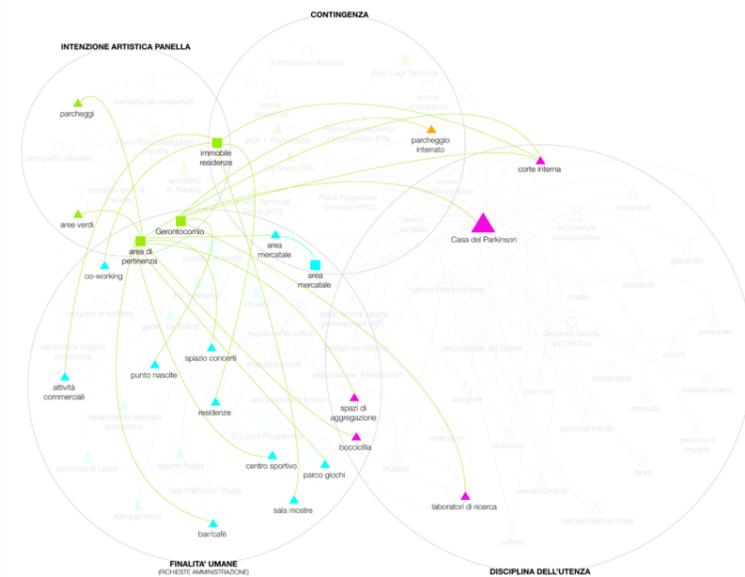
- LEGENDA
- COLLEGAMENTI
- Atto istanza
 - Istanza istanza
 - - - - Norme istanza
- ▲ Atto
- ▲ Atto specialistico
- Documento
- ▲ Istanza
- Operatività



(fig. 83) (elaborazione personale)
Relazione norme / istanze

RELAZIONE ISTANZE / EDIFICI

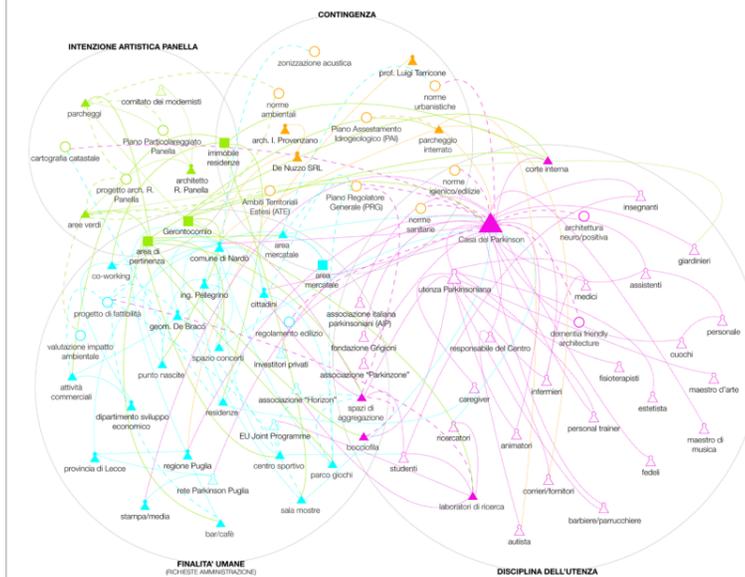
- LEGENDA
- COLLEGAMENTI
- Atto istanza
 - Istanza istanza
 - - - - Norme istanza
- ▲ Atto
- ▲ Atto specialistico
- Documento
- ▲ Istanza
- Operatività



(fig. 82) (elaborazione personale)
Relazione istanze / edifici

RELAZIONI

- LEGENDA
- COLLEGAMENTI
- Atto istanza
 - Istanza istanza
 - - - - Norme istanza
- ▲ Atto
- ▲ Atto specialistico
- Documento
- ▲ Istanza
- Operatività



(fig. 84) (elaborazione personale)
Tutte le relazioni nel processo progettuale

3.4 i documenti

Documenti e Contratti_

- 1_ Concessione Gerontocomio con procedura ristretta del decreto legislativo n.157, 17 marzo 1995;
- 2_ Deliberazione del consiglio comunale n. 31 con oggetto: Variazione destinazione d'uso immobile comunale, 14 Ottobre 2011;
- 3_ Comunicato stampa per acquisto o ristrutturazione del fabbricato denominato Gerontocomio, 17 Febbraio 2018;
- 4_ Avviso Pubblico Esplorativo di Manifestazione di Interesse eventuale successivo affidamento Lavori: Immobile denominato ex Gerontocomio, 15 Marzo 2018;
- 5_ Avviso esplorativo dell'immobile denominato Geronotcomio - 2° esperimento, 17 Maggio 2018;
- 6_ Comunicato stampa per la realizzazione di residenze per anziani e punto nascite nel fabbricato denominato Gerontocomio, 25 Giugno 2018;
- 7_ Capitolato tecnico, allegato 3a, delibera del 13 Luglio 2018;
- 8_ Architettura neuro/positiva., saggio di ricerca, De Luca G., Durbiano G., Politecnico di Torino, 2020;
- 9_ PRG Comune di Nardò (stato attuale)

Scambio con attori_

- 1_ Discussione verbale con ing. Pellegrino, responsabile lavori pubblici comune di Nardò, luglio 2020.
- 2_ Discussione verbale con ing. Manieri, responsabile ufficio urbanistica comune di Nardò, ottobre 2020.
- 3_ Discussione verbale con geom. De Braco, ufficio urbanistica e ambiente comune di Nardò, novembre 2020.
- 4_ Discussione verbale con arch. Provenzano, Ing. De Nuzzo e C. Costruzioni SRL, novembre 2020.

Articoli_

- 1_ "Scandali Neretini: i dinosauri", Angelo Marra, in La voce di Nardò, marzo 1979;
- 2_ "Edificio Abbandonati in Nardò (LE)", servizio di Striscia La Notizia, Mediaset, 2006;
- 3_ "Gli Orrori del Salento", Tonio Leuci, in Leccecronaca, marzo 2014;
- 4_ "Il Caso Gerontocomio", in Tempo e Denaro, Rai, 2016;
- 5_ "Il Gerontocomio diventerà residenza per anziani, disabili e punto nascita", V.C., in LeccePrima, Giugno 2018;
- 6_ "Interrogazione consiliare sull'ex Gerontocomio prodotta dal Vicepresidente del Consiglio Comunale Giancarlo Marinaci: l'amministrazione comunale non ha seguito l'iter previsto dal Codice degli Appalti", Redazione, in Salento Pocket, settembre 2019;
- 7_ "Nardò: "gravi illegittimità nel procedimento amministrativo riguardante l'alienazione dell'ex gerontocomio", presentato un esposto in Procura", Redazione, in Salento Magazine, settembre 2019;
- 8_ "Dalla cittadella dello sport... alla farsa!" Revoca della vendita dell'ex gerontocomio in zona 167: la segreteria cittadina del Pd all'attacco del sindaco Mellone, Carmine Sanasi, in Agorà Notize, dicembre 2019;
- 9_ "A.A.A. Cercasi Garanzia per il Gerontocomio", Cosimo Potenza, in Lorasalento, febbraio 2020;
- 10_ "Gerontocomio, 2 milioni per completarlo: già spesi 1 e mezzo", autore sconosciuto, in La Gazzetta del Mezzogiorno, data sconosciuta;

uno strumento decisionale

l'efficienza del progetto

Il diagramma sincronico illustrato nelle pagine precedenti è uno strumento sia propedeutico alla redazione del progetto che utile alle fasi successive del processo, soprattutto in fase decisionale di realizzazione;

il diagramma sincronico riassume tutte le azioni progettuali che dovrebbero essere compiute per ottenere un progetto che abbia degli effetti; queste azioni sono suddivise in tre livelli concentrici che scandiscono il livello di incidenza di quella determinata azione sul processo riabilitativo della Malattia di Parkinson. Il cerchio più esterno riguarda le azioni che hanno un'incidenza debole o indiretta sulla malattia, il secondo livello riguarda ciò che ha benefici sui sintomi secondari o motori, ed il primo livello, il più vicino al centro, riguarda le azioni che hanno incidenza sui sintomi non motori, quindi quelli che rispondono maggiormente dell'influenza dello spazio costruito.

Il diagramma sincronico è pensato per essere trasformato in un diagramma diacronico, utile a realizzare il cronoprogramma progettuale. In ordine cronologico verranno realizzate prima le azioni fondanti e le azioni primarie, poi, se si vuole ottenere un progetto efficiente nel minor tempo possibile, andranno realizzate le azioni del livello 1, proseguendo fino al livello 3.

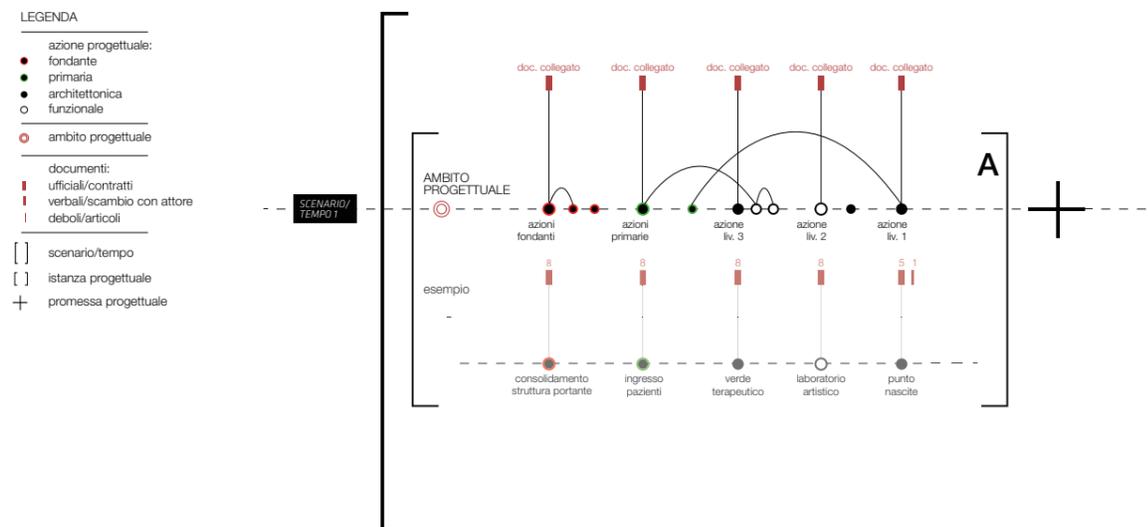
Per questo motivo è uno strumento utile a chi deve decidere le sorti del progetto e non ho ipotizzato nessun tipo di scenario alternativo o diacronico, poichè le istanze del progetto sono diverse ma interscambiali, nessuna dipende dalle altre ma tutte possono coesistere; bisognerà capire quali e quanti fondi si riescono ad ottenere e realizzare le azioni collegate a quei fondi, oppure si può procedere attraverso i tempi della burocrazia, realizzando prima ciò che consuma il minor numero di energie.

Ogni livello del grafico ha un'incidenza diversa sulla malattia e questo influenza l'efficienza del progetto. Calcolando quante e quali tipi di azione si vogliono realizzare, si può vedere in anticipo il livello di efficienza in un dato tempo, così da capire il tempo necessario alla realizzazione di un progetto della Casa del Parkinson soddisfacente per l'utenza a cui è rivolto.

La seguente è un'ipotesi euristica, ovvero un procedimento non rigoroso; prendendo come base l'importanza delle azioni progettuali di primo livello, ritengo che le azioni di secondo livello valgono la metà del primo e le azioni di terzo livello hannoun'importanza quattro volte minore.

Il grafico sincronico è composto da 107 azioni progettuali, 26 del primo livello di incidenza, 33 del secondo e 46 del terzo livello; **se realizzate tutte** (e tutto funzionasse alla perfezione) **il progetto avrebbe un'efficienza del 100%.**

Il progetto da me presentato esplicita 41 azioni del terzo livello (che ha una bassa incidenza sul processo riabilitativo ma riguardano tutti gli altri ambiti progettuali), 24 del secondo e 18 del primo livello, per **un'efficienza totale di circa il 75%.**



(fig. 87) (elaborazione personale)
dal diagramma sincronico al diagramma diacronico

3.6 il progetto

Il progetto presentato per il recupero del Gerontocomio e dell'area circostante è composto da due parti: la riqualificazione dell'immobile abbandonato e la realizzazione di strutture ex-novo in acciaio e vetro, per garantire la distinguibilità tra il nuovo progetto e la preesistenza, mettendo in contrasto la ruvidità del cls e l'acciaio.

Il primo passo è stato quello di individuare gli elementi da demolir, poiché inutilizzati e dannosi per quanto riguarda la narrazione progettuale. Si è deciso di eliminare alcuni pezzi di pavimentazione ormai decontestualizzati, una parte di area mercatale per attuare la sua unificazione nel lato est del lotto, il muro di cinta del Gerontocomio per permettere una maggiore permeabilità all'edificio, il fabbricato relativo ai bagni pubblici e il chiosco presente, anch'esso abbandonato. Le attrezzature del parco giochi presente possono essere riutilizzate nella nuova localizzazione dello stesso.

L'idea fondante è quella di sottolineare il valore simbolico che una Casa del Parkinson può avere e di creare un quartiere ricco di scambi sociali e vita.

L'ortogonalità delle preesistenze e la loro dimensione ha permesso di individuare una griglia generatrice, utile alla definizione del masterplan.

I documenti analizzati nei capitoli precedenti ci permettono di realizzare delle maniche per servizi e residenze nelle immediate vicinanze dei due edifici esistenti (B11) con un'altezza massima di 7,50m e 10,50m nella zona F26, ovvero il prolungamento del Gerontocomio. Nella zona destinata ai servizi per la comunità ovvero la F12, è possibile edificare attrezzature commerciali e ricreative, con un'altezza massima di 12m.

Il primo elemento progettato è stato la corte interna, luogo di scambio sociale, ottenuta dalla realizzazione di una manica ad L che riprende la forma del progetto originario di Panella. Questa manica ospita il giardino coperto, la serra terapeutica ed un locale destinato ad un bar/

café, posizionato sul lato nord che si affaccia sul centro commerciale presente nell'area e quindi permette di mettere in comunicazione le due entità.

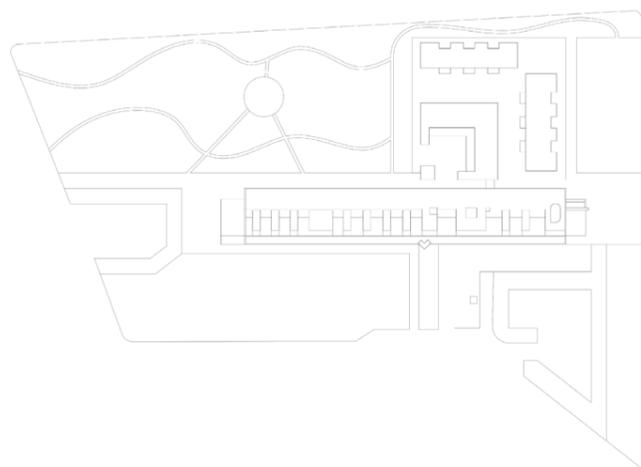
Molto importante è anche il nodo di collegamento tra il Gerontocomio e l'immobile prospiciente che, da progetto, dovrà ospitare anche dei locali commerciali ed un co-working, oltre alla funzione residenziale. L'elemento progettato funge prettamente da spazio di distribuzione e consente di avere alcune unità spaziali (come la sala mostre/riunioni) anche fuori dalle mura del Gerontocomio.

Il prolungamento del Gerontocomio è stato realizzato per un duplice motivo: il primo è per una memoria della forma, poiché la manica realizzata non rispettava l'intento artistico panelliano ed il secondo è funzionale, poiché ospita i percorsi di vagabondaggio ed è uno spazio filtro tra l'area verde del giardino terapeutico, l'area dedicata agli spazi collettivi e la Casa del Parkinson.

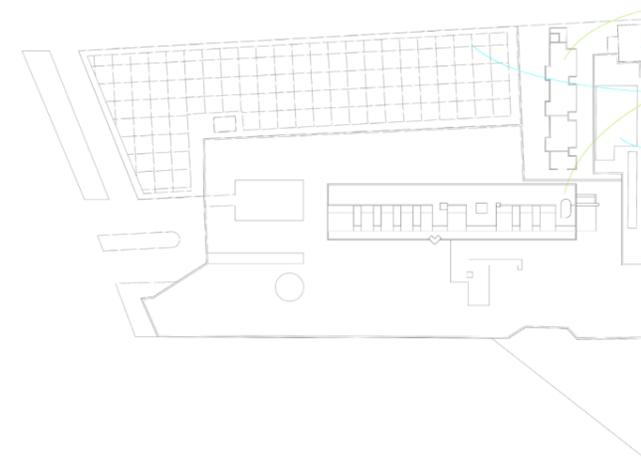
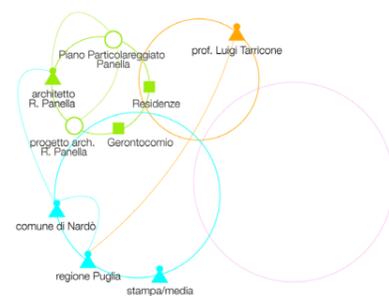
Gli spazi di aggregazione, seguendo le indicazioni della zonizzazione acustica, sono localizzati sui lati opposti del lotto: ad ovest vi è lo spazio dedicato al parco giochi, alla bocciola (utile nel processo riabilitativo della malattia) ed al campo di calcio a 5; queste aree sono collegate da una copertura che ospita delle gradinate, punto di osservazione per i vari campi ed una struttura che funge da reception e spogliatoi. Sul lato est invece vi è l'unificazione dell'area mercatale, punto importante della vita cittadina; sono state realizzate due nuove aree destinate a questa funzione e la loro definizione morfologica crea un invito ad entrare nella zona della corte interna, per favorire gli scambi tra la comunità cittadina e l'utenza della Casa del Parkinson.

Sono state realizzate anche delle nuove aree verdi e dei parcheggi, per soddisfare le richieste del Piano Particolareggiato Panella.

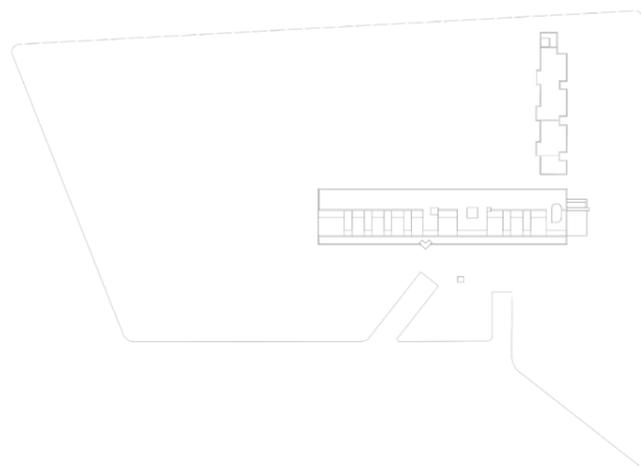
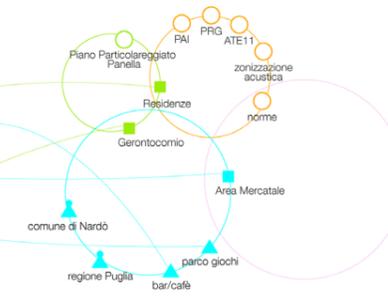
schemi progettuali



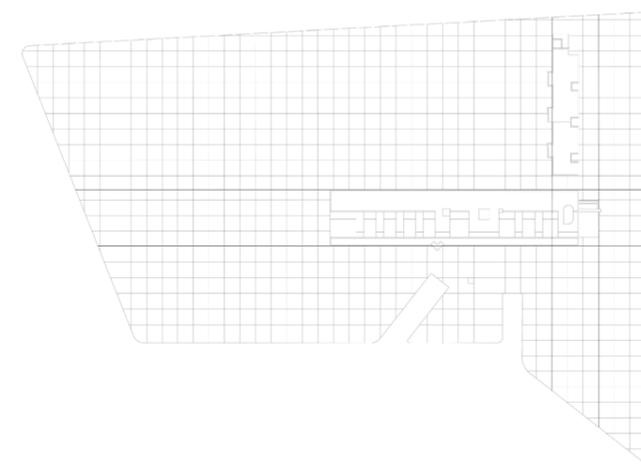
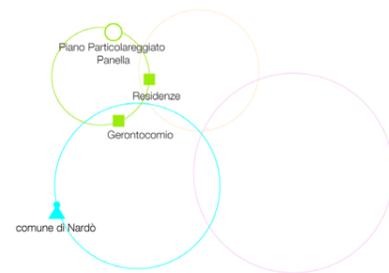
0. planimetria progetto arch. Panella, 1975



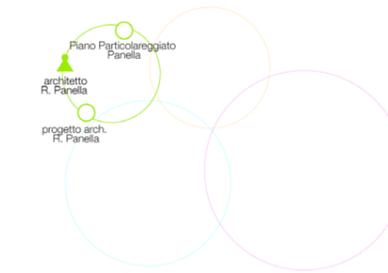
0. stato di fatto, 2021



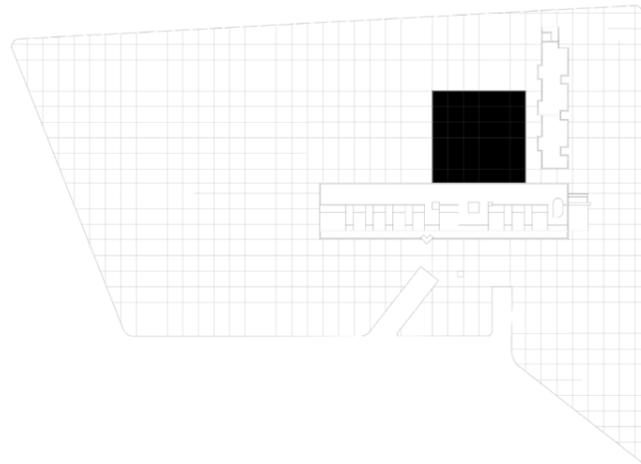
1. punto di partenza:
 -conservare gerontocomio + edificio residenziale
 -includere nuova viabilità già in fase di realizzazione



2. griglia generatrice:
 -modulo 5,5x5,5m ottenuto suddividendo lo spazio creato dalla preesistenza.

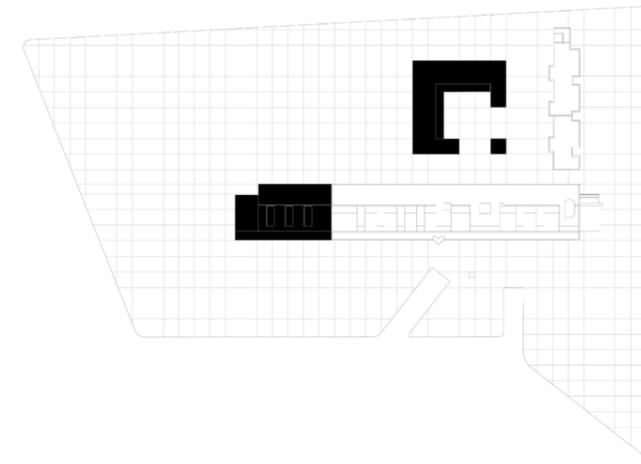
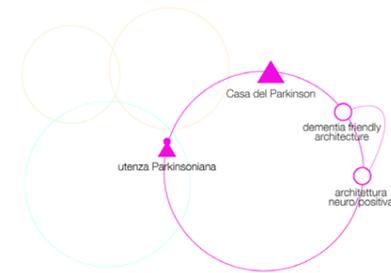


(fig. 88) (elaborazione personale)
 Schemi progettuali parte 1



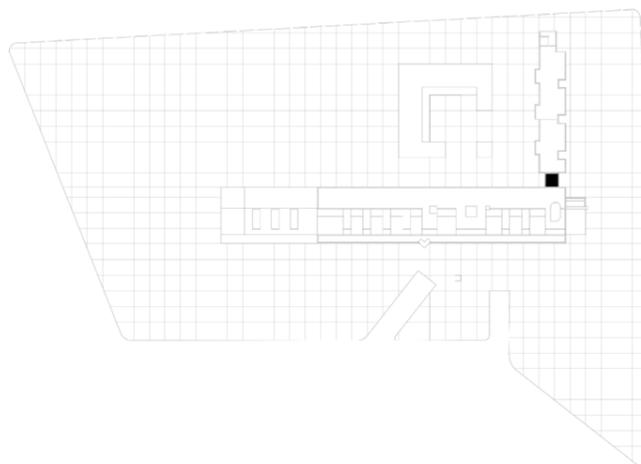
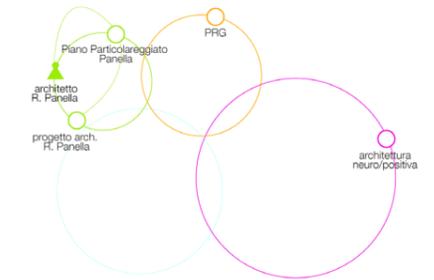
3. corte interna:

-dimensione minima: 33x33m, ottenuta dal rapporto 1:3 (h edificio:l corte)



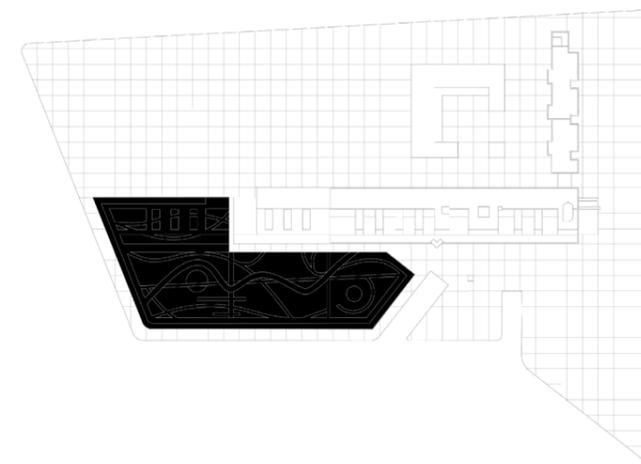
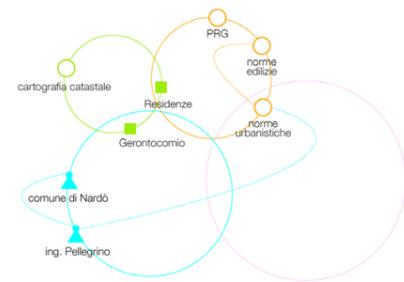
4. memoria della forma:

-corte interna + percorsi coperti ottenuti dalla rievocazione delle forme originarie del progetto panelliano



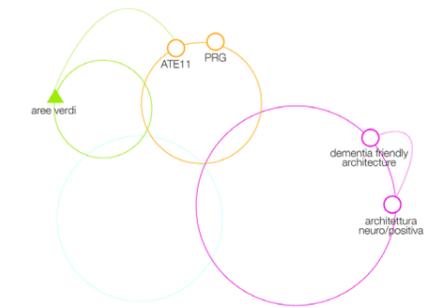
5. collegamento

-collegamento Gerontocomio-edificio residenziale per evitare i vincoli presenti ad entrambi i prospetti

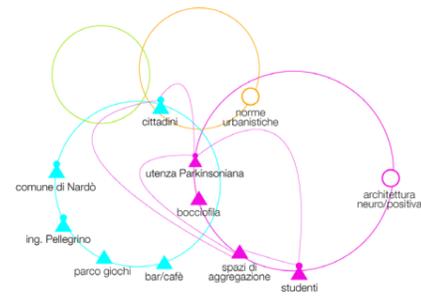
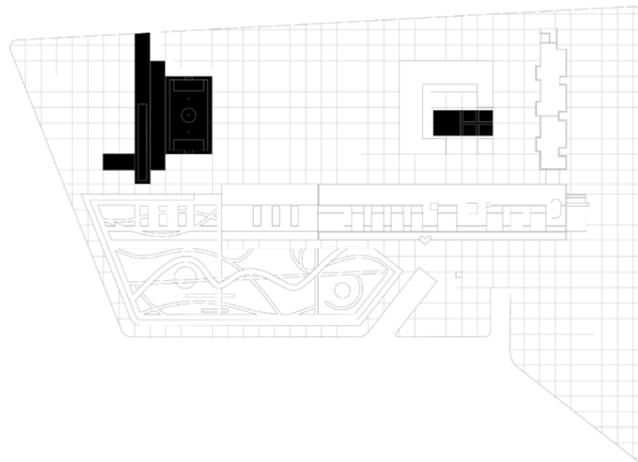


6. verde terapeutico

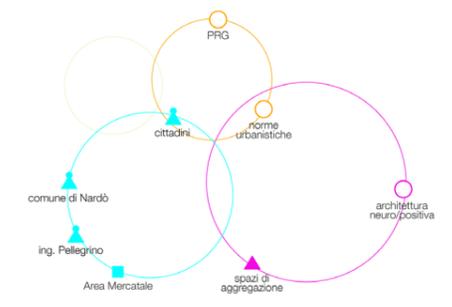
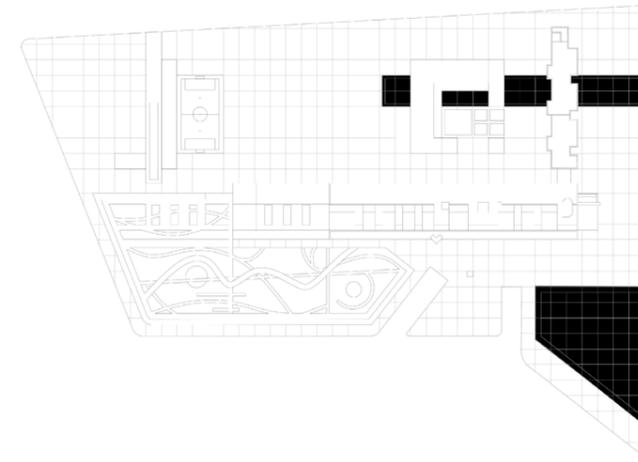
-percorsi tortuosi, viali lineari, spazi di sosta, specchi d'acqua



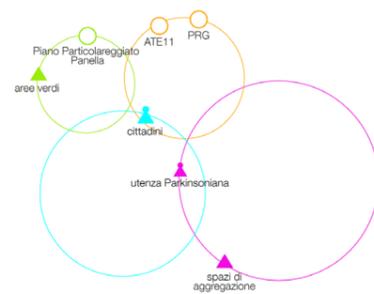
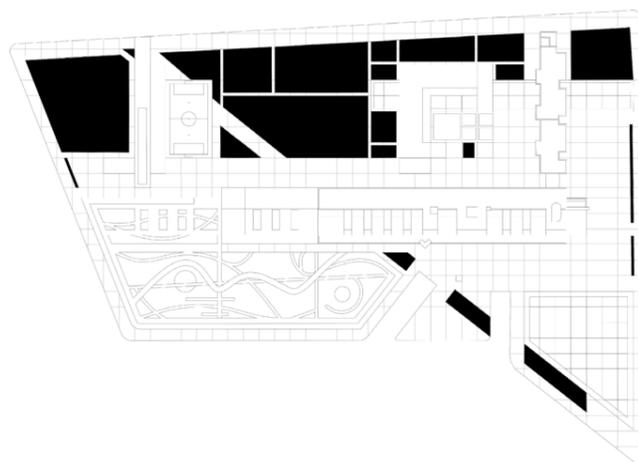
(fig. 89) (elaborazione personale)
Schemi progettuali parte 2



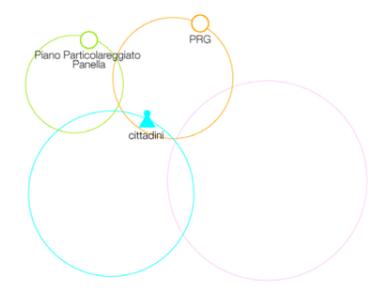
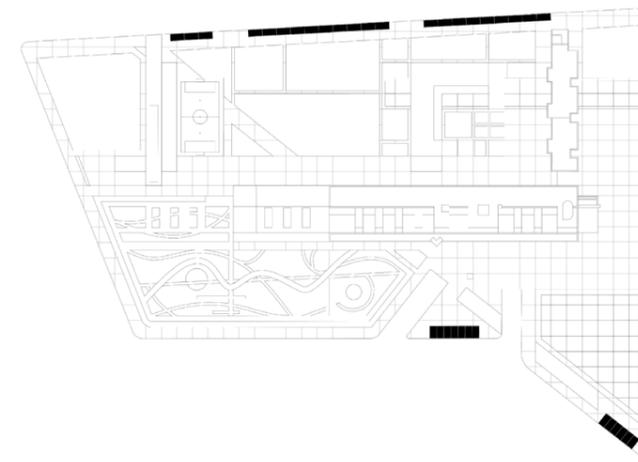
7. spazi di aggregazione:
-indirizzati all'utenza parkinsoniana ed ai cittadini, per incentivare gli scambi sociali



8. area mercatale:
-permette di unificare l'area mercatale nel lato est del lotto ed incrementare il rapporto città - casa del Parkinson



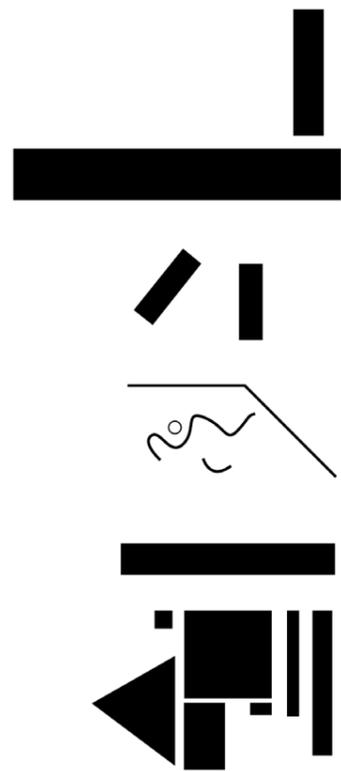
9. aree verdi



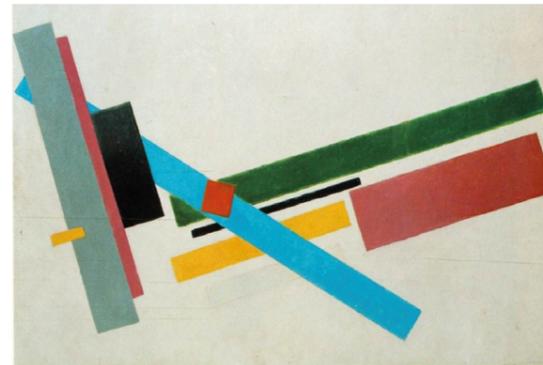
10. parcheggi

(fig. 90) (elaborazione personale)
Schemi progettuali parte 3

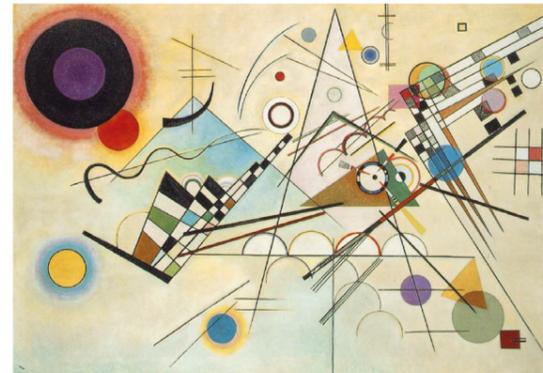
coesione narrativa delle forme



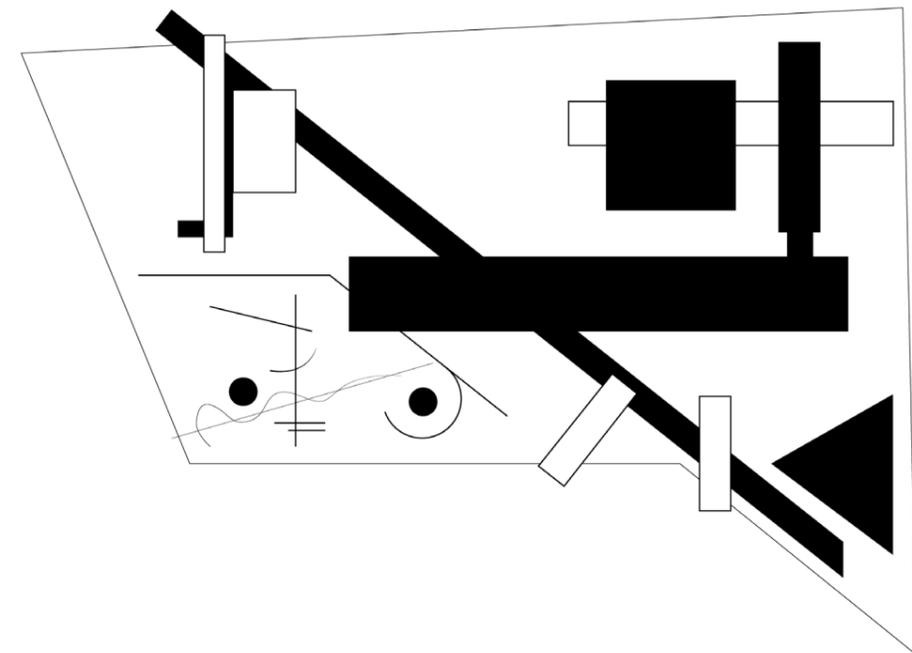
Elementi geometrici ottenuto dallo studio morfologico precedente e dall'analisi del contesto



Kazimir Malevich, *Suprematism*, 1915

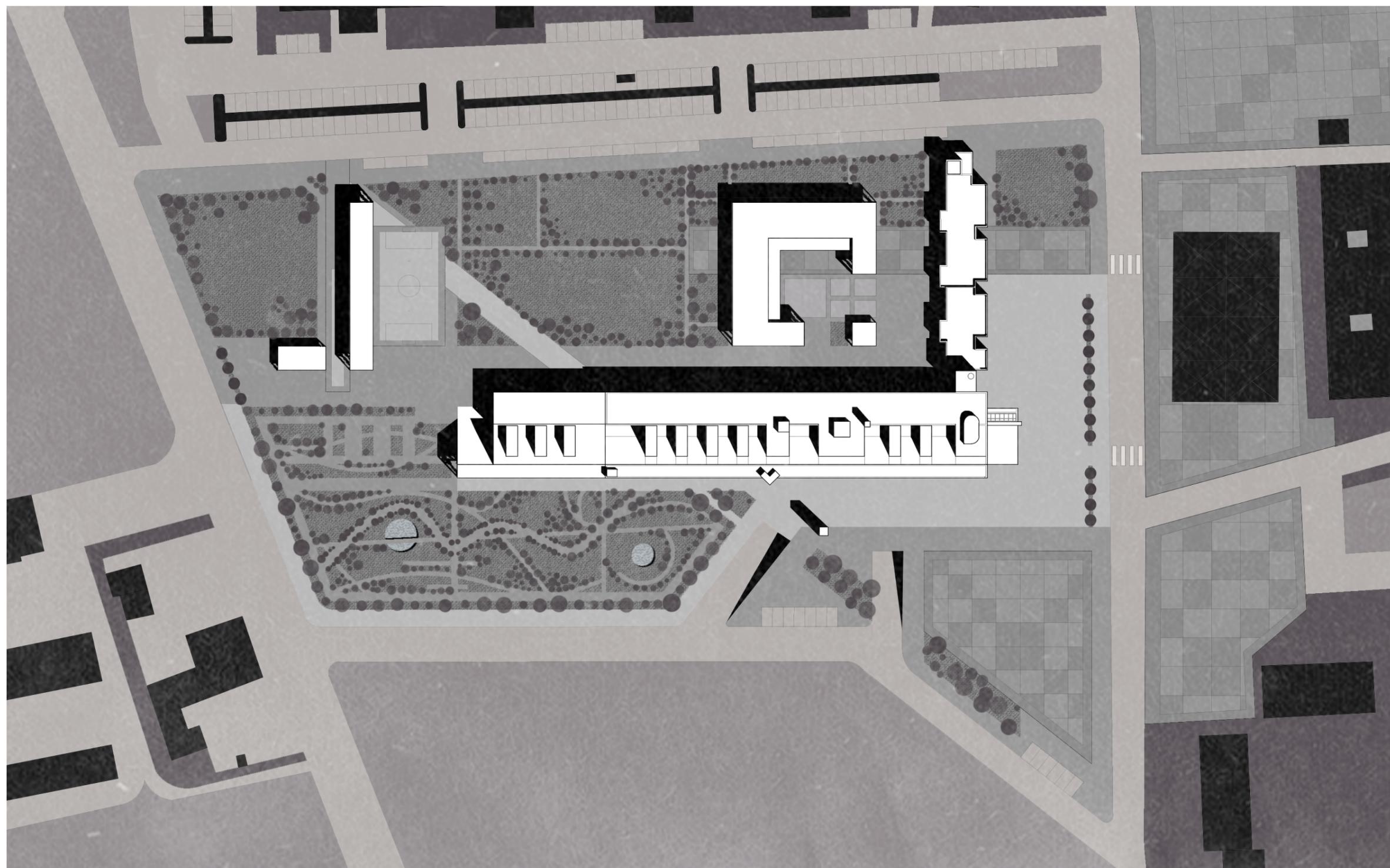


Vasilij Kandinskij, *Composition VIII*, 1923



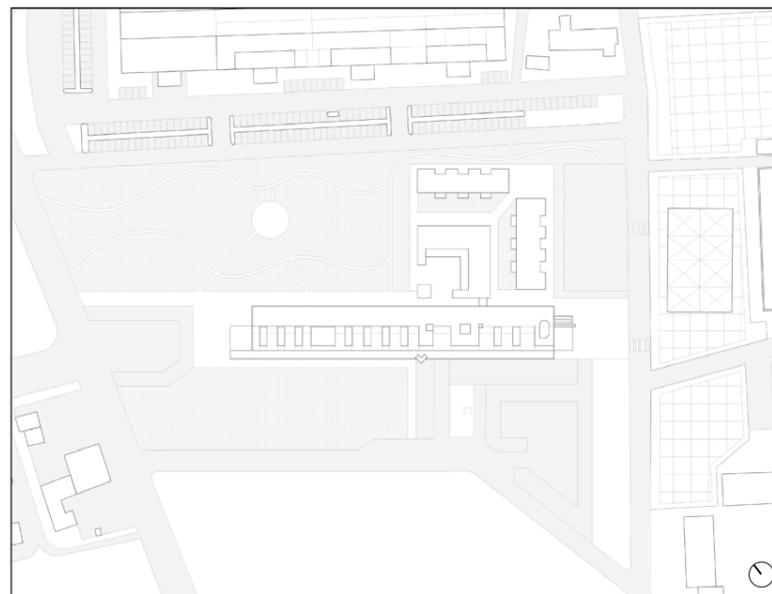
Coesione narrative delle forme

(fig. 91) (elaborazione personale)
Coesione narrativa delle forme

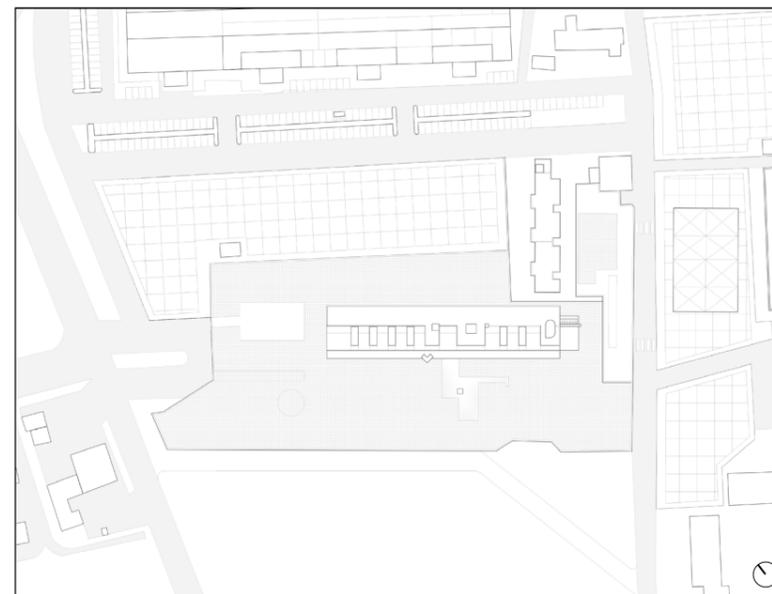


(fig. 92) (elaborazione personale)
Planimetria, stile grafico simil Panella
scala 1:1000

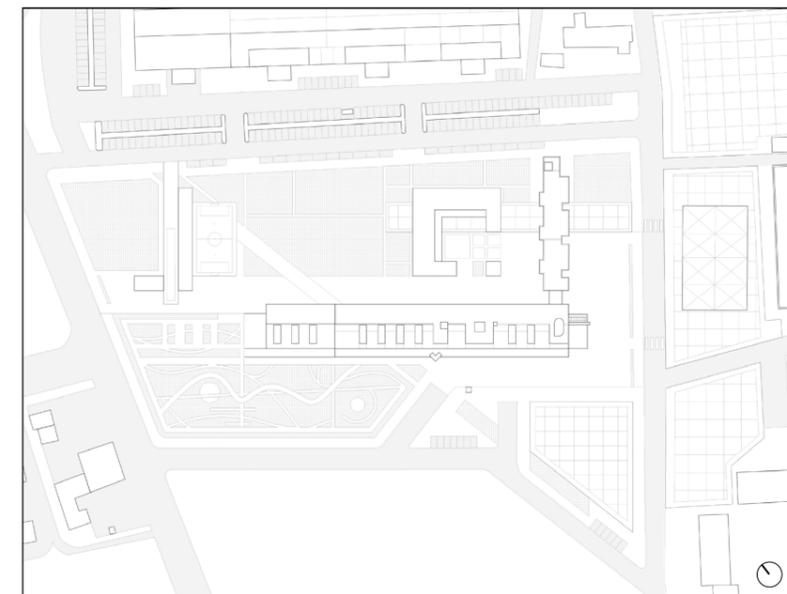
confronto tra planimetrie



planimetria progetto arch. Panella, 1975



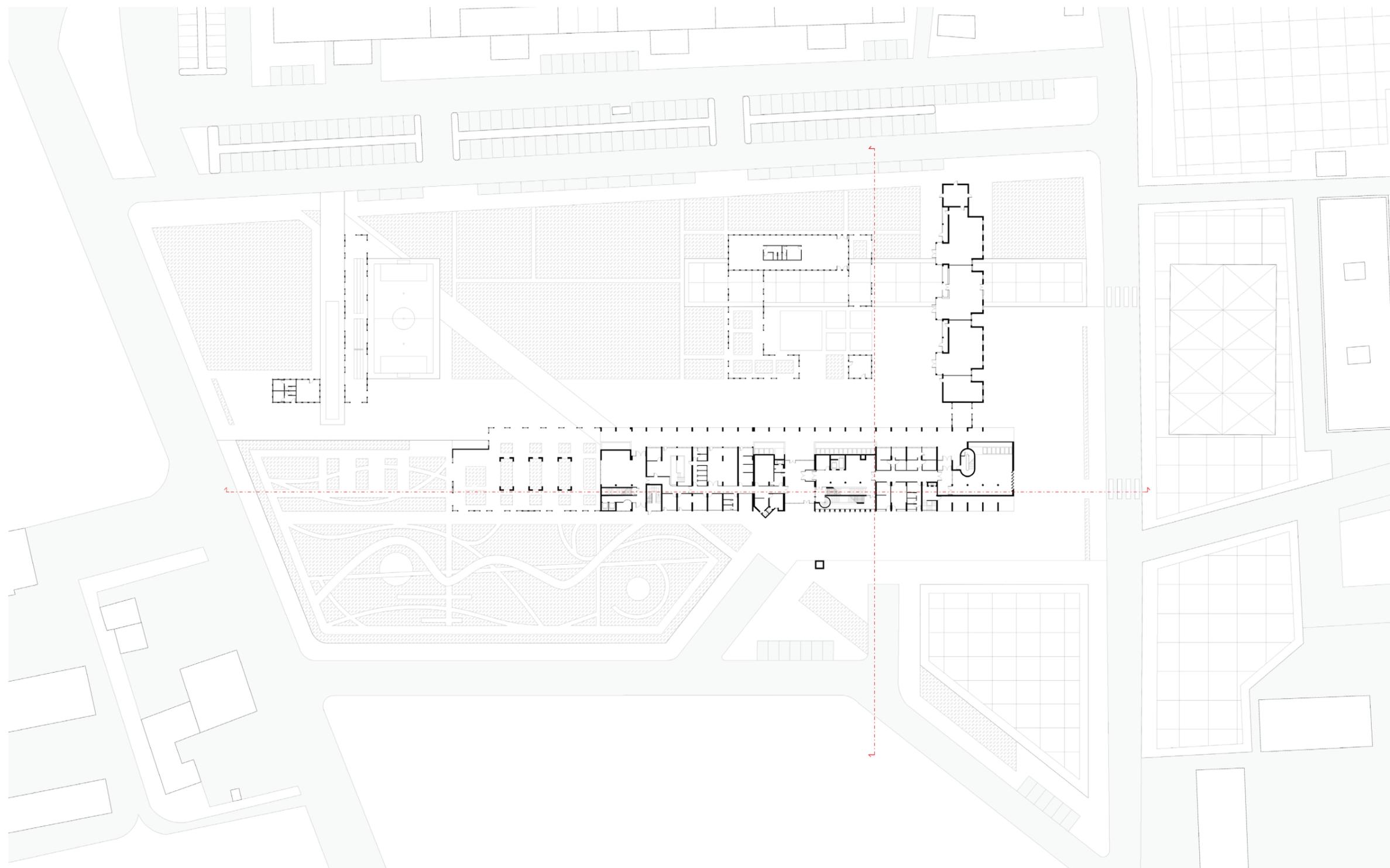
planimetria stato di fatto, 2021



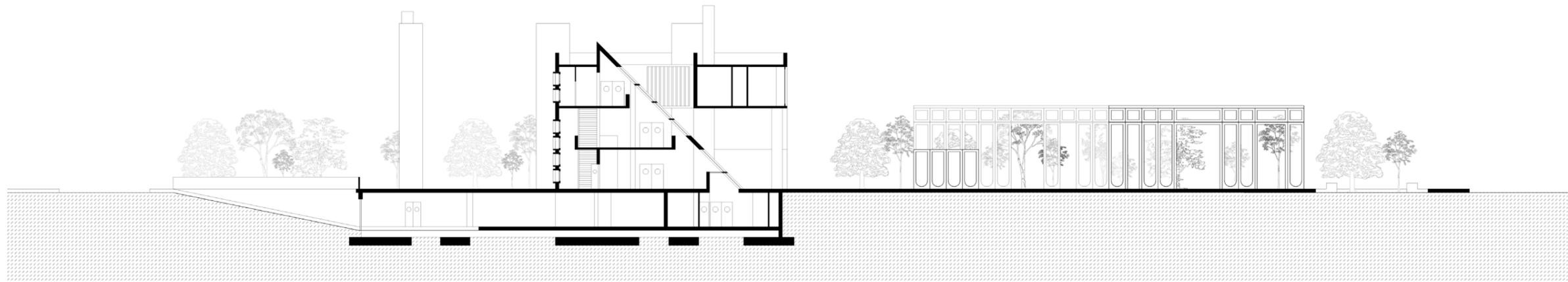
planimetria progetto Casa del Parkinson, 20??

(fig. 93) (elaborazione personale)
confronto tra planimetrie
fuori scala

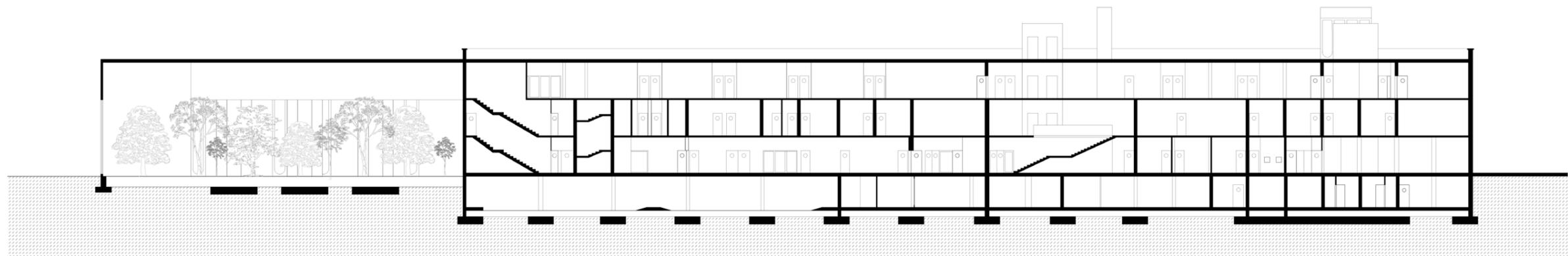
planimetria Piano Terra



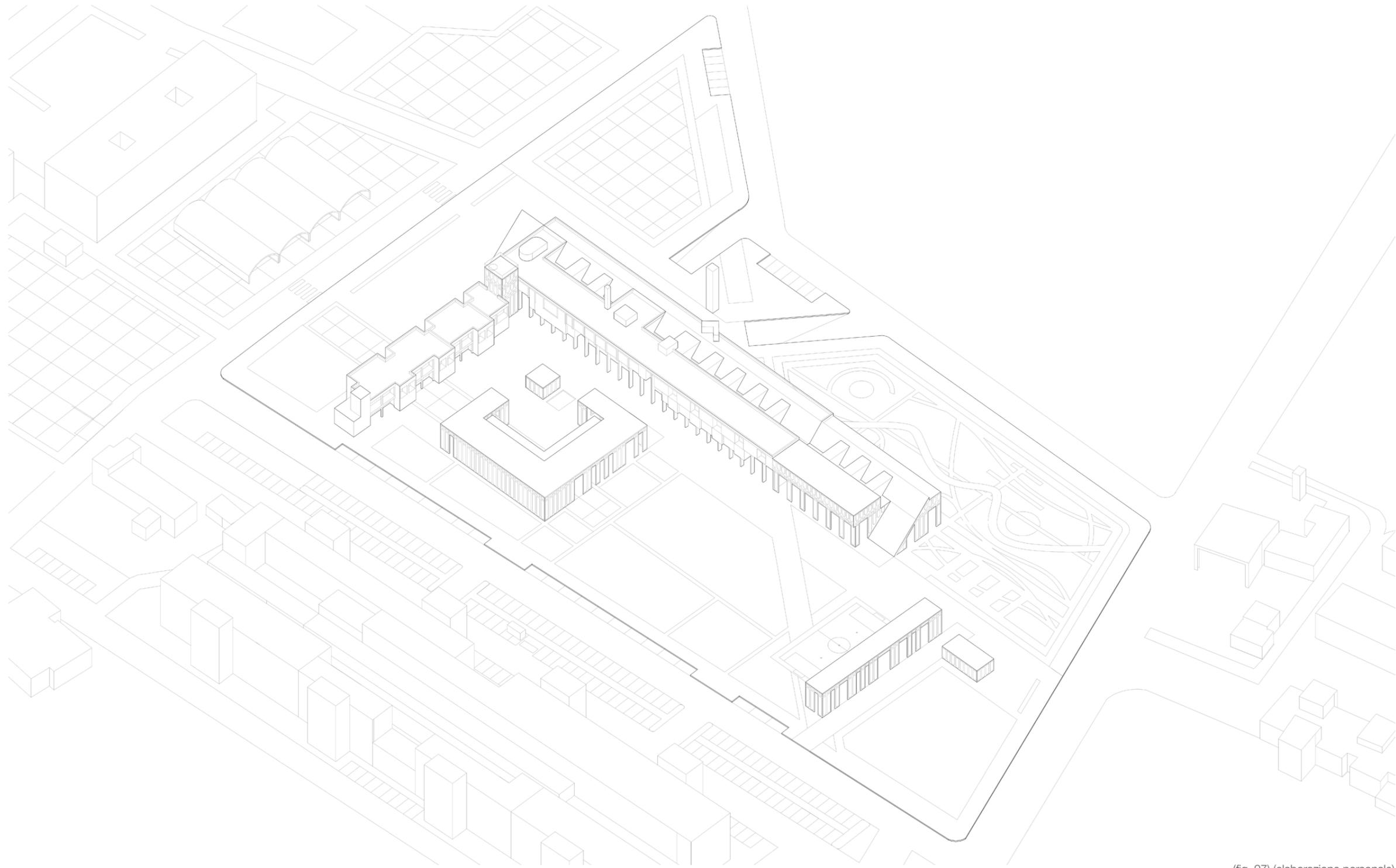
(fig. 94) (elaborazione personale)
Planimetria Piano Terra
scala 1:1000



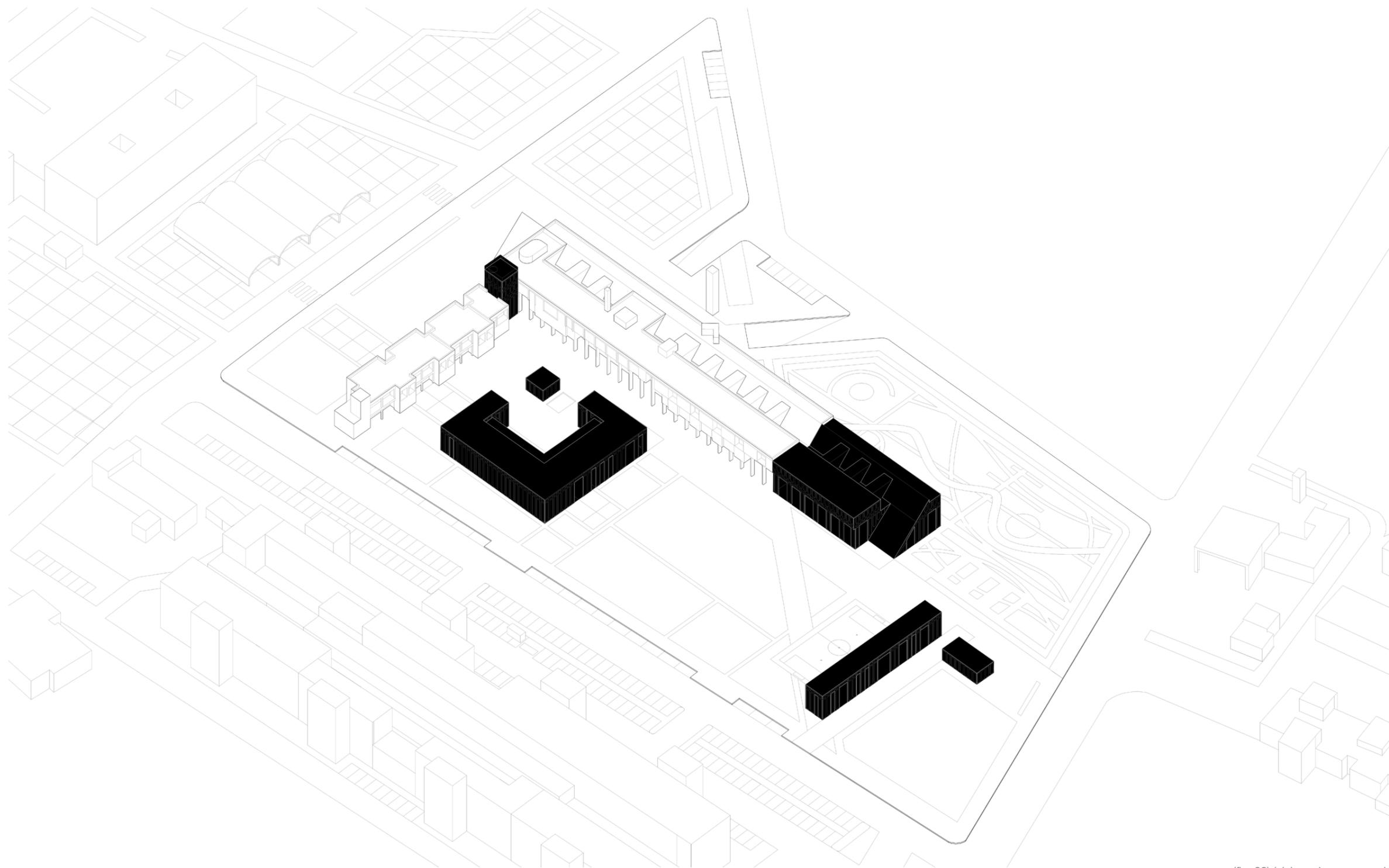
(fig. 95) (elaborazione personale)
Sezione trasversale
scala 1:1000



(fig. 96) (elaborazione personale)
Sezione longitudinale
scala 1:1000

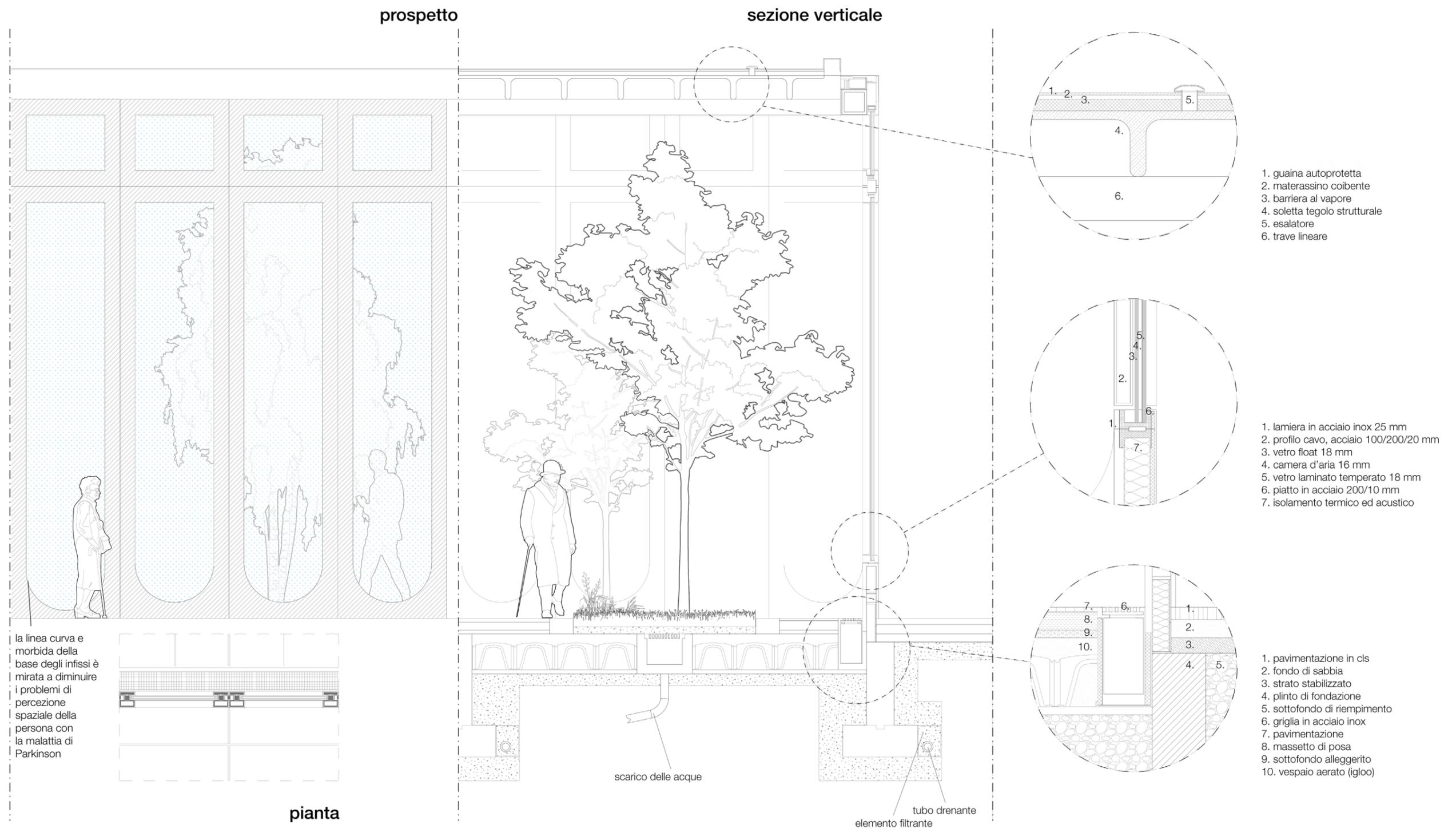


(fig. 97) (elaborazione personale)
Assonometria di Progetto



(fig. 98) (elaborazione personale)
Elementi ex Novo

sezione tecnologica



(fig. 99) (elaborazione personale)
Sezione tecnologica elementi ex-novo
scala 1:50

casa del Parkinson, unità spaziali (us)

CASA DEL PARKINSON

legenda

unità spaziali minime (us)

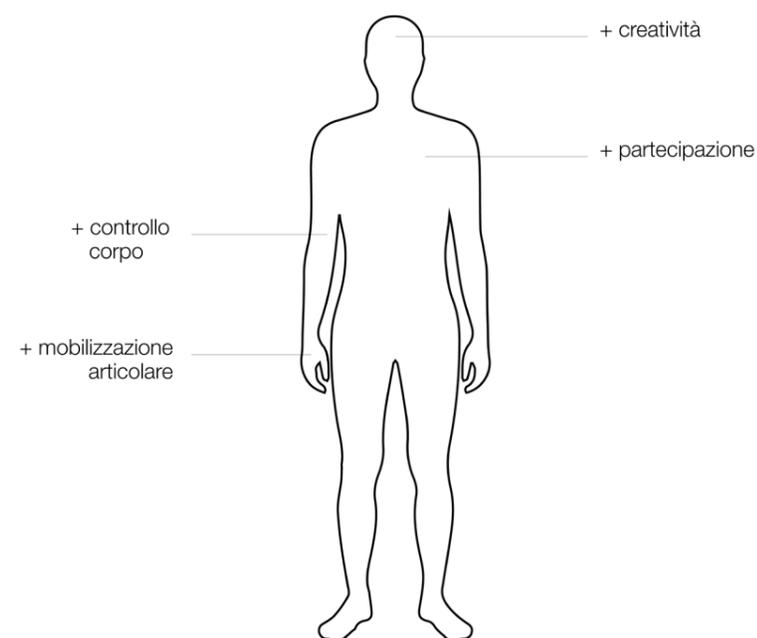
unità spaziali facoltative

1 area di degenza	2 area attività terapeutiche	3 area assistenza gestione	4 area servizi generali	5 connettivo
camere singole (us1)	soggiorno (us5)	colloqui (us23)	laboratori ricerca (us37)	ingresso pazienti (us46)
camere doppie (us2)	sala da pranzo (us6)	infermeria (us24)	lavanderia generale (us38)	ingresso personale (us47)
bagno (us3)	cucina terapeutica (us7)	ufficio/direzione (us25)	magazzino generale (us39)	atrio (us48)
bagno assistito (us4)	bagno (us8)	archivio (us26)	centrale termica (us40)	reception (us49)
	bagno assistito (us9)	guardaroba (us27)	ambulatorio (us41)	spazi distribuzione
	lavanderia terapeutica (us10)	spogliatoio per personale(us28)	medicheria (us42)	ingresso
	musicoterapia (us11)	camera per personale (us29)	camera mortuaria (us43)	
	piscina (us12)	bagno per personale (us30)	parcheggio (us44)	
	sala massaggi (us13)	salotto per personale (us31)	foresteria (us45)	
	laboratorio artistico (us14)	dispensa (us32)	punto nascite	
	lavoro terapeutico (us15)	deposito sporco (us33)	cabine di servizio	
	sala tv (us16)	deposito pulito (us34)	gruppo elettrogeno	
	spazio per il culto (us17)	deposito farmaci (us35)	celle frigorifere	
	spazio cure estetiche (us18)	deposito attrezzature (us36)	locali di servizio	
	giardino (us19)	sala attesa	cucina	
	verde terapeutico (us20)	sala mostre/riunioni	mensa personale	
	percorsi vagabondaggio (us21)		stireria	
	palestra (us22)		ufficio	
	serra terapeutica			
	aromaterapia			

scheda unità spaziali

CUCINA TERAPEUTICA US7

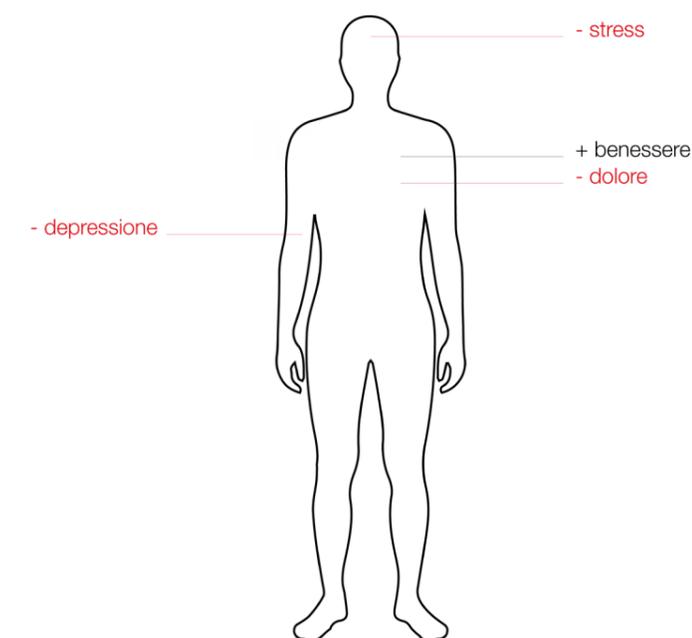
- **attività elementari:** Cucina terapeutica; cura della casa; manualità; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza nelle attività programmate del paziente.
- **gruppo di fruizione:** gruppo piccolo/medio composto da paziente, infermiere professionale referente del piano di assistenza, operatore addetto all'assistenza di base.
- **arredi:** credenza a giorno; tavoli; sedie; pannelli per comunicazioni grafiche; tende a vetro e/o esterne, lavabo.
- **accessibilità:** controllata.
- **criteri di dimensionamento:** mq minimi: / riferimento: lavoro deve poter essere svolto da seduti.
- **incidenza:** liv. 2: sintomi cardinali/motori
- **casa del parkinson:**
 - * numero stanze: 1
 - * piano: secondo
 - * mq: 15



(fig. 100) (elaborazione personale)
Effetti dell'us7 sul soggetto affetto dalla malattia di Parkinson

MUSICOTERAPIA US11

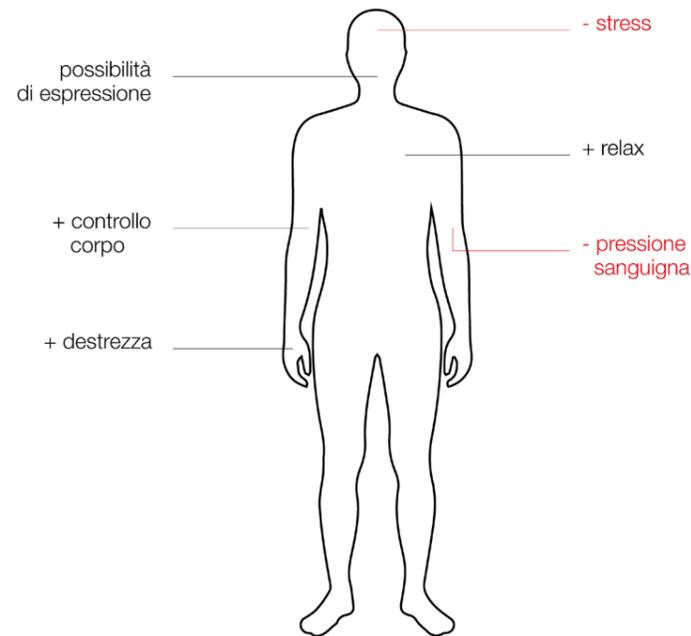
- **attività elementari:** attività ricreative; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza nelle attività programmate dal paziente.
- **gruppo di fruizione:** gruppo piccolo/medio composto da paziente, operatore addetto all'assistenza di base, infermiere.
- **arredi:** varie tipologie di seduta, singola e a più posti, tavolini, scaffali, impianto stereo.
- **accessibilità:** controllata.
- **criteri di dimensionamento:** mq minimi: /
- **incidenza:** liv. 3: sintomi non motori
- **casa del parkinson:**
 - * numero stanze: 1
 - * piano: terra
 - * mq: 12



(fig. 101) (elaborazione personale)
Effetti dell'us11 sul soggetto affetto dalla malattia di Parkinson

LABORATORIO ARTISTICO US14

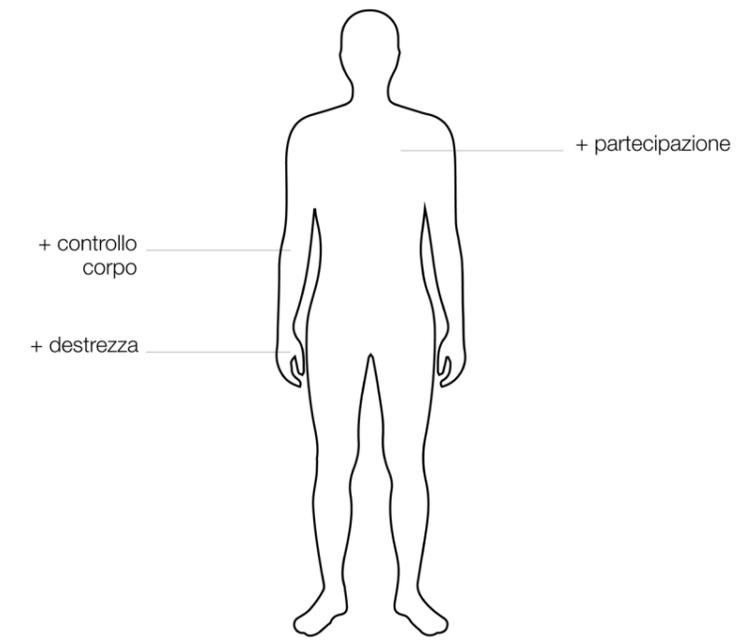
- **attività elementari:** attività ricreativa, assistenza paziente non autosufficiente, assistenza nelle attività programmate, manualità, movimento e percezione di sé.
- **gruppo di fruizione:** gruppo medio composto da paziente, operatore addetto all'assistenza di base, insegnante.
- **arredi:** tavoli, sedie, cavalletti, sgabelli, pannelli per comunicazioni grafiche, lavabo.
- **accessibilità:** libera/aperta ai cittadini.
- **criteri di dimensionamento:** mq minimi: / riferimento: movimento libero tra attrezzature con sedia a ruote.
- **incidenza:** liv. 2: sintomi cardinali/motori
- **casa del parkinson:**
 - * numero stanze: 1
 - * piano: primo
 - * mq: 70



(fig. 102) (elaborazione personale)
Effetti dell'us14 sul soggetto affetto dalla malattia di Parkinson

LAVORO TERAPEUTICO US15

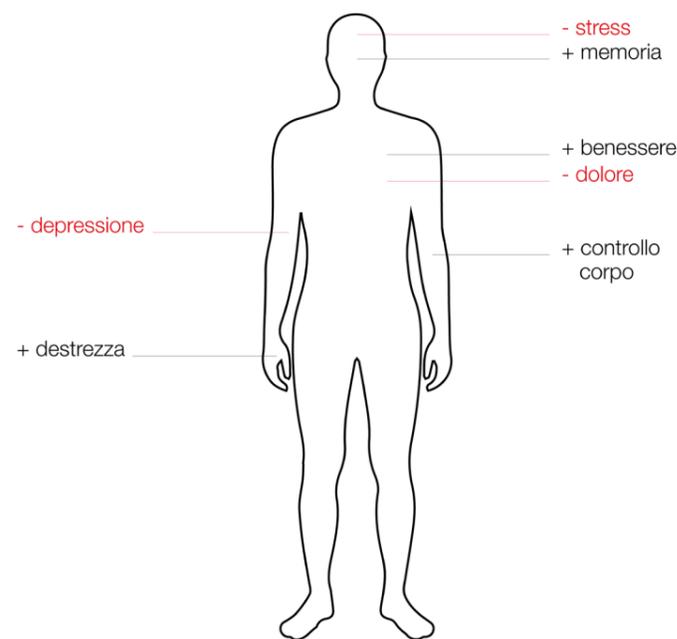
- **attività elementari:** manualità; attività ricreative; assistenza nelle attività programmate del paziente.
- **gruppo di fruizione:** gruppo medio composto da paziente, operatore addetto all'assistenza di base, animatore.
- **arredi:** tavoli da lavoro ad altezza regolabile, lavabo.
- **accessibilità:** libera.
- **criteri di dimensionamento:** mq minimi: / riferimento: presenza di gruppi di lavoro.
- **incidenza:** liv. 2: sintomi cardinali/motori
- **casa del parkinson:**
 - * numero stanze: 1
 - * piano: secondo
 - * mq: 25



(fig. 103) (elaborazione personale)
Effetti dell'us15 sul soggetto affetto dalla malattia di Parkinson

VERDE TERAPEUTICO US20

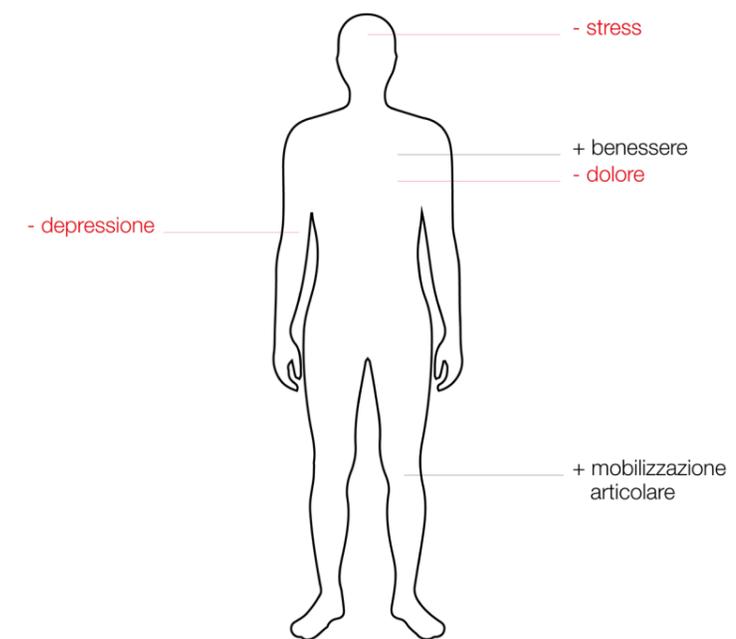
- **attività elementari:** movimento e percezione di sé, attività ricreative, manualità, consumazione dei pasti, assistenza del paziente non autosufficiente, assistenza nelle attività programmate del paziente.
- **gruppo di fruizione:** gruppo medio/grande composto da paziente, operatore addetto all'assistenza di base, animatore, giardino.
- **arredi:** sedute fisse e mobili ad uno o più posti; tavoli fissi e mobili, gazebo, pergolato, fontana, voliera o piccoli recinti per animali, sistema di irrigazione.
- **accessibilità:** libera.
- **criteri di dimensionamento:** mq minimi: /
- **incidenza:** liv. 3: sintomi cardinali/motori e non motori.
- **casa del parkinson:**
 - * piano: terra/esterno
 - * mq: 3.450



(fig. 104) (elaborazione personale)
Effetti dell'us20 sul soggetto affetto dalla malattia di Parkinson

PERCORSI DI VAGABONDAGGIO US21

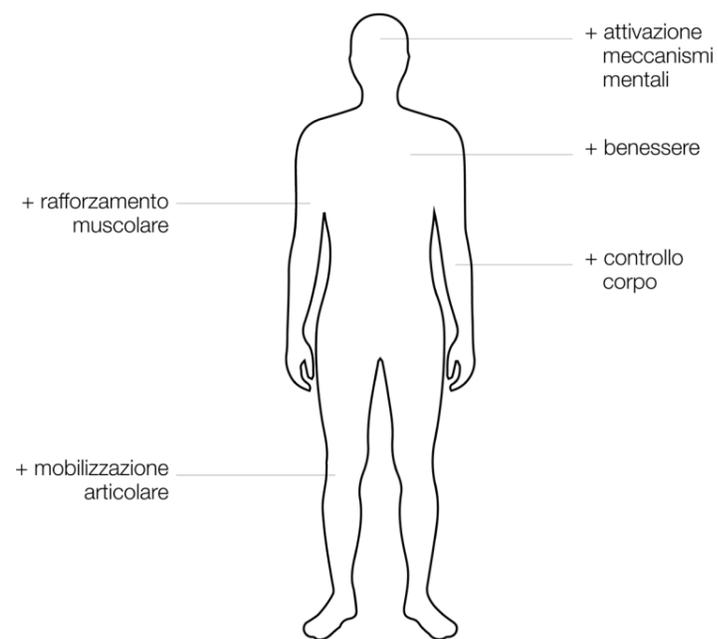
- **attività elementari:** attività ricreativa, assistenza paziente non autosufficiente, assistenza nelle attività programmate, manualità, movimento e percezione di sé.
- **gruppo di fruizione:** gruppo medio composto da paziente, operatore addetto all'assistenza di base, insegnante.
- **arredi:** tavoli, sedie, cavalletti, sgabelli, pannelli per comunicazioni grafiche.
- **accessibilità:** libera.
- **criteri di dimensionamento:** mq minimi: / riferimento movimento libero tra attrezzature con sedia a ruote.
- **incidenza:** liv. 3: sintomi cardinali/motori e non motori
- **casa del parkinson:**
 - * numero stanze: 1
 - * piano: terra
 - * mq: 600



(fig. 105) (elaborazione personale)
Effetti dell'us21 sul soggetto affetto dalla malattia di Parkinson

PALESTRA US22

- **attività elementari:** movimento e percezione di sé, assistenza del paziente non autosufficiente, assistenza infermieristica giornaliera, assistenza nelle attività programmate del paziente.
- **gruppo di fruizione:** gruppo medio composto da paziente, operatore addetto all'assistenza di base, infermiere, animatore, fisioterapista.
- **arredi:** attrezzature da palestra.
- **accessibilità:** libera/aperta ai cittadini.
- **criteri di dimensionamento:** mq minimi: / riferimento: considerare anche l'attività del ballo.
- **incidenza:** liv. 2: sintomi cardinali/motori
- **casa del parkinson:**
 - * numero stanze: 1
 - * piano: terra
 - * mq: 90

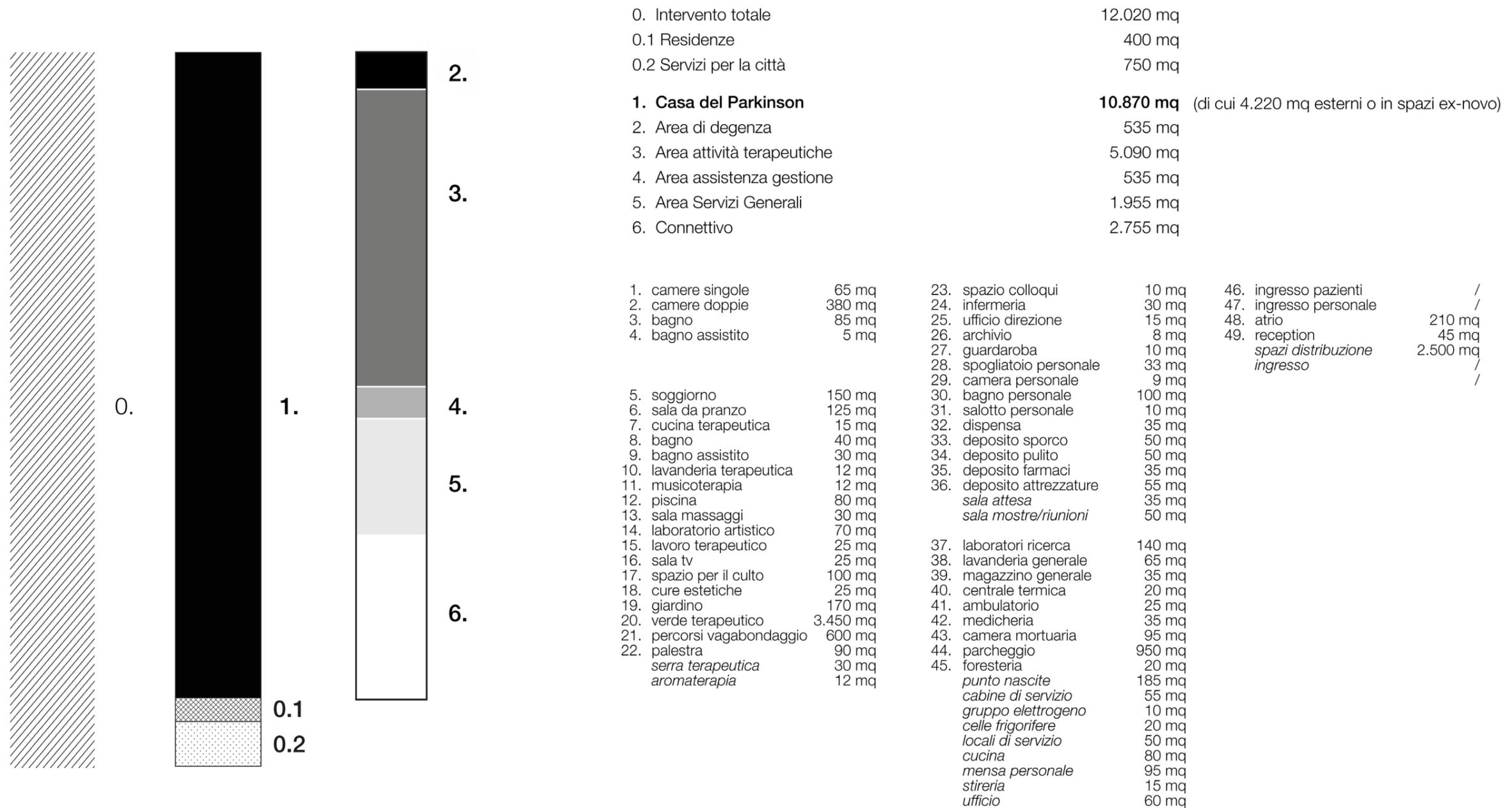


(fig. 106) (elaborazione personale)
Effetti dell'us22 sul soggetto affetto dalla malattia di Parkinson

INFERMERIA US24

- **attività elementari:** colloquio iniziale per l'inserimento del paziente, verifica dello stato di salute del paziente, diagnosi infermieristica preliminare, compilazione scheda paziente, valutazione dello stadio della malattia, valutazione delle attitudini del singolo paziente, programmazione delle attività individuali e di gruppo.
- **gruppo di fruizione:** gruppo piccolo composto da paziente, operatore addetto all'assistenza di base, infermiere, caregiver, medico di medicina generale, medico specialista consulente.
- **arredi:** attrezzature da infermeria.
- **accessibilità:** controllata.
- **criteri di dimensionamento:** mq minimi: /
- **incidenza:** liv. 1: incidenza indiretta
- **casa del parkinson:**
 - * numero stanze: 2
 - * piano: terra/secondo
 - * mq: 30

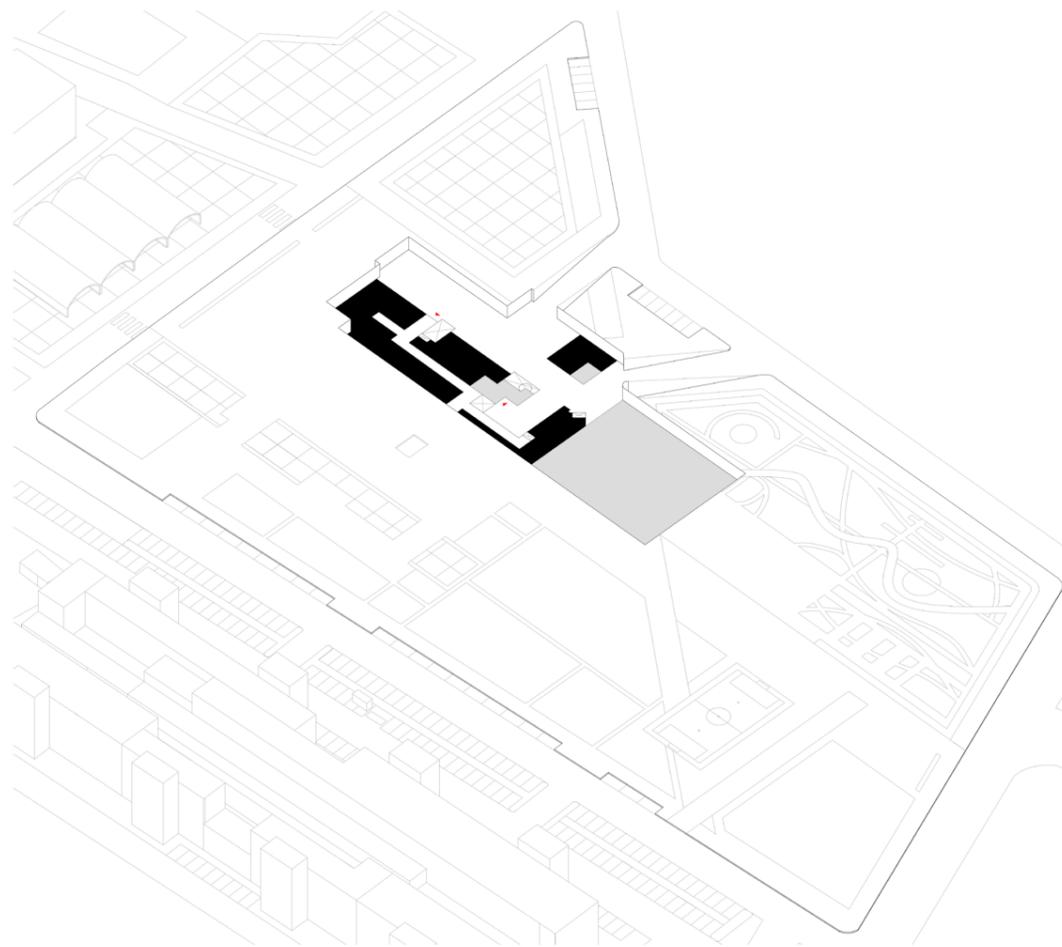
diagramma delle quantità



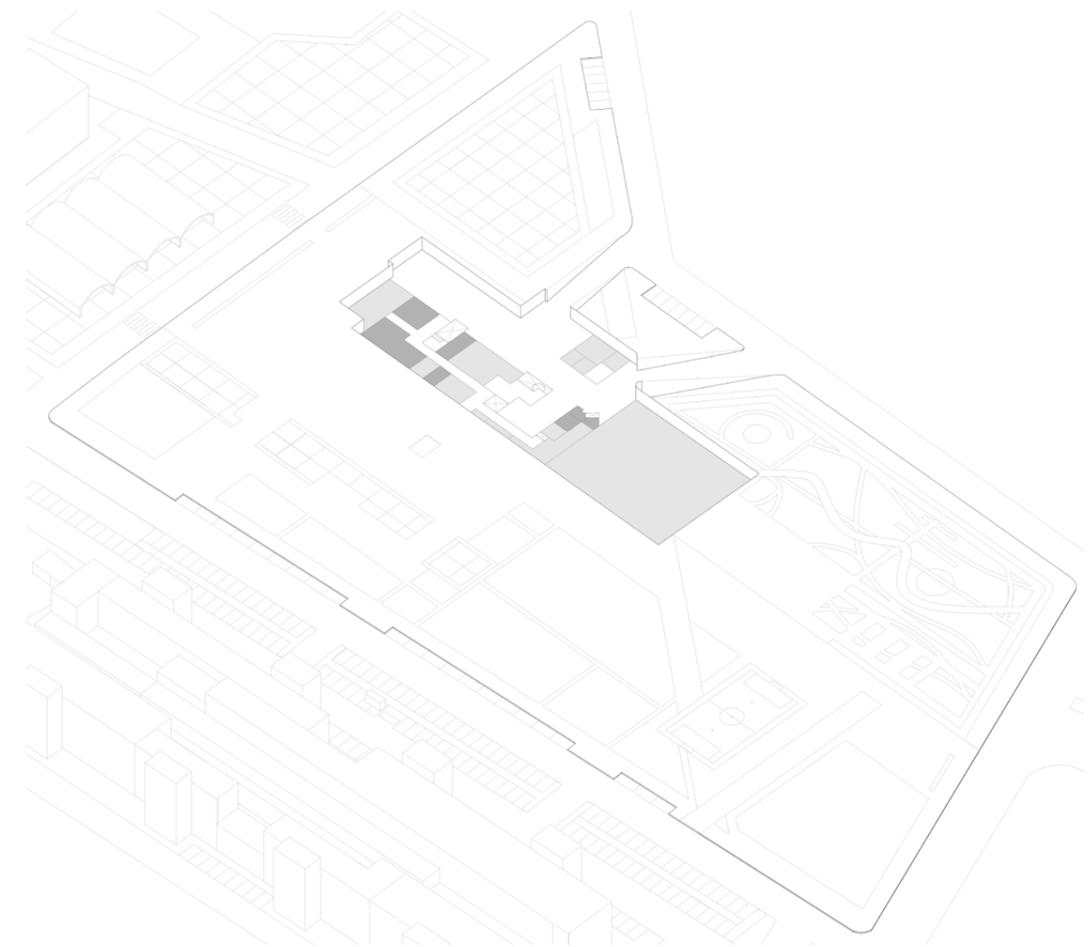
layout distribuzione Piano Seminterrato (-1)

- Pubblico
- Riservato (utenza Parkinson / personale)
- ▨ Residenze
- ▧ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi

- Area degenza
- Attività terapeutiche
- Assistenza/gestione
- Servizi generali
- Connettivo
- ▨ Residenze
- ▧ Servizi per la città
- ▧ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi

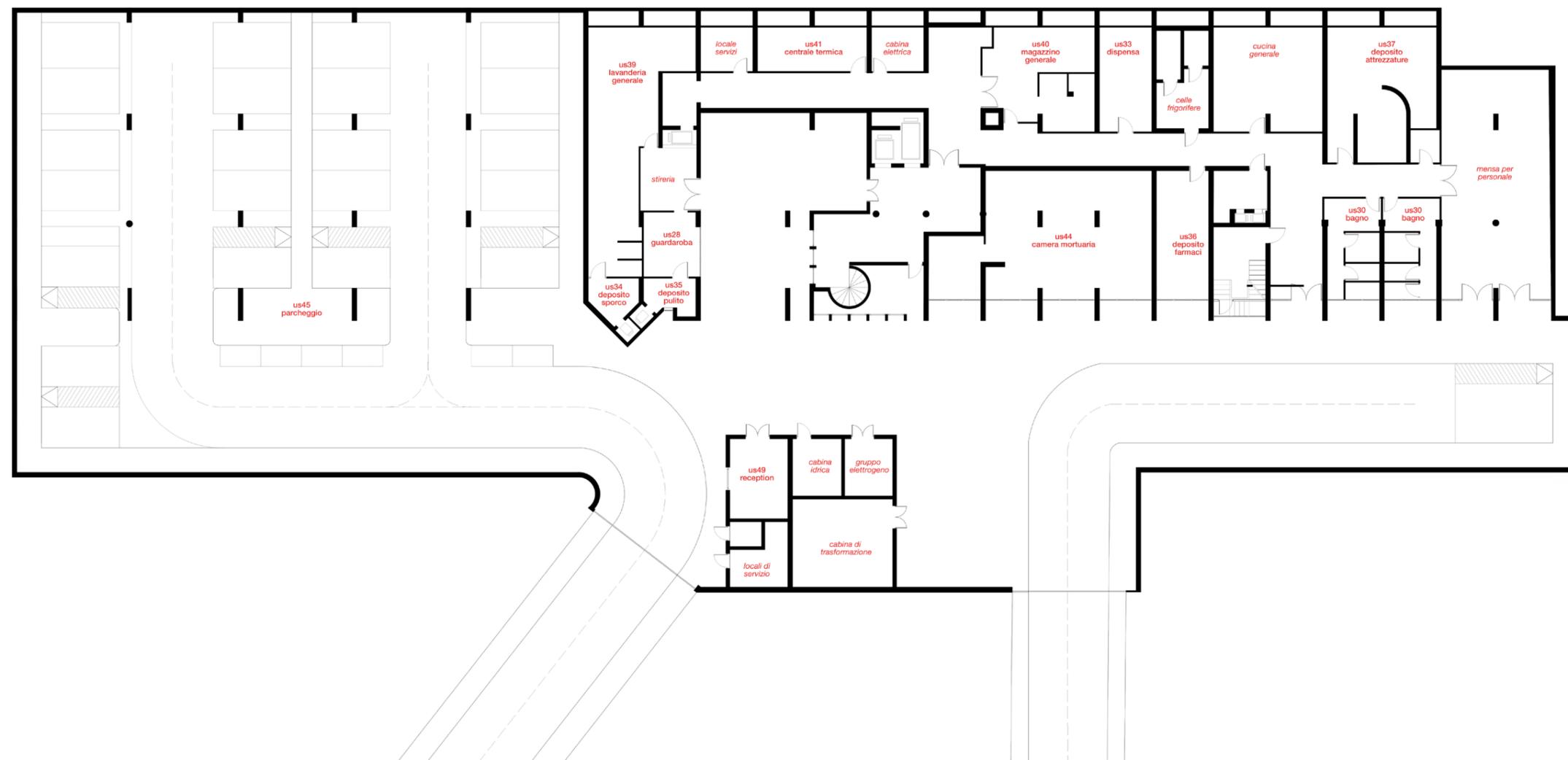


(fig. 107) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Pubblico/Riservato piano seminterrato



(fig. 108) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Unità Spaziali piano seminterrato

pianta Piano Seminterrato (-1)

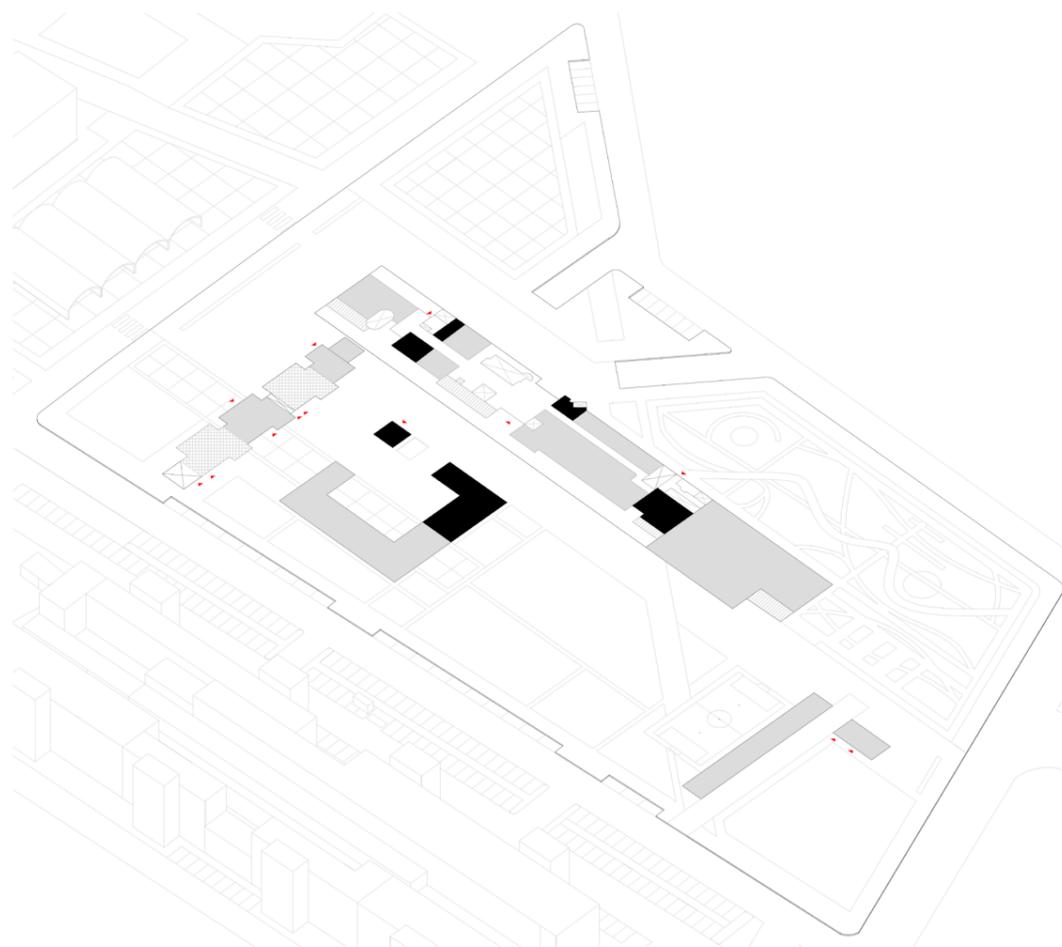


(fig. 109) (elaborazione personale)
Pianta piano seminterrato
(fuori scala)

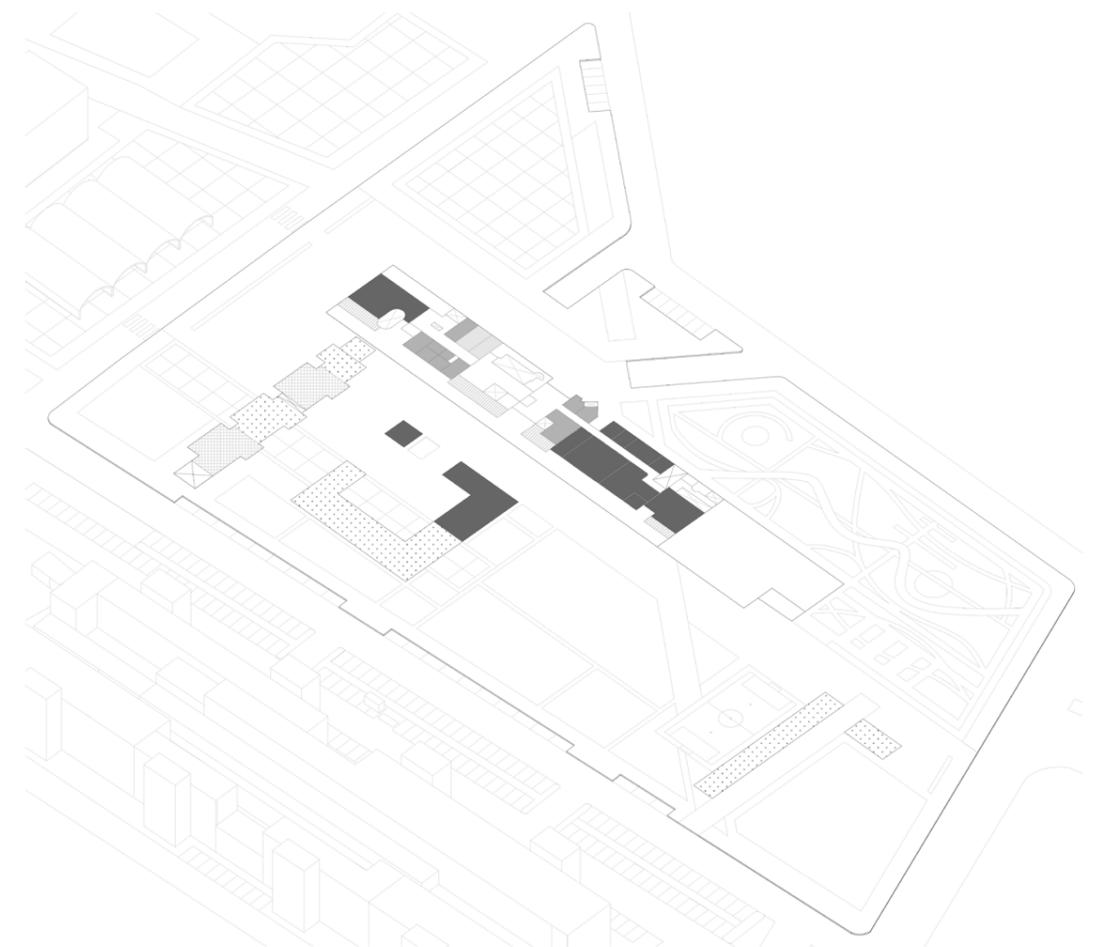
layout distribuzione Piano Terra (0)

- Pubblico
- Riservato (utenza Parkinson / personale)
- ▨ Residenze
- ▧ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi

- Area degenza
- Attività terapeutiche
- Assistenza/gestione
- Servizi generali
- Connettivo
- ▨ Residenze
- ▧ Servizi per la città
- ▧ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi

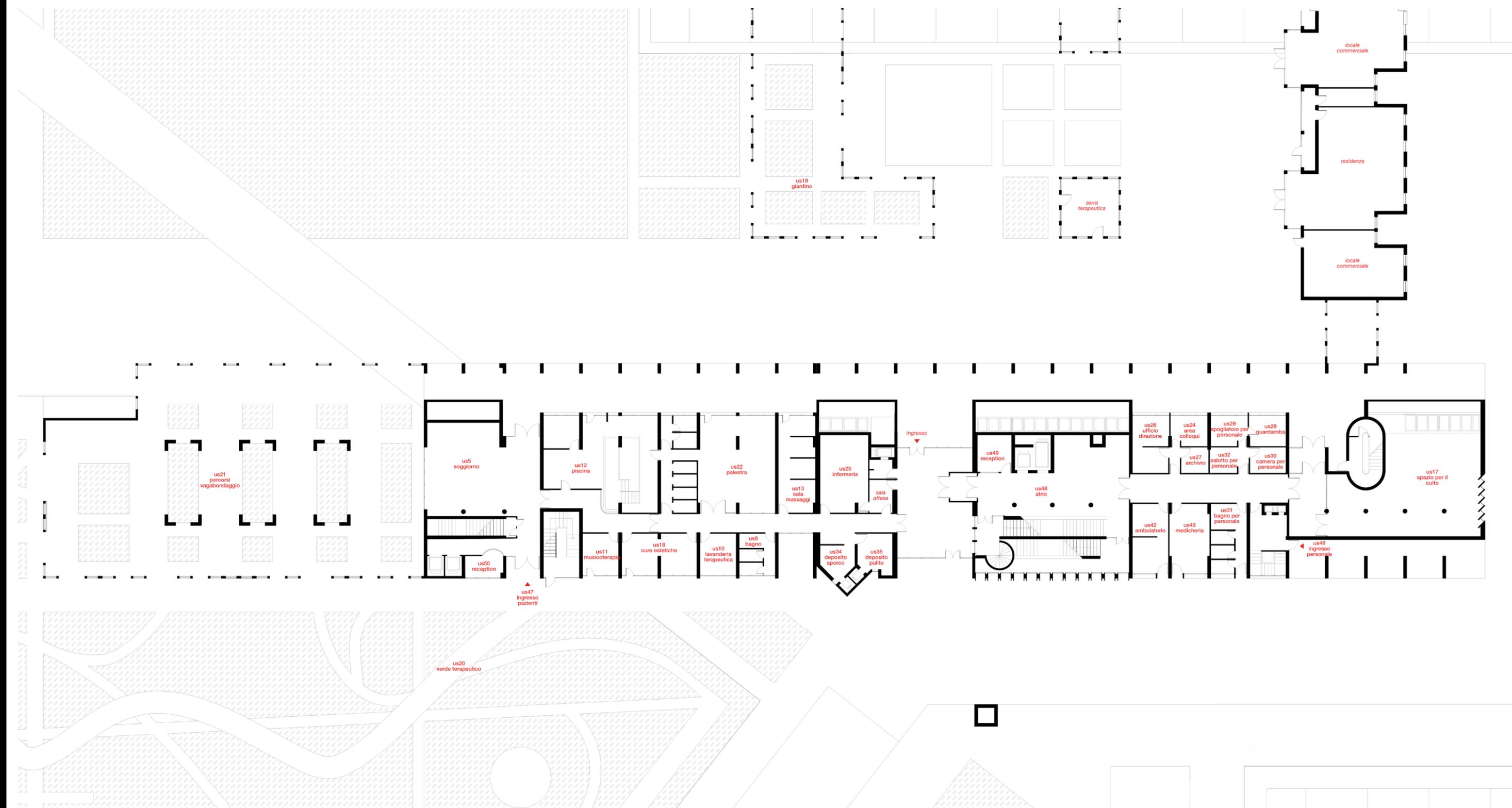


(fig. 110) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Pubblico/Riservato piano terra



(fig. 111) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Unità Spaziali piano terra

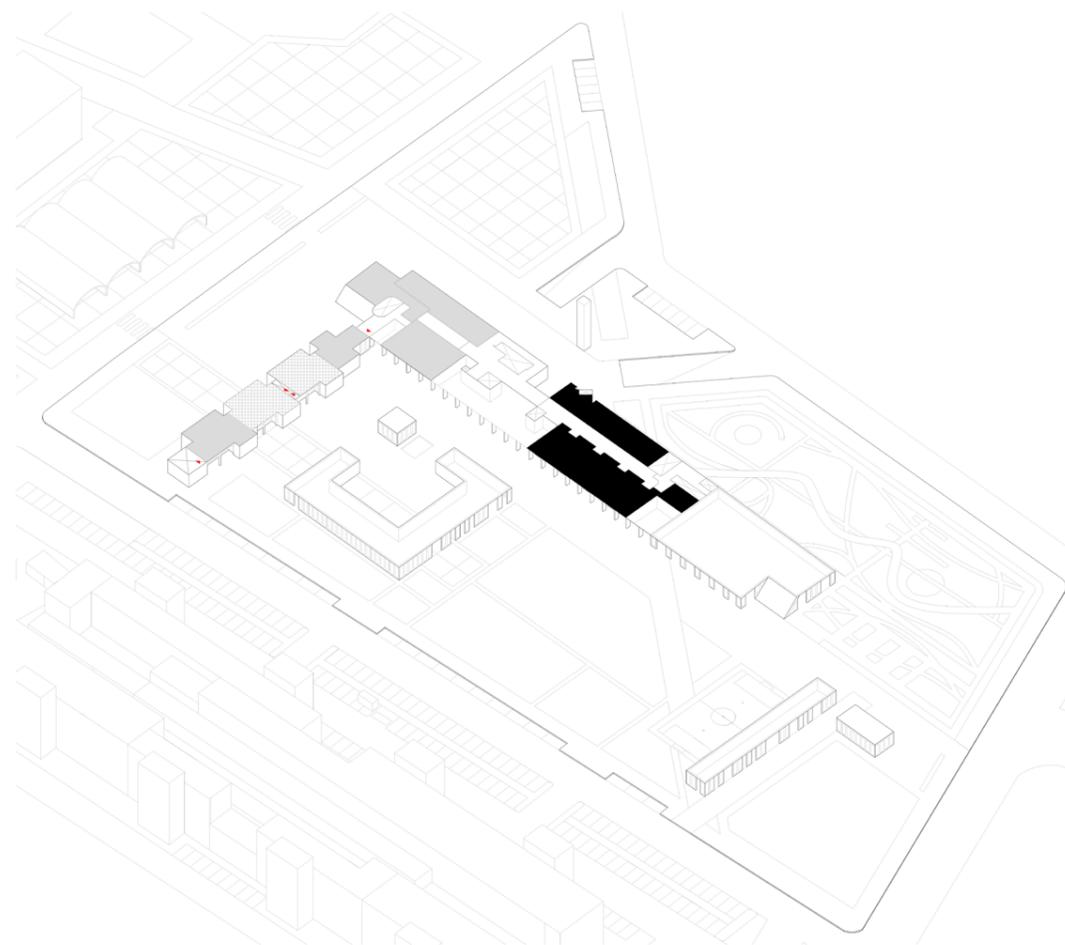
pianta Piano Terra (0)



(fig. 112) (elaborazione personale)
Pianta piano terra
(fuori scala)

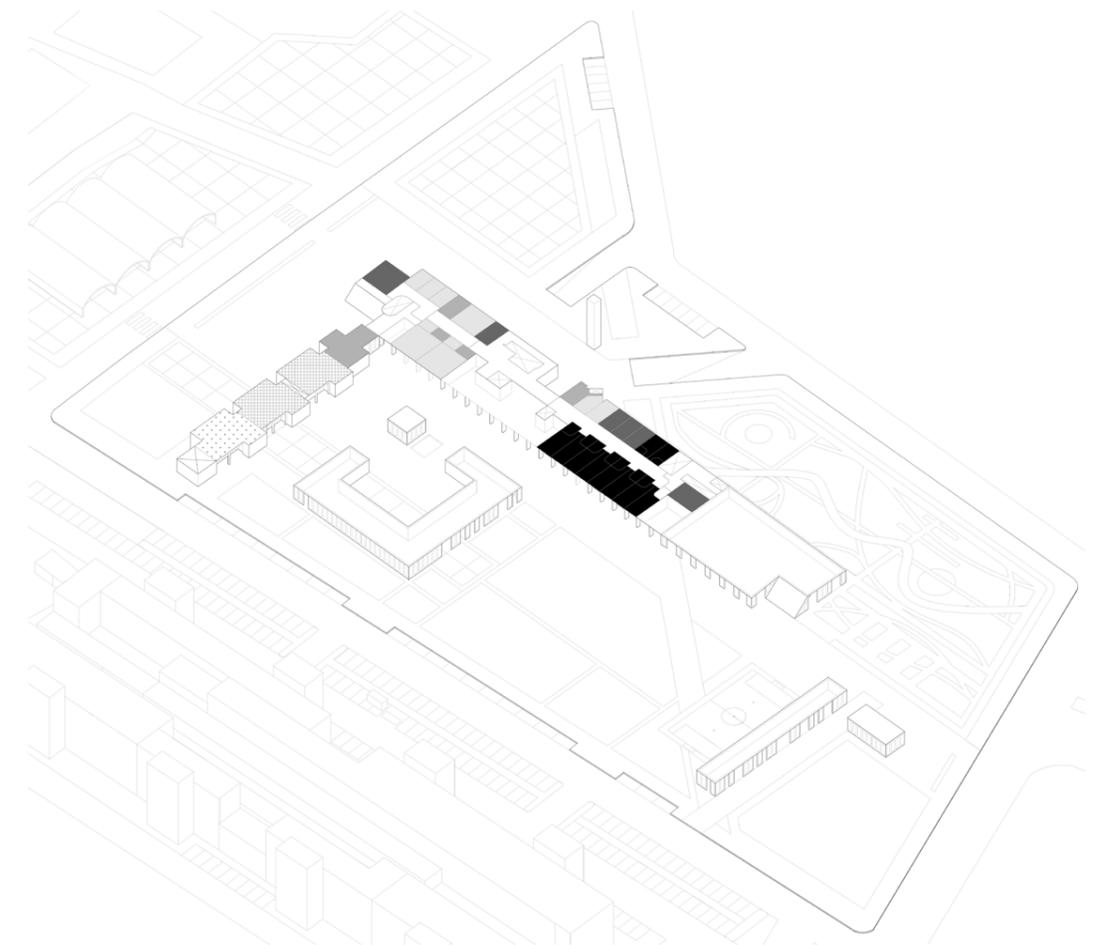
layout distribuzione Piano Primo (+1)

- Pubblico
- Riservato (utenza Parkinson / personale)
- ▨ Residenze
- ▧ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi



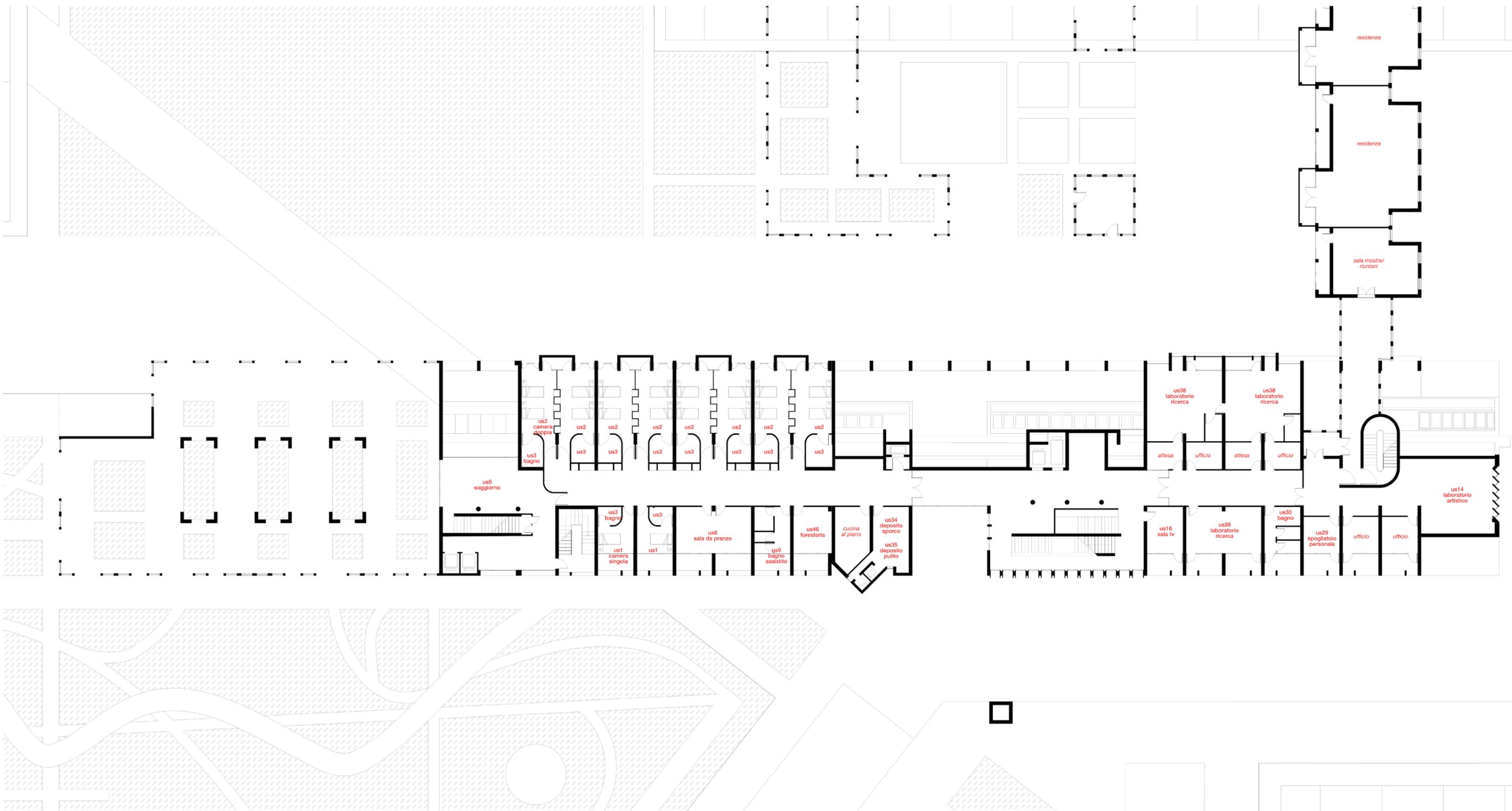
(fig. 113) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Pubblico/Riservato piano primo

- Area degenza
- Attività terapeutiche
- Assistenza/gestione
- Servizi generali
- Connettivo
- ▨ Residenze
- ▧ Servizi per la città
- ▩ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi



(fig. 114) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Unità Spaziali piano primo

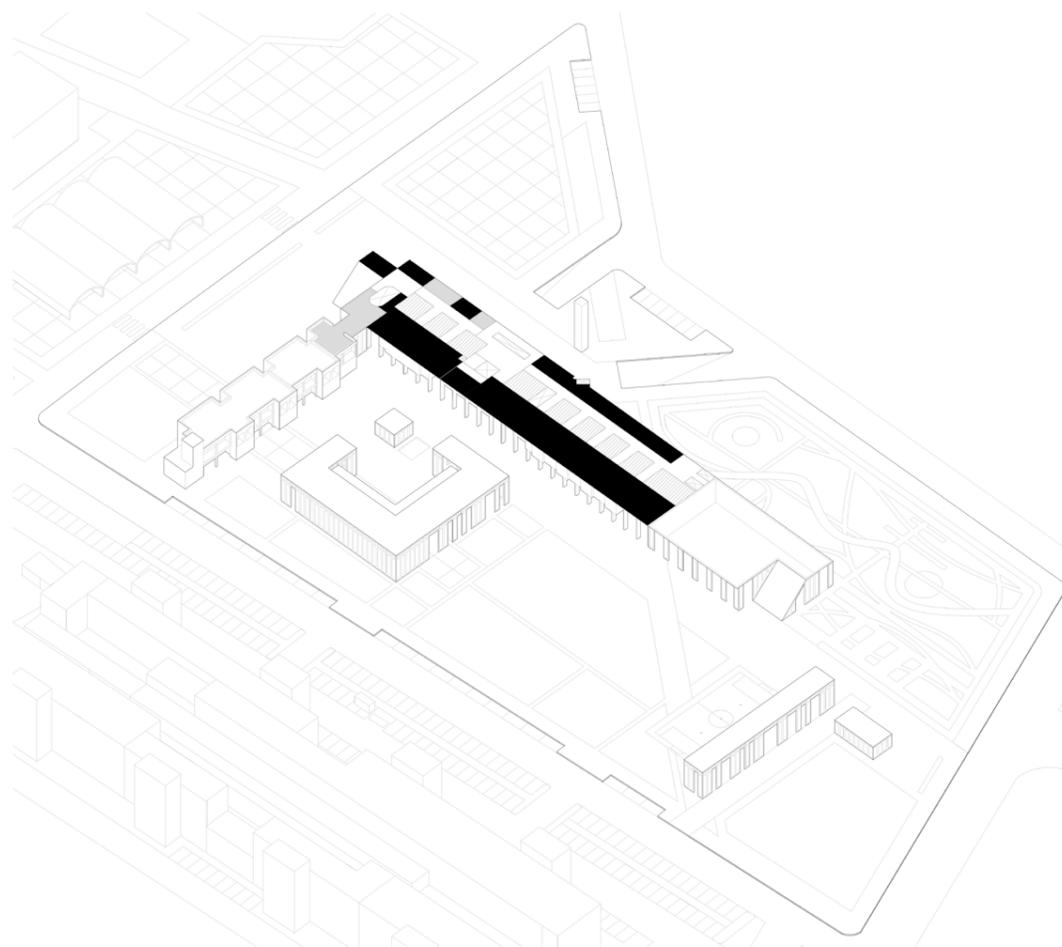
pianta Piano Primo (+1)



(fig. 115) (elaborazione personale)
Pianta piano primo
(fuori scala)

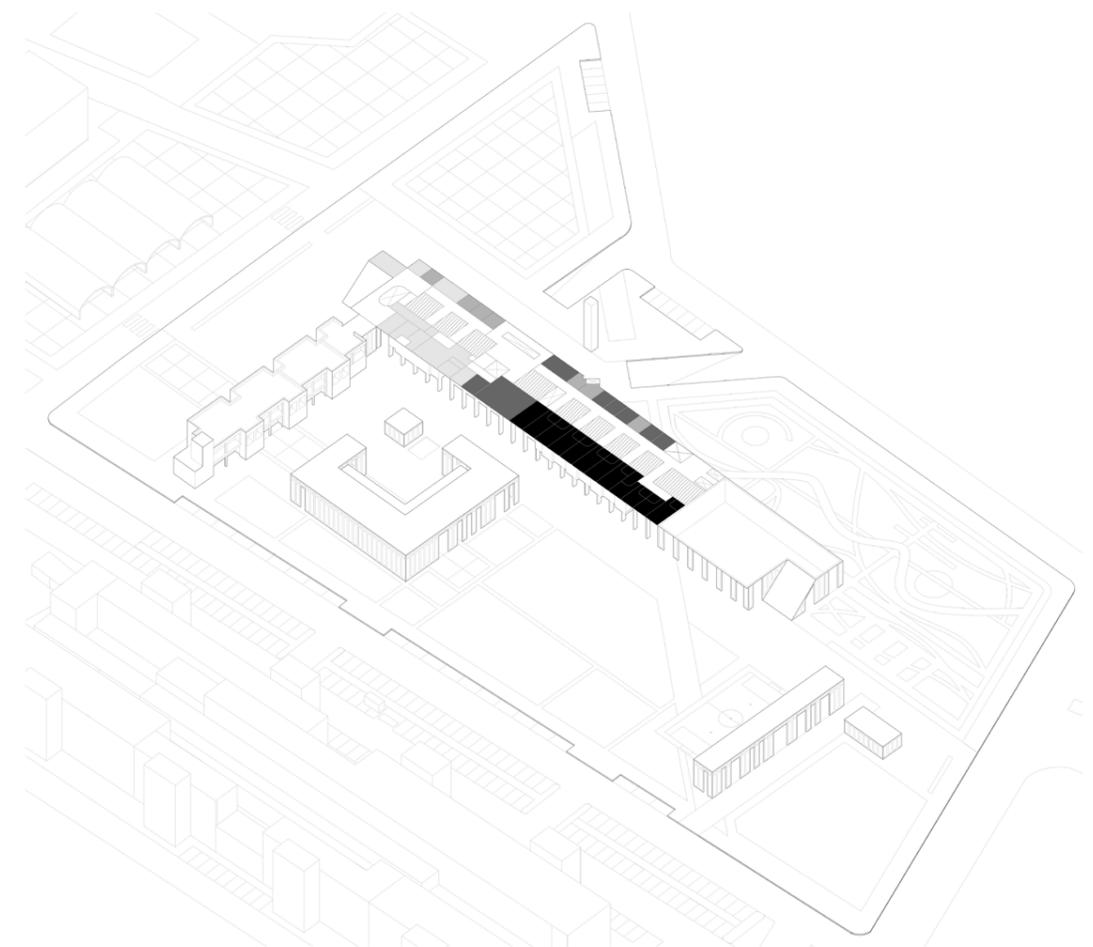
layout distribuzione Piano Secondo (+2)

- Pubblico
- Riservato (utenza Parkinson / personale)
- ▨ Residenze
- ▧ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi



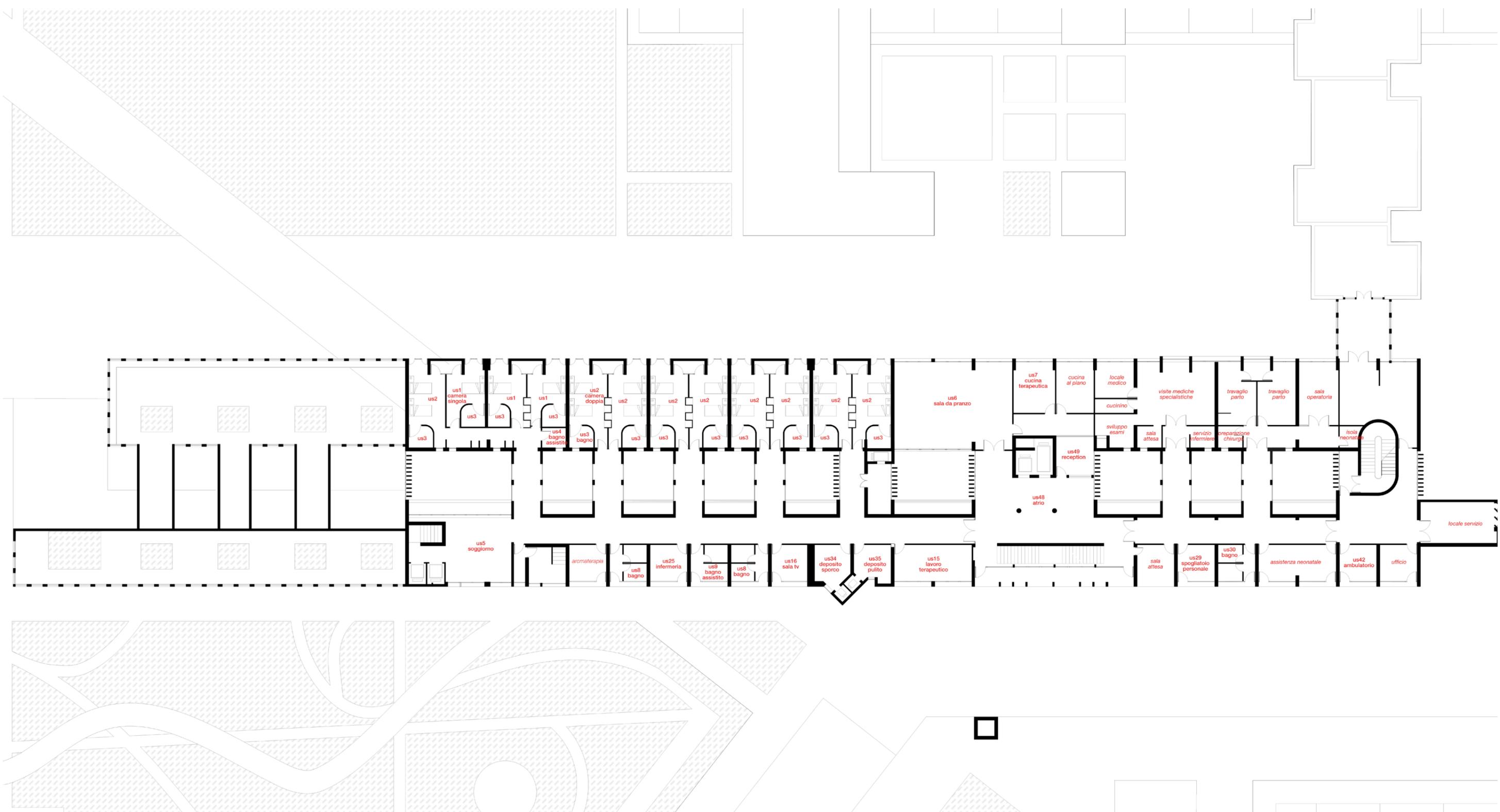
(fig. 116) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Pubblico/Riservato piano primo

- Area degenza
- Attività terapeutiche
- Assistenza/gestione
- Servizi generali
- Connettivo
- ▨ Residenze
- ▧ Servizi per la città
- ▧ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi



(fig. 117) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Unità Spaziali piano primo

pianta Piano Secondo (+2)

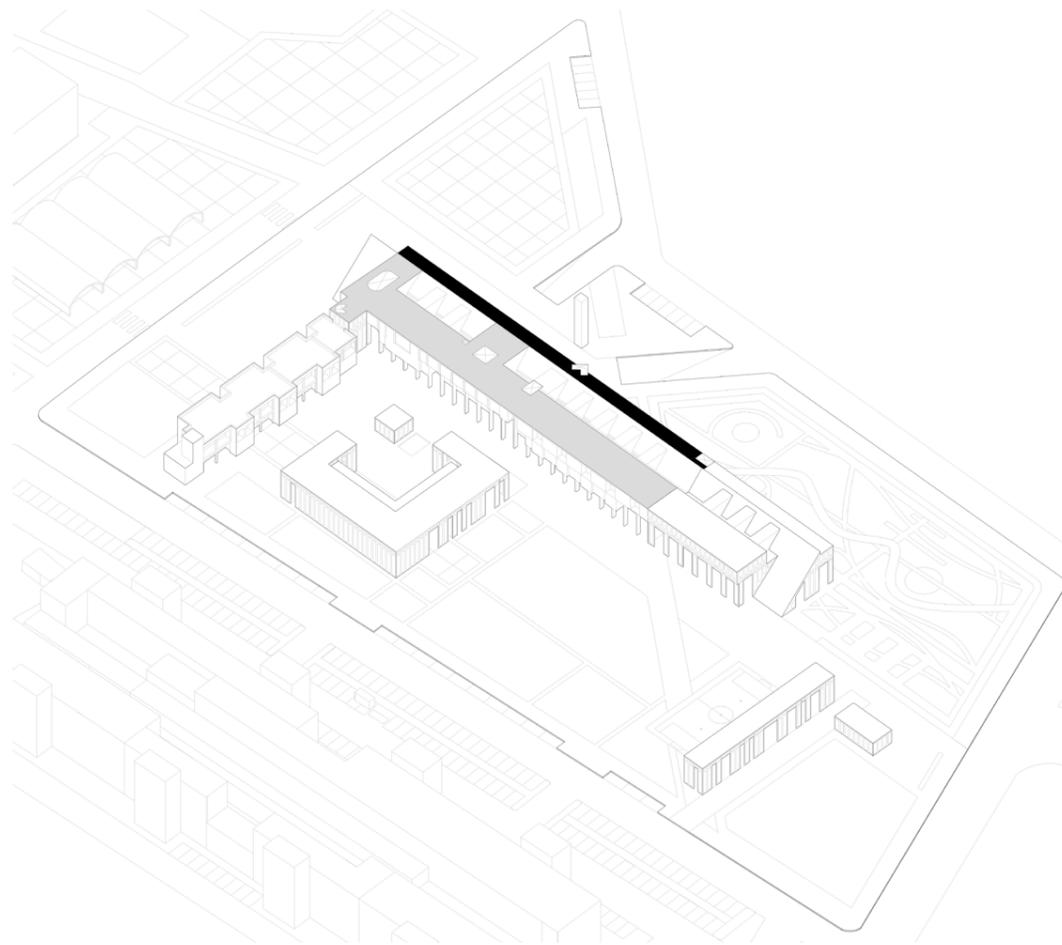


(fig. 118) (elaborazione personale)
Pianta piano secondo
(fuori scala)

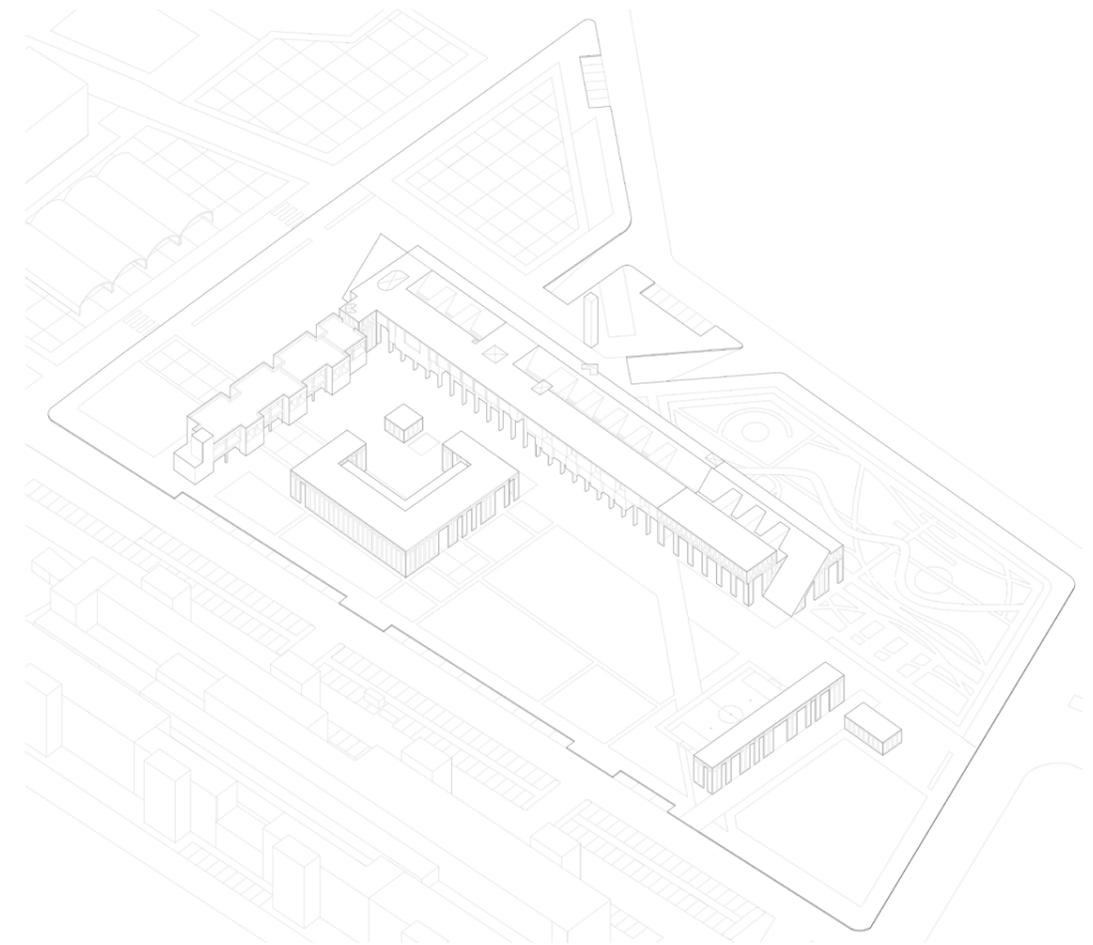
layout distribuzione Piano Coperture (+3)

- Pubblico
- Riservato (utenza Parkinson / personale)
- ▨ Residenze
- ▧ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi

- Area degenza
- Attività terapeutiche
- Assistenza/gestione
- Servizi generali
- Connettivo
- ▨ Residenze
- ▧ Servizi per la città
- ▧ Scale ed ascensori
- ▩ Spazi vuoti
- ▶ Ingressi

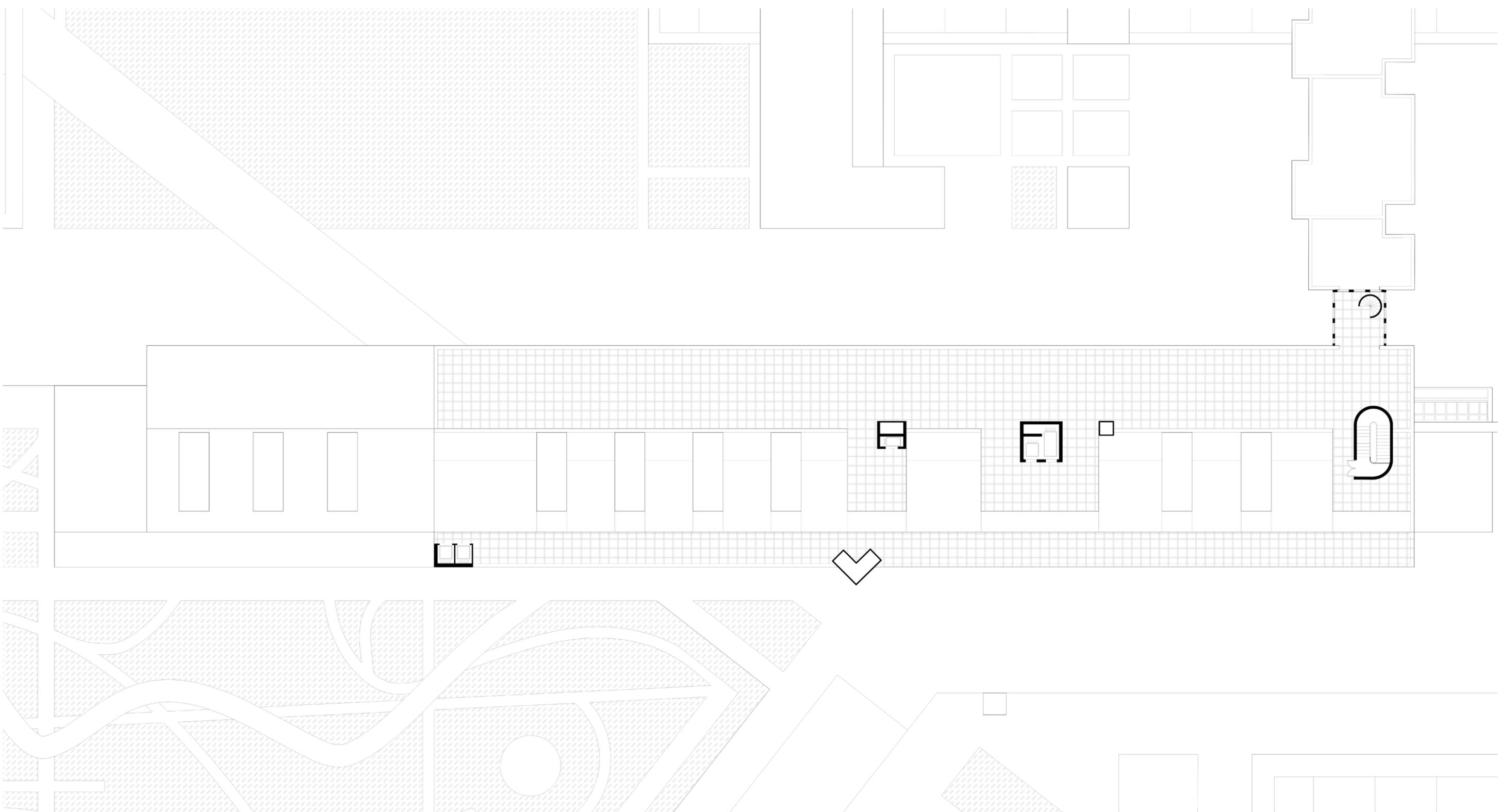


(fig. 119) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Pubblico/Riservato piano primo



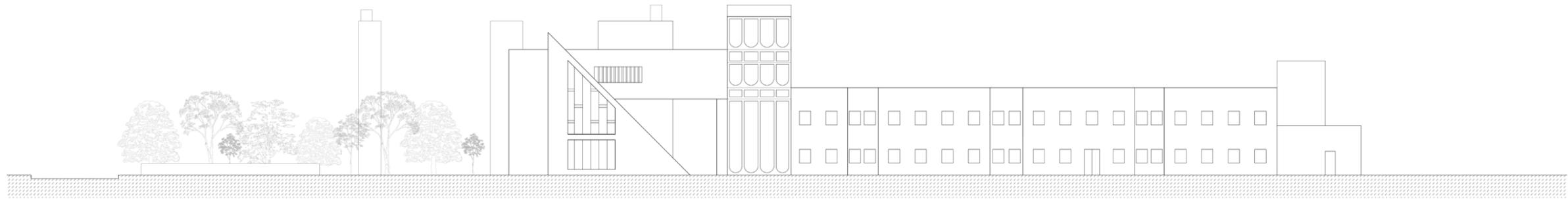
(fig. 120) (elaborazione personale)
Layout distribuzione Unità Spaziali piano primo

pianta Piano Coperture (+3)

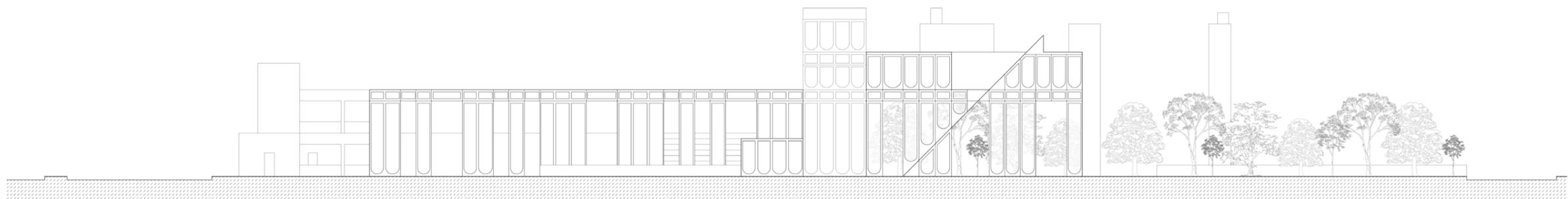


(fig. 121) (elaborazione personale)
Pianta piano coperture
(fuori scala)

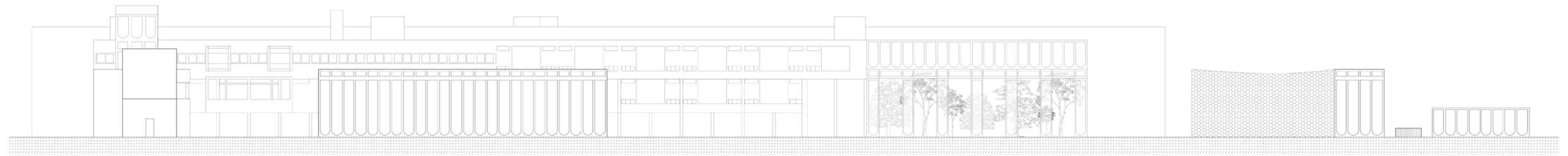
i prospetti



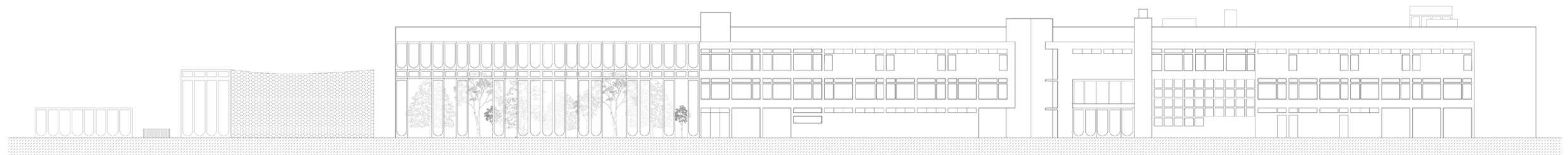
(fig. 122) (elaborazione personale)
Prospetto Est
scala 1:1000



(fig. 123) (elaborazione personale)
Prospetto Ovest
scala 1:1000

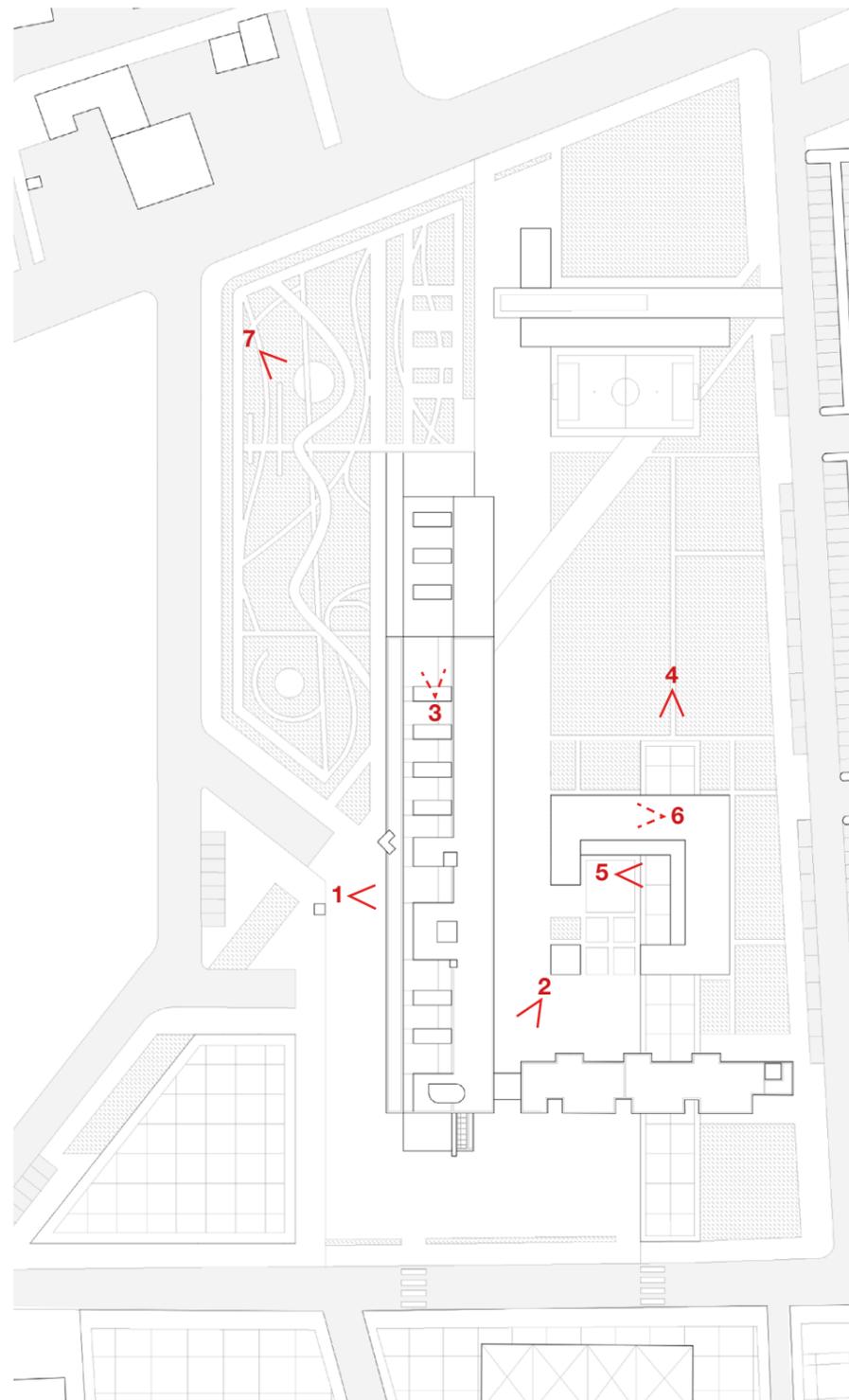


(fig. 124) (elaborazione personale)
Prospetto Nord
scala 1:1000



(fig. 125) (elaborazione personale)
Prospetto Sud
scala 1:1000

3.6.1 suggestioni



(fig. 126) (elaborazione personale)
Localizzazione Viste
fuori scala



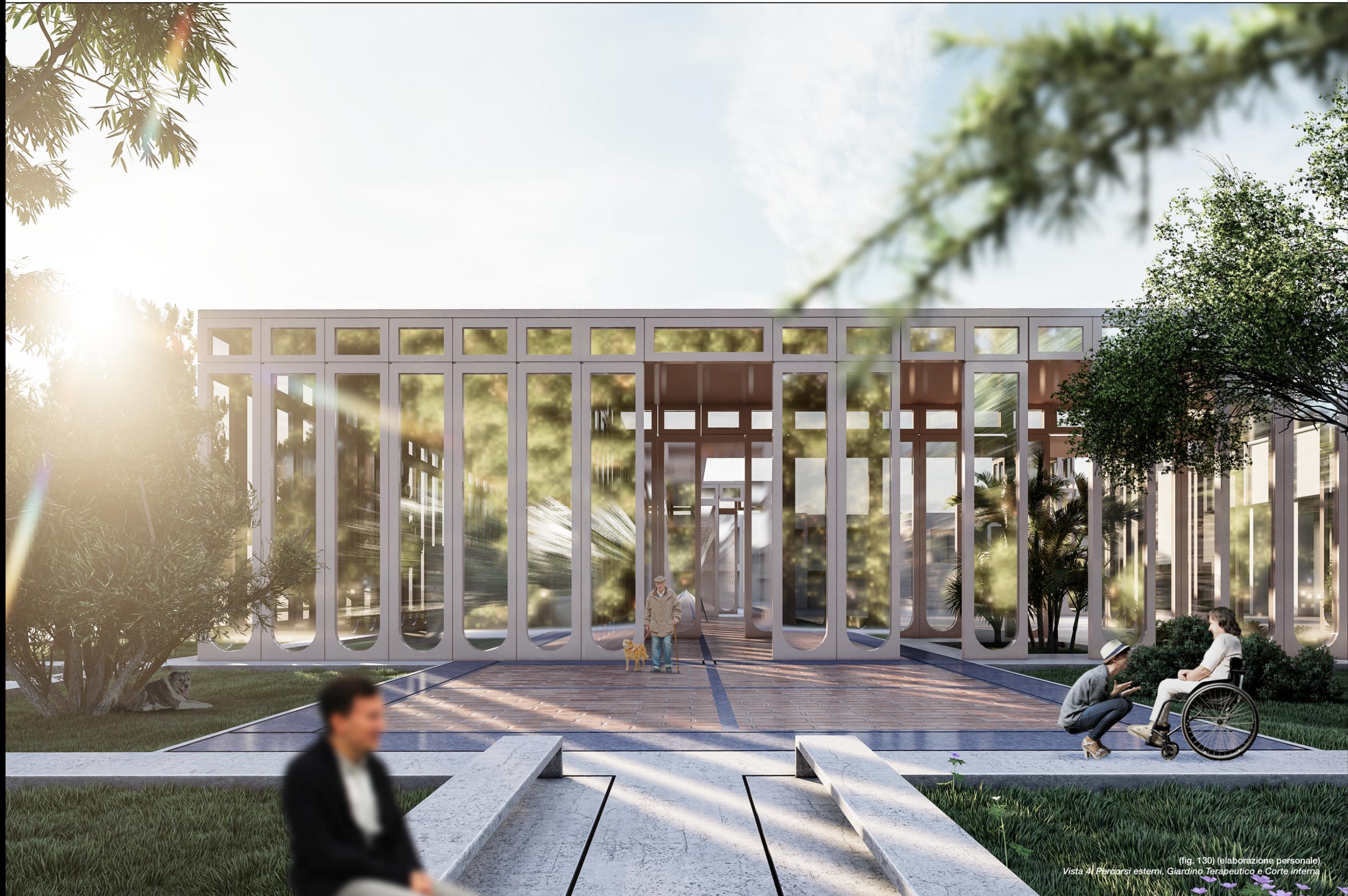
(fig. 127) (elaborazione personale)
Vista 1: Ingresso Casa del Parkinson



(fig. 128) (elaborazione personale)
Vista 2: Nodo di collegamento Gerontocomio-edificio residenziale/servizi



(fig. 129) (elaborazione personale)
Vista 3: Particolare dell'oblò, della boiserie e del corrimano



(fig. 130) (elaborazione personale)
Vista 41 Percorsi esterni, Giardino Terapeutico e Corte interna



(fig. 131) (elaborazione personale)
Vista 5: Corte interna



(fig. 132) (elaborazione personale)
Vista 6: Galleria della Corte Interna con giardino terapeutico



(fig. 133) (elaborazione personale)
Vista 7: Verde Terapeutico

bibliografia

Malattia di Parkinson

- C. Tanner et al, *Epidemiology of Parkinson's disease*, Neurol. Clin, 1996;
- Bergamasco B., Abbruzzese G., et al. *Linee Guida per il trattamento della Malattia di Parkinson 2002*, s.l., LIMPE, 2002, vol.23;
- Cicolin A, Lopiano L, Zibetti M, Torre E, Tavella A, Guastamacchia G, Terreni A, Makrydakis G, Fattori E, Lanotte MM, Bergamasco B, Mutani R., *Effects of deep brain stimulation of the subthalamic nucleus on sleep architecture in parkinsonian patients*, Sleep Med, 2004;
- Associazione Italiana Parkinsoniani – AIP. Informazioni e articoli scientifici, 2006;
- C. G. Goetz et al., *Movement Disorder Society-Sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Scale presentation and clinimetric testing results*, Mov. Disord., vol. 23, no. 15, pp. 2129–2170, 2008;
- D. W. Dickson et al., *Neuropathological assessment of Parkinson's disease: refining the diagnostic criteria*, Lancet Neurol., vol. 8, no. 12, pp. 1150–1157, 2009;
- Antonini A, Chaudhuri KR, Martinez-Martin P, Odin P. *Oral and infusion levodopa-based strategies for managing motor complications in patients with Parkinson's disease*. CNS Drugs 2010; pp. 119-129;
- Cambier J. et al., *Neurologia*, Milano, Elsevier, 2010, p.167;
- Collins KL., Lehmann EM. & Patil PG. *Deep Brain Stimulation for movement disorders*. Neurobiology of Disease, s.l., 2010, vol. 38;
- Lawrence I. G., Margery H. M., Jacob I. S., *Parkinson's disease handbook*, New Brunswick in New Jersey, MD, Cap.II, pp. 3-9, 2010;
- Goldman JG. et al., *Movement Disorder Society*, s.l., 2011;
- Merola A, Zibetti M, Angrisano S et al. *Comparison of subthalamic nucleus deep brain stimulation and Duodopa in the treatment of advanced Parkinson's disease*, Mov Disorders 2011, pp. 664-670;
- Smeltzer C. & Bare B., *Infermieristica medico-chirurgica*, Rozzano, CEA, vol. 1;
- Rizzi B., Mori P., Scaglioni A. Mazzucchi A., Rossi M., *La malattia di Parkinson. Guida per pazienti e familiari*, Milano, Fondazione Don Gnocchi, 2013;
- A. Cartabellotta, F. Berti, A. L. Patti, S. Quintana, and R. Eleopra, *Linee guida per la diagnosi e il trattamento della malattia di Parkinson*, Evidence, 2018, vol. 10, no. 4;
- M. Basso, *Patients with Parkinson's Disease Show Impaired Use of Priors in Conditions of Sensory Uncertainty*, University of California, Los Angeles, 2016.
- E. Ray Dorsey et al., *Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990– 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*, Lancet Neurol., vol. 17, no. 11, pp. 939–953, 2018;
- C. Laurencin and S. Thobois, *Malattia di Parkinson*, EMC - Neurol., vol. 19, no. 2, pp. 1–13, 2019;
- Associazione Italiana Giovani Parkinsoniani – AIGP. Informazioni e articoli scientifici;
- Giornata nazionale Parkinson 2016, *Certezze raggiunte e nuove scoperte*. Informazioni e articoli scientifici disponibili on-line;
- ISS-SNLG – Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità. *Linea guida. Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson* (http://www.snlgiss.it/cms/files/LG_Parkinson_rev_aperta.pdf)
- NLG-ISS. *Linee Guida 24, Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson*, Disponibile on-line;
- M. Onofrij, A. Thomas, *Terapia non farmacologica*, articolo disponibile on-line;

Percorsi Assistenziali

- *Ancora in gioco, l'autonomia degli anziani fra famiglia, servizi e societa*, Atti del Convegno Internazionale Provincia di Milano, marzo-aprile 1993; ones M., *A sensitive solution to caring for the mentally impaired*, in The Architects Journal, aprile 1993;
- Scarafiotti C., Ponzetto M., *Valutazione delle necessità dei caregivers*, in Il geriatra e la malattia di Alzheimer, Atti del Convegno, Rapallo, a cura di Fabbris F., Ferrario E. , Simone Eandi Edizioni, Torino, marzo 1998;
- Rossi L., Guidi C. (a cura di), *A casa è meglio. Cure domiciliari in geriatria e oncologia*, Atti del Convegno Nazionale, Provincia di Lucca, febbraio 1998;
- Vitali S., *L'assistenza sanitaria e socio-assistenziale degli anziani*, in Nuove urbanità. Progettazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, Atti del Corso di Aggiornamento, Milano 1999;
- A. Vasquez (a cura di), *Gestione Globale del paziente*, Eraclea, Lecce, 2007;
- Cottin P. L., *Come essere amico di una persona malata*, Milano, Corbaccio, 2013;

- J. Andrews, *Improving the design of housing to assist people with dementia*, Murdoch, Stirling, 2013;
- *Memories of a Brain Doctor: Muhammad Ali, Franklin Roosevelt, Adolf Hitler: Polio to Parkinson Disease*, disponibile on-line;

Percezione dello Spazio

- Vicki B., Green, P., *La perception visuelle: physiologie, psychologie et écologie*, PUG, Grenoble, 1993;
- *Linee Guida n1/94 relative agli Indirizzi sugli Aspetti Organizzativi e Gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali*, in Sanitas Domi, luglio-settembre 1993;
- Gimbel T., *Cromoterapia. Uso del colore e della luce per recuperare il proprio benessere*, Tecniche Nuove, Milano 1994;
- Jeannerod, M.: *The Representing Brains*, in: Behavioural Brain Sciences, Nr. 17, Academic Press, New York, 1994.
- Berthoz, A.: *Le sens du mouvement*, Odile Jacob, Paris, 1997;
- F. Ferrari, *Architettura e percezione degli spazi: nuove prospettive*, Milano, 2018;

Percezione Spaziale nella Malattia di Parkinson

- Bernheimer H., Birkmayer W., Hornykiewicz O., Jellinger K., Seitelberger F., *Brain dopamine and the syndromes of Parkinson and Huntington: Clinical, morphological and neurochemical correlations*. Journal of the Neurological Sciences, 20, 415-455, 1973;
- Spinnler H., Tognoni G., Gruppo italiano per lo studio neuropsicologico dell'invecchiamento, *Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici*, Italian Journal of the Neurological Sciences, 6, Suppl. 8., 1987;
- Berthoz, A.: *Le sens du mouvement*, Odile Jacob, Paris, 1997;
- Dubois B., Pillon B., *Cognitive deficits in Parkinson's disease*. Journal of Neurology, 244 (1), 2-8., 1997;
- Adolphs R., *The neurobiology of social cognition*, Current Opinion in Neurobiology, 11, 231-239, 2001;
- Mosimann U., Mather G., Wesnes K.A., O'Brien J.T., Burn

D.J., McKeith I.G., *Visual perception in Parkinson disease dementia and dementia with Lewy bodies*, Neurology, 63, 2091-2096, 2004;

- Muslimovic D. et al, *Cognitive profile of patients with newly diagnosed Parkinson disease*. Neurology, 65, 1239-1245, 2005;
- Uc E.Y., Rizzo M., Anderson S.W., Qian S., Dawson J.D., *Visual dysfunction in Parkinson's disease without dementia*, Neurology, 65, 1907-1913, 2005;
- Zizak V.S. et al., *The ubiquity of memory retrieval deficits in patients with fronto-striatal dysfunction*, Cognitive & Behavioral Neurology, 18 (4), 198-205, 2005;
- McNamara P., Durso R., *Neuropharmacological treatment of mental dysfunction in Parkinson's disease*, Behavioral Neurology, 17 (1), 43-51, 2006;
- Delazer M., Sinz H., Zamarian L., Stockner H., Seppi K., Wenning G.K., Benke T., Poewe W., *Decision making under risk and under ambiguity in Parkinson's disease*. Neuropsychologia, 47, 1901-1908, 2009;
- Poletti M., Frosini D., Lucetti C., Del Dotto P., Ceravolo R., Bonuccelli U., *Decision making in de novo Parkinson's disease*, Movement Disorders, 25, 1432-1436, 2010;
- Perugini A., Ditterich J., Basso M., *Patients with Parkinson's Disease Show Impaired Use of Priors in Conditions of Sensory Uncertainty*, Current Biology, Elsevier, 2016.

Demenza ed Architettura per la Demenza

- Munson P., Awde R., Badiou D., Bourke E., Jones M., Lips T., *Designing Facilities for People with Dementia*, Munson P. Editor, Ottawa: Health and Welfare Canada, 1991;
- CRESA, *Aspetti economici della demenza senile*, Franco Angeli, Milano 1993;
- Foltz-Gray D., *Welcome to the neighborhood*, in Design Details, Yvonne Parsons Editor, New York 1996;
- Bonati P. A., *Demenza: un fenomeno emergente*, suppl. di Modulo, BE-MA editrice, Milano, 1997;

- Valla P., *Appartamenti sperimentali a Tinsberg*, suppl. di Modulo, BE-MAeditrice, Milano, 1997;
- Fabbri M., *Ricerche innovative per la concezione dell'arredo e del verde delle strutture geriatriche*, in Nuove Urbanità. Progettazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali di rete e della qualità delle strutture edilizie corrispondenti, Atti del Corso di aggiornamento, Milano 1999;
- Valla P., *Quando il progetto è parte integrante della cura*, in Collettività e Convivenze, Edizioni Unisco S.r.l., Milano, gennaio-febbraio 1999, n.1-2;
- Vitali S., *Gentle Care. Un sistema di cura per le persone affette da demenza*, Diagnosi cura etica, Atti del Convegno, Verona 1999;
- R. MacDonald, *Design for Dementia vol. 1*, The Halsall, Liverpool, 2006;
- P. Dell'Acqua, *Abitare la soglia, Architettura e psichiatria*, Trieste, 2009;
- Aia, *AAH Academy Architecture for Health*, Academy Journal, Orlando, 2013;
- S. Waller et al, *Improving the patient experience*, Developing Supportive Design for People with Dementia, The King's Fund, 2013;
- S. D'Autilia, P. Dell'Acqua, *Un'architettura per liberare la follia*, FAMagazine, 2017.

Giardini

- Ousset P.J., Nourhashemi F., Albaredo J.L., Vellas P.M., *Therapeutic gardens*, in Cognitive and Affective Disorders in the Elderly, Atti del Convegno, a cura di Cucinotta D., Ravaglia G., Zs.-Nagy I., Archives of Gerontology and Geriatrics, suppl. 6, Elsevier Science Ireland Ltd, Amsterdam-Lausanne-New-York-OxfordShannon-Tokyo, 1998;
- Chiodini P., *Un luogo per l'identit: realizzazione di un Giardino d'inverno in una struttura residenziale per persone anziane affette da demenza*, in Atti del Convegno habitera la personne age du troisi me millenaire?, Gallarate (Va) 1999;
- Valla P., *Architettura e Giardini. Il progetto come strumento terapeutico*, Milano 1999;

Alzheimer ed Architettura per l'Alzheimer

- Monzeglio E., *L'architettura per l'Alzheimer*, in *Il geriatra e la malattia di Alzheimer*, Atti del Convegno Rapallo, a cura di Fabbri F., Ferrario E., Simone Eandi Edizioni, Torino, marzo 1998;
- Chiara L., *Lo spazio architettonico per gli anziani affetti da Malattia di Alzheimer*, in *Malattia di Alzheimer. Diagnosi cura etica*, Atti del Convegno, Verona 1999;
- Chiara L., *Nuove ipotesi per le strutture sanitarie-assistenziali per la riabilitazione e l'assistenza agli anziani affetti da Alzheimer*, in Nuove Urbanità. Progettazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali di rete e della qualità delle strutture edilizie corrispondenti, Atti del Corso di aggiornamento, Milano 1999;
- Gallo A.M., *I centri diurni sanitari per i malati di Alzheimer: un'altra conquista del volontariato dei diritti*, in Prospettive assistenziali, luglio-settembre 1999, n.127;
- Pilato L., *Una speranza in architettura*, in *Malattia di Alzheimer: un impegno per il 2000. Le risposte possibili*, Atti del Convegno, Roma 1999;
- Predazzi M., *L'assistenza sanitaria e socio-assistenziale degli anziani affetti da Alzheimer*, in Nuove Urbanità. Progettazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali di rete e della qualità delle strutture edilizie corrispondenti, Atti del Corso di aggiornamento, Milano 1999;
- Valla P., *Linee guida per spazi a misura di Alzheimer*, in Collettività e Convivenze, Edizioni Unisco S.r.l., Milano, maggio-giugno 1999, n.5-6;
- R. Del Nord, *Architettura per l'Alzheimer, il Malato di Alzheimer e l'ambiente*, Edizioni regione Toscana, Firenze, 2002;
- A. Vasquez, *I sogni non devono morire*, Salento Alzheimer, Lecce, 2005.
- S. Recanatini, *Io sono l'Alzheimer*, Milano, Gribaudo, 2019;
- *Differenza tra morbo di Alzheimer e morbo di Parkinson: sintomi comuni e diversi*, in medicinaonline.co.

Spazio Pubblico

- K. Lynch, *The image of the city*, Cambridge, MIT, 1960;
- R. MacDonald, *Design for Dementia vol. 1*, The Halsall, Liverpool, 2006;

Nardò

- G. Arditi, Corografia fisica e storica della Provincia di terra d'Otranto. *La storia di Nardò*, Arnaldo Forni, Bologna, 1979;
- *La Puglia fra Bisanzio ed Occidente*, in *Civiltà e culture in Puglia* vol. 2, Milano, 1981;
- *La Puglia tra medioevo ed età moderna. Città e campagna*, in *Civiltà e culture in Puglia* vol. 3, Milano 1981;
- L. A. Montefusco, *Le successioni feudali in Terra d'Otranto*, Istituto Araldico salentino, Lecce, 1994;
- E. Pignatelli, *Civitas neritonensis. La storia di Nardò*, 2001;
- *Salento. Architetture antiche e siti archeologici*, edizioni del Grifo, 2008;

Gerontocomio / Panella

- R. Cantarelli, *Raffaele Panella, L'Architettura del molteplice*, IUAV, Il Poligrafo, Venezia, 2012;
- M. Galluzzo, *In ricordo di Raffaele Panella*, testo disponibile online in mauriziogalluzzo.it;
- M. Raitano, *Per la Costruzione della Città, in ricordo di Lello Panella*, testo disponibile online in archidiap.com;

Tesi

- J. Scozzai, *La stimolazione cerebrale profonda nei pazienti con malattia di Parkinson: studio fenomenologico*, tesi di laurea in Infermieristica, Università degli studi di Udine, A.A. 2010/2011, rel. A. Palese, corr. I. Achil;
- A. Toma, *La terapia a lungo termine nella malattia di Parkinson*, tesi di laurea in Farmacia, Università degli studi di Perugia, A.A. 2013/2014, rel. G. Servillo;
- S. Antonello, *Le persone affette dalla malattia di Parkinson. Indagine su percezione soggettiva di sintomi, qualità di vita e riabilitazione*, tesi di laurea in Fisioterapia, Università degli studi di Padova, A.A. 2015/2016, rel. S. Pavan.

- <http://www.giornataparkinson.it>, consultato il 22/03/2020;
- <http://www.parkinson-italia.it>, consultato il 22/03/2020;
- <http://www.parkinson.it>, consultato il 22/03/2020;
- <https://www.my-personaltrainer.it/slute/morbo-di-parkinson.html>, consultato il 22/03/2020;
- <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/tools-della-salute/glossario-delle-malattie/parkinson>, consultato il 22/03/2020;
- <https://www.epicentro.iss.it/parkinson/>, consultato il 22/03/2020;
- <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-cervello,-midollo-spinale-e-nervi/disturbi-del-movimento/morbo-di-parkinson>, consultato il 22/03/2020;
- <https://lamenteemeravigliosa.it/neuroarchitettura-ambiente-cervello/>, consultato il 24/03/2020;
- <https://www.objectsmag.it/neuroarchitettura-il-valore-delle-neuroscienze-applicate-allarchitettura/>, consultato il 24/03/2020;
- <https://www.houzz.it/magazine/perche-non-amiamo-i-corridoi-i-segreti-della-neuroarchitettura>, consultato il 24/03/2020;
- <https://www.neuroscienzeapplicate.it/neuroarchitettura-progettare-con-il-cervello-per-il-cervello/>, consultato il 24/03/2020;
- <http://www.annacantagallo.com/tag/neuroarchitettura/>, consultato il 24/03/2020;
- <https://www.parkinsongiovani.com/informare/sintomi>, consultato il 26/03/2020;
- <http://www.snlgiss.it>, consultato il 26/03/2020;
- <https://medicinaonline.co/2017/01/25/differenza-tra-morbo-di-alzheimer-e-morbo-di-parkinson>, consultato il 02/05/2020;
- <https://medicinaonline.co/2017/01/25/morbo-di-parkinson-cause-sintomi-decorso-terapie>, consultato il 02/05/2020;
- https://parkinsons.stanford.edu/complementary_therapies, consultato, 13/05/2020;
- https://www.researchgate.net/publication/5285028_Visualspatial_ability_in_Parkinson's_Disease, consultato il 13/05/2020;
- <https://www.psichopedia.it/index.php/disturbi-spaziali/262-disturbi-della-percezione-spaziale>, consultato il 13/05/2020;

- <https://www.neuropsicomotricista.it/argomenti/674-tesi-di-laurea/pratica-coreologica-per-lo-sviluppo-di-fattori-di-protezione-ai-disturbi-di-organizzazione-spaziale/3604-difficolta-e-deficit-visuo-spaziali.html>, consultato il 13/05/2020;
- <https://www.enablingenvironments.com.au/lighting.html>, consultato il 25/05/2020;
- <https://www.cognifit.com/it/scienza/abilita-cognitive/percezione-spaziale>, consultato il 25/05/2020;
- <https://www.mobilesport.ch/actualita/percezione-dello-spazio-non-solo-una-questione-di-sensi/>, consultato il 25/05/2020;
- <https://www.closerlookatstemcells.org/stem-cells-medicine/parkinsons-disease>, consultato il 25/05/2020;
- <http://www.mayfieldclinic.com/pe-pd.htm>, consultato il 02/06/2020;
- <http://mindbrain.altervista.org>, consultato il 02/06/2020;
- <https://comitatoparkinson.it/i-numeri-del-parkinson-in-italia/>, consultato il 15/01/2021;
- <https://www.parkinsonlive.it/quant-sono-i-malati-di-parkinson-in-italia/>, consultato il 15/01/2021;
- https://it.wikipedia.org/wiki/Fondazione_Michael_J._Fox, consultato il 15/01/2021;
- <https://www.michaeljfox.org>, consultato il 15/01/2021;
- https://www.sanita.puglia.it/news-in-primo-piano_det/-/journal_content/56/20182/nasce-la-rete-parkinson-della-regione-puglia, consultato il 15/01/2021;
- https://www.sanita.puglia.it/news-in-primo-piano_det/-/journal_content/56/20182/nasce-la-rete-parkinson-della-regione-puglia, consultato il 15/01/2021;
- https://www.corriere.it/Rubriche/Salute/Speciali/Ospedali_eccellenze/Parkinson/scheda.shtml, consultato il 15/01/2021;
- <https://www.comune.nardo.le.it>, consultato il 18/01/2021;
- <http://www.salentoviaggi.it/comuni-lecce/comune-nardo.htm>, consultato il 18/01/2021;
- <https://www.puglia.com/grotta-cavallo-uomo-uluzziano>, consultato il 18/01/2021;

- <https://www.comune.nardo.le.it/citta-territorio/cenni-storici.html>, consultati il 18/01/2021;
- https://it.wikipedia.org/wiki/Storia_di_Nard%C3%B2, consultato il 18/01/2021;
- <http://m.nardo.eu/storia-nardo.cfm>, consultato il 18/01/2021;
- <https://www.nardoweb.it/>, consultato il 18/01/2021;
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Nard%C3%B2>, consultato il 18/01/2021;
- <https://www.piazzasalento.it/gerontocomio-venduto-102424>, consultato il 19/01/2021;
- <http://www.ilsalentomagazine.it/index.php/breaking-news/2456>, consultato il 19/01/2021;
- <http://www.leccecronaca.it/index.php/2014/03/04/il-gerontocomio-e-il-municipio-di-nardo/>, consultato il 19/01/2021;
- <https://www.comune.nardo.le.it/bandi-di-gara-e-contratti>, consultato il 19/01/2021;
- http://www.lavocedinardo.it/VOCESett204/i_dinosauri.htm, consultato il 19/01/2021;
- <https://www.mauriziogalluzzo.it/in-ricordo-di-raffaele-panella>, consultato il 20/01/2021;
- <http://www.archidiap.com/testo/per-la-costruzione-della-citta-in-ricordo-di-lello-panella/>, consultato il 20/01/2021;
- <http://www.iuav.it/ARCHIVIO-P/ARCHIVIO/collezioni/Panella--R/index.htm>, consultato il 20/01/2021;
- <https://ilgiornaledellarchitettura.com/2016/01/04/lappassionato-impegno-di-raffaele-panella-tra-urbs-e-civitas/>, consultato il 20/01/2021;
- https://issuu.com/ilpoligrafo/docs/architettura_molteplice, consultato il 20/01/2021.
- <https://thespaces.com/france-is-building-a-revolutionary-new-village-for-alzheimer-sufferers/>, consultato il 25/01/2021;
- <http://www.ropi-online.de/2004/english>, consultato il 25/01/2021;
- <https://www.libreriaaperini.com/it/home>, consultato il 25/01/2021;
- <https://www.juzaphoto.com/>, consultato il 25/01/2021;
- <https://www.pexels.com/it-it/>, consultato il 25/01/2021.



(fig. 134)
Particolare prospetto Sud Gerantocomio
(fotografia personale)

A mio padre,
mia madre e
a mio fratello.

A mia zia.

Agli amici,
quelli veri
che ci sono sempre.

A tutti i familiari
che mi sono stati
vicino.

A tutte
le esperienze
vissute.

Ai miei colleghi,
ai professori
ed al mio relatore.

A tutti voi
ed anche un po'
a me stesso.

Grazie

architettura neuro/positiva.