

RICERCA-INTERVENTO "PER UNA CITTÀ ATTIVA E AMICA DEGLI ANZIANI"



Ricerca-intervento “Per una città attiva e amica degli anziani”

Ricerca commissionata al Laboratorio di Ricerca CITER - Dipartimento di Architettura dell’Università degli Studi di Ferrara / CFR Consorzio Futuro in Ricerca, da ACER Ferrara.
Periodo di svolgimento della ricerca: settembre-dicembre 2021



Università
degli Studi
di Ferrara

DA Dipartimento
Architettura
Ferrara



Prof. Romeo Farinella

Co-responsabile della ricerca

Dr. Elena Dorato

Co-responsabile della ricerca, coordinatrice del gruppo di ricerca

Dorothy Brancaccio

Collaboratrice alla ricerca

Giovanni Alberto Giotta

Collaboratore alla ricerca

Caterina Rondina

Collaboratrice alla ricerca

Ricerca-intervento “Per una città attiva e amica degli anziani”

RICERCA-INTERVENTO “PER UNA CITTÀ ATTIVA E AMICA DEGLI ANZIANI”

Gennaio 2022

Un ringraziamento speciale per il supporto e la grande disponibilità alla Dott.ssa Angela Molossi di ACER Ferrara, alla Dott.ssa Barbara Chiolle del portierato sociale del Barco per ACER Ferrara, alla Dott.ssa Caterina Barbierato ed Elisabetta Ferraina per ACER rispettivamente a Codigoro e Cento. Un grazie per l’ospitalità dimostrata al Presidente e ai volontari del Centro Sociale autogestito dagli anziani “Il Barco” e a tutte le persone che hanno generosamente partecipato a questo lavoro, dedicandoci il loro tempo, le loro idee e le loro esperienze.

Articolazione della ricerca

Introduzione.....	7
La ricerca-intervento “Per una città attiva e amica degli anziani”	31
Riflessioni per quartieri a misura di anziano.....	59
Bibliografia di riferimento.....	69

Ricerca-intervento “Per una città attiva e amica degli anziani”



1. Introduzione

Facendo seguito alla ricerca “*La Città Attiva: Ferrara come laboratorio progettuale*” condotta nel 2015 dal laboratorio CITER del Dipartimento di Architettura - Università degli Studi di Ferrara per conto di ACER Ferrara Azienda Casa Emilia-Romagna e alla luce delle prime evidenze emerse dalla ricerca-intervento “*Anziani & Città*” (2017-2018) svolta dallo stesso CITER per la Regione Emilia-Romagna sui casi pilota di Bologna e Reggio Emilia, la Ricerca-intervento di seguito riportata ha la finalità di dare continuità operativa all’ampio lavoro di ricognizione teorica sino ad ora svolto sul vasto ed articolato tema delle interrelazioni anziani/città.

Grazie alla condivisione di una visione sostenibile e innovativa per il futuro delle realtà urbane regionali e, nello specifico, per il contesto della provincia di Ferrara, il fine di questo lavoro è la sperimentazione di un processo concertato e partecipato con gruppi di anziani, per giungere alla definizione di proposte meta-progettuali e linee strategiche capaci di meglio indirizzare gli interventi di trasformazione e adattamento degli spazi pubblici e collettivi verso le necessità reali della popolazione over65, nella convinzione che *una città a misura di anziano sia una città a misura di tutti*.

La Ricerca-intervento “*Per una città attiva e amica degli anziani*” si pone come obiettivo principale quello di investigare **abitudini e bisogni** di un campione di **popolazione anziana** residente in alloggi di **edilizia residenziale pubblica** (ERP) in relazione alle condizioni del proprio **alloggio** e all’uso e alle caratteristiche dello **spazio pubblico urbano** fruito nella quotidianità, a partire dal caso-pilota regionale del **quartiere Barco a Ferrara**. Lavorando insieme a un gruppo di persone over65, da qui in avanti definito “campione di convenienza”, si sono applicate le tecniche base della progettazione partecipata, insieme a una fase preliminare di ascolto e interazione costruttiva che ha permesso di meglio definire abitudini, bisogni e priorità del campione e quindi valutare sostenibilità e adeguatezza degli spazi pubblici urbani di prossimità relativamente alle esigenze dei più anziani, con un’attenzione particolare alle relazioni tra lo spazio costruito e la qualità della vita: la **salute**, le possibilità di praticare regolare **attività motoria**, la **sicurezza**, l’**accessibilità**. La ricerca ha adottato una formula di percorso partecipato in tre fasi, già sperimentata in una precedente occasione in ambito regionale e potenzialmente replicabile per metodologia e finalità in altri contesti urbani, che ha visto la somministrazione di un questionario qualitativo semi-strutturato, lo svolgimento di *focus group* e una seduta di meta-progettazione partecipata.

Il lavoro è stato svolto, sotto la guida scientifica della Dr. Elena Dorato e del Prof. Romeo Farinella, tra settembre e dicembre 2021 grazie a una convenzione di ricerca tra l’Ente finanziatore ACER Ferrara e il CFR Consorzio Futuro in Ricerca, nella convinzione che una città concepita e progettata *con e per*

gli anziani possa essere – in una prospettiva globale di sviluppo urbano sostenibile – una città per tutti.

Alla luce di dinamiche globali tese verso un invecchiamento progressivo della popolazione e a un costante inurbamento della stessa, diviene oggi quanto mai fondamentale interrogarsi e ricercare soluzioni efficaci e innovative che permettano a tutti di mantenersi più a lungo possibile autonomi e in buona salute, lavorando anche sul mantenimento delle capacità motorie, intellettive e sociali, ovvero sull'articolato sistema delle relazioni sociali, affettive e “urbane” cui prendiamo parte ogni giorno. Se il numero di popolazione anziana residente in contesti urbani è in crescita, cresce anche la domanda di alloggi adatti (in termini dimensionali, prestazionali, economici) per la terza o quarta età e specialmente rivolti a quella grande fetta di popolazione anziana autosufficiente, ribadendo ulteriormente il ruolo di urbanistica e architettura come discipline preventive, capaci di supportare l'anziano in un processo di invecchiamento attivo.

La ricerca teorica e applicata si è concentrata, negli ultimi decenni, specialmente sulle condizioni “abitative” dell'anziano: sugli aspetti tecnologici, domotici, quasi “curativi” dell'involucro edilizio e delle sue componenti sia mobili che fisse, al fine di assicurare maggiori condizioni di comfort e sicurezza all'interno della dimensione prettamente privata di ognuno, specie in soggetti affetti da determinate patologie. I circa tre milioni di incidenti domestici rilevati ogni anno in Italia, che coinvolgono principalmente anziani, donne e bambini, sono la rappresentazione più diretta degli scarsi livelli di fruibilità e adeguatezza di molti ambienti abitativi: scale ripide e mancanza di ascensori, arredi ingombranti e pericolosi, impianti non a norma, pavimentazioni sconnesse o scivolose sono solo alcune delle insidie che si annidano tra le mura di casa e che minacciano quotidianamente la vita di molti anziani. Ma non è solo l'ambiente domestico ad aver bisogno di adeguamenti. Quello che ancora manca, in uno sforzo collettivo e multidisciplinare, è una **maggior attenzione verso la dimensione pubblica** rappresentata da tutto ciò che esiste e avviene *al di fuori* dell'uscio di casa: il quartiere, la città. La città rappresenta lo scenario che quotidianamente accoglie e permette – oppure nega – lo svolgersi e l'intrecciarsi di tutte le nostre attività e, pertanto, anch'essa necessita delle medesime attenzioni rivolte al miglioramento delle condizioni di vivibilità dell'abitazione.

La necessaria attenzione multidimensionale, oltre che multidisciplinare, al tema dell'abitare è intrinseca al significato stesso del termine: **abitare** non è un oggetto, bensì un processo complesso e multi-livello che si sviluppa e possibilmente muta, nel tempo e nello spazio, in parallelo al processo di invecchiamento che caratterizza gli esseri umani. Questa visione si oppone a quella più radicata, specie in epoca moderna, che intende l'abitare in maniera oggettuale e tecnicista, arrivando quasi a una convergenza tra abitare e abitazione¹. L'abitare, poi, è “situato”, ovvero “Abitare implica sempre una relazione ricca e significativa con i luoghi. Il territorio è una componente essenziale nei processi abitativi. Esso dà forma alle pratiche quotidiane degli abitanti e a sua volta ne viene plasmato [...]; il territorio a sua volta influenza le pratiche quotidiane degli abitanti e contribuisce a definirli socialmente”² ed è proprio su queste convinzioni che si fonda la presente ricerca. Infatti, secondo la letteratura ormai florida

1 Cfr. Tosi A. (1994). *Abitanti. Le nuove strategie dell'azione abitativa*. Bologna: il Mulino.

2 Palvarini P. (2010). “Qualità abitativa e vivibilità urbana”, *Quaderni di Sociologia* n.52, p. 32. DOI: 10.4000/qds.719.

degli *housing studies*, le “dimensioni” principali della qualità dell’abitare sono cinque³, strettamente intrecciate tra loro, e questa ricerca-intervento ha tentato di includerle e svilupparle tutte all’interno delle riflessioni condivise *con* e *per* gli anziani assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica.

La prima dimensione è chiaramente la **qualità fisica dell’alloggio**, le caratteristiche strutturali dell’abitazione e le dotazioni di servizi. La **disponibilità di spazio abitativo**, cioè l’adeguatezza dell’alloggio rispetto alle esigenze di spazio dei suoi abitanti, è pure una dimensione importante specie per la popolazione anziana, con esigenze dinamiche e mutevoli. La cosiddetta **sicurezza di godimento** si basa sull’assunto che la casa rappresenti un punto di riferimento cognitivo per le persone, una fonte di sicurezza ontologica⁴ derivante principalmente dal disporre di- e controllare uno spazio abitativo. Questa dimensione è particolarmente rilevante ai fini della presente ricerca poiché legata alle modalità di occupazione dell’alloggio e alla relativa soddisfazione di chi lo abita (ad esempio, la stabilità garantita da un titolo di godimento legittimo in opposizione a condizioni di precarietà abitativa). La **sostenibilità economica** è un criterio fondamentale per il campione di riferimento di questa ricerca, rendendo evidente come la qualità dell’abitare passi anche dalla sua onerosità (la cosiddetta *affordability*). Infine, la **qualità territoriale** (del quartiere, del paese, della città) è forse l’aspetto più indagato da questo lavoro, insistendo sulla rilevanza dell’armatura urbana e relative caratteristiche nella capacità di mantenere il benessere (fisico, sociale e psicologico) della popolazione.

Dalla società civile emerge forte, oggi più che mai, in un’epoca segnata dall’isolamento, da nuove fragilità e inedite necessità di co-esistenza imposte dalla pandemia, il bisogno di spazi urbani più accessibili, sicuri, confortevoli, meglio qualificati dal punto di vista funzionale ed estetico. Spazi più flessibili e inclusivi, maggiormente compatibili con i ritmi di vita di una società sempre più multietnica e anziana e rispondenti a una crescente diversificazione dei comportamenti sociali. È ormai scientificamente provato come gli spazi pubblici, collettivi e di connessione e le loro relative caratteristiche svolgano un ruolo fondamentale nel mantenimento dell’autonomia fisica, intellettuale e sociale dell’anziano, così come in quella di tutta la popolazione. All’Urbanistica spetta, quindi, di contribuire alla sfida di un invecchiamento sano e attivo della popolazione, riflettendo sulle caratteristiche e sulle possibilità di una “città a misura di anziano”. Ciò significa pensare o ri-pensare le funzioni dello spazio urbano come un costruito capace di abilitare o dis-abilitare ogni cittadino, specie se anziano e con bisogni in dinamico cambiamento. I modi in cui la popolazione urbana vive, utilizza e interagisce con- e all’interno degli spazi pubblici di una città influenza (o dovrebbe influenzare) le scelte della progettazione urbanistica, così come le attenzioni e relative politiche di sanità pubblica, welfare, abitare pubblico e sociale, ponendo nuove condizioni ed esigenze per ripensare la struttura urbana.

A questo proposito, Vlahov e colleghi scrivono che “L’urbanizzazione è stata tradizionalmente associata allo sviluppo, e lo sviluppo alla salute, [... *ma oggi*] riconciliare la crescente porzione di popolazione mondiale che vive nei centri urbani con l’obiettivo di creare città più sane per tutti

3 Per una trattazione ampia sul tema, si veda Palvarini P. (2010). “Qualità abitativa e vivibilità urbana”, op. cit.

4 Cfr. Dovey K. (1985). “Home and homelessness”, in Altman I., Werner C. M. (a cura di), *Home environments*. New York-London: Plenum Press.

rappresenta la principale sfida sanitaria del 21° secolo”⁵, così come una sfida urbana. Sfida acuita e rilanciata dalla recente pandemia di Sars-Cov-2 poiché, dopo un primo periodo in cui la densità insediativa (mantra globale delle politiche pianificatorie degli ultimi decenni, associata ai concetti stessi di *sostenibilità, resilienza, efficienza energetica e salubrità*) è stata additata come “il male” dell’urbanità contemporanea, condizione da cui fuggire a tutti i costi, la ricerca scientifica ha ampiamente provato come questa non risulti essere il fattore prevalente e scatenante il contagio⁶. Al contrario, quanto è emerso chiaramente da questi studi è una forte correlazione tra il benessere socio-economico della popolazione residente nei diversi quartieri o aree analizzate e la diffusione del virus; constatazione che, ancora una volta, ci riporta al tema fondamentale delle disuguaglianze sociali e della segregazione socio-spaziale rispetto alle disuguaglianze di salute.

Il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta un’altra grande dinamica globale del nostro tempo: un traguardo senza precedenti per l’umanità che, tuttavia, può facilmente generare situazioni di disequilibrio, specialmente sociale ed economico. L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che se la percentuale di popolazione Europea definita come anziana è aumentata dal 13,7% nel 1990 al 17,4% nel 2010, entro il 2060 circa il 30% avrà più di 65 anni, con una crescita esponenziale dei cosiddetti “grandi anziani” (gli over80). L’Italia è già il Paese più vecchio d’Europa con il 21,4% di anziani a fronte di una media europea del 18,5%. Per quanto riguarda il contesto regionale, in linea con le previsioni internazionali, se oggi gli ultra 65enni in Emilia-Romagna costituiscono circa il 23,9% della popolazione, le più recenti proiezioni ISTAT indicano che nel 2030 questa percentuale aumenterà all’interno di una forbice tra il +18% (valore minimo previsto) e il +28% (valore massimo).

È rilevante aggiungere che, all’interno del contesto regionale, la **provincia di Ferrara** è quella in cui il processo di **invecchiamento della popolazione è in fase più avanzata**, con un’età media pari a 49 anni, un **indice di vecchiaia di 262** (un valore elevatissimo rispetto alla media nazionale di 182,6 nel 2021, che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione attraverso il numero di anziani presenti ogni 100 giovani), l’indice di dipendenza pari a 64 (un indicatore di rilevanza economica e sociale che rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche – bambini e anziani – ogni 100 individui potenzialmente indipendenti), l’**indice di dipendenza anziani di 46** (rapporto tra popolazione di 65anni e più e popolazione in età attiva) e un indice di struttura della popolazione attiva di 178⁷.

Chiaramente, una simile e inequivocabile dinamica di invecchiamento della popolazione si riflette anche sulla composizione dell’inquinato in edilizia residenziale pubblica. Dall’ultimo documento “*Bilancio di Sostenibilità 2018-2019*” di ACER Ferrara si evince, infatti, come quasi il **30% degli assegnatari** sul territorio provinciale siano **persone over65 che vivono** in gran parte

5 Vlahov D., Freudenberg N., Proietti F., Ompad D., Quinn A., Nandi V., Galea S. (2007). “Urban as determinant of Health”, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* vol.84(1), pp. i17-i18.

6 Si veda la letteratura a partire dal primo studio pubblicato dalla Banca Mondiale: Fang W., Wahba S. (aprile 2020). *Urban Density Is not an Enemy in the Coronavirus Fight: Evidence from China*, The World Bank.

7 ISTAT Istituto Nazionale di Statistica (24 febbraio 2021). *Il Censimento permanente della popolazione in Emilia-Romagna*. Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019. <<https://www.istat.it/it/files//2021/02/Censimento-permanente-della-popolazione-Emilia-Romagna.pdf>>

sole, con un 42% dell’utenza totale che può contare sulla pensione come unica forma di reddito (3.264 pensionati totali). Ciò implica, tra le altre cose, un necessario adeguamento degli alloggi – in termini sia dimensionali che prestazionali –, degli edifici (ad esempio, la presenza di ascensore e l’eliminazione delle barriere architettoniche di soglia) e del contesto urbano al fine di rispondere in sicurezza alle mutevoli esigenze della sempre più numerosa popolazione anziana residente.

Tra le conseguenze di una crescente longevità vi è anche l’aumento della pressione sul sistema sanitario. Le malattie croniche e, più in generale, gli incidenti frequenti tra gli anziani quali ad esempio le cadute che obbligano a degenze, impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute, come altresì un peso economico a causa della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per le cure. Secondo il rapporto “*Stato di Salute e Prestazioni Sanitarie nella Popolazione Anziana*” del Ministero della Salute, la popolazione anziana in Italia (in periodo pre-Covid) determina il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati. Maggiori percentuali di anziani sulla popolazione totale stanno anche portando a un aumento complessivo di individui affetti da disabilità, prevalentemente derivanti da malattie croniche e non trasmissibili, con picchi registrati tra la popolazione che risiede nelle città, rendendo evidenti le difficoltà nel rispondere adeguatamente alla crescente domanda di alloggi economicamente e fisicamente accessibili, così come alla garanzia di spazi pubblici, servizi e infrastrutture cittadine “a misura di anziano”. Mettere in atto politiche e azioni per mantenere il più a lungo possibile la popolazione attiva rappresenta, quindi, una necessità e non un lusso. In

una simile ottica, l’OMS ha da tempo attribuito una definizione di invecchiamento attivo come “Un processo di ottimizzazione delle opportunità relative a salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane”; un processo che interessa l’intero ciclo di vita delle persone ed è influenzato da numerosi fattori, tra cui la dignitosità e adeguatezza delle condizioni abitative, la partecipazione sociale, la salute e il mantenimento dell’autonomia.

Introduzione



5. La Ricerca-intervento “Per una Città Attiva e Amica degli Anziani”

5.1 Ragioni del lavoro

Quindi, perché una Ricerca-intervento su anziani e città, assumendo come quadro di riferimento quello proposto dal modello della cosiddetta “città attiva”?

1) Perché il trend demografico che caratterizza la Regione Emilia-Romagna, in linea con le tendenze nazionali e internazionali, mostra un importante e **progressivo invecchiamento della popolazione**. Infatti, secondo le ultime stime della *Sorveglianza Passi d'Argento*⁴⁷, in regione quasi una persona su quattro ha più di 64 anni (24,1%), pari a un milione di persone, di cui un terzo (34,2%) ha più di 80 anni, pari a circa 368.000 grandi anziani. Le previsioni demografiche per i prossimi decenni indicano un aumento ulteriore della **componente anziana**, fino a **28,4% nel 2035**. La speranza di vita a 65 anni è pari a 19,5 anni per gli uomini e 22,2 per le donne, con un guadagno rispettivamente di 3,1 e 1,8 anni rispetto a 20 anni fa. La speranza di vita libera da disabilità, indicatore che valuta anche la qualità degli anni di vita attesi, nel 2018 in Emilia-Romagna era di 10,5 anni per gli uomini e 9,5 anni per le donne; i valori sono leggermente superiori a quelli nazionali, rispettivamente 10,0 e 9,8 anni. Le **donne**, avendo un'aspettativa di vita più lunga, soffrono un **carico di disabilità maggiore**. Il 44% degli anziani riferisce almeno una patologia cronica, la metà soffre di una o due patologie croniche e il 21% ne ha tre o più.

Affinché il guadagno in anni vissuti possa dirsi veramente tale, c'è un bisogno urgente di spostare l'attenzione e riequilibrare gli sforzi multi- e inter-disciplinari da un approccio medico-curativo a uno socio-ecologico e preventivo, iniziando a considerare fattivamente le discipline architettoniche e urbanistiche come forme di prevenzione integrata a tutti gli effetti. L'obiettivo principale diventa quello di riuscire a **trasformare la scelta più sana anche in quella più semplice e conveniente** per tutti, considerando in primis i bisogni e le necessità degli anziani: una categoria in espansione, ma con caratteristiche eterogenee e del tutto peculiari. Favorire la massima autosufficienza degli anziani, permettendo loro di vivere il più a lungo possibile nella propria abitazione e nel proprio quartiere, è ormai un imprescindibile punto di partenza per le politiche sull'invecchiamento, non solo come espresso dai desideri delle stesse persone anziane, ma anche nell'opinione di professionisti, amministratori e decisori politici nei diversi settori e a diversi livelli.

⁴⁷ I dati statistici riportati di seguito in questo capitolo fanno tutti riferimento all'ultima rilevazione “Sorveglianza Passi d'Argento 2016-2019”, consultabile sul portale della Regione Emilia-Romagna al link: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-dargento>

2) Perché quando si parla di invecchiamento della popolazione si fa riferimento a un fenomeno demografico che si collega direttamente al benessere delle società: **benessere fisico, sociale, ambientale**, ma anche **economico**. Il progressivo invecchiamento della popolazione ha portato a un disequilibrio generazionale tra la popolazione attiva nel mercato del lavoro e coloro che, invece, hanno accesso a un reddito quasi esclusivamente attraverso i meccanismi redistributivi dei sistemi pensionistici, mettendo in crisi il modello di welfare consolidato durante il secolo scorso. L'aumento degli ultra 65enni ha un impatto significativo sui servizi sanitari, chiamati a far fronte alle esigenze di una popolazione che è più esposta alle malattie e ai rischi di non autosufficienza; ma le conseguenze del processo di invecchiamento coinvolgono anche tutti gli altri servizi sociali con funzione di supporto alla rete parentale, che in molti contesti rimane l'ambito più importante di cura alle persone anziane, con conseguenti problemi specie per quanto riguarda i numerosi **anziani soli**.

In Emilia-Romagna, quasi tre quarti delle persone ultra 64enni sono in buona salute (74,4%, circa 801mila persone stimate), ma l'10,9% è a rischio di disabilità, presentando limitazioni in almeno due IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*, ovvero usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa, pagare conti o bollette) e il **14,7%** sono **persone con disabilità**, che presentano limitazioni in almeno una ADL (*Activities of Daily Living*, come muoversi da una stanza all'altra, mangiare, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, andare in bagno ed essere continenti). Inoltre, la percentuale di anziani con fragilità o disabilità è più alta tra le donne: l'**età**, il **genere femminile**, la **bassa istruzione** e le **difficoltà economiche** sono significativamente **associate allo stato di fragilità e disabilità**. La quasi totalità (99%) delle persone ultra 64enni con fragilità o disabilità riceve un aiuto per le attività nelle quali non è indipendente: il 93% riceve aiuto dai familiari, il 36% è assistito da persone individuate e pagate in proprio (badanti), il 5% da conoscenti o amici, il 9% da operatori del servizio pubblico (Aziende sanitarie o Comuni), il 2% è assistito presso un centro diurno e l'1% è supportato da associazioni di volontariato. Il 24% riceve contributi economici come, ad esempio, assegni di cura o di accompagnamento.

3) Perché la fase storico-sociale che attraversiamo, caratterizzata da una crescita sempre più accentuata dell'individualismo e al contempo da una diffusa cultura del rischio, è stata investita da un'importante crisi economico-finanziaria che ha esposto tanti individui a condizioni di vulnerabilità e "**nuove povertà**", considerando queste ultime non solo in termini economici. Oggi possiamo contare sempre più anziani che, pur provenendo da una condizione di vita normale, si trovano per motivi diversi privi di supporti, di appartenenze e di legami sociali. In una società caratterizzata da una contrazione del *welfare state* e da fragilità crescente dei legami sociali e familiari, l'esclusione sociale rischia di diventare un processo che non coinvolge più solamente coloro che si collocano ai livelli più bassi della stratificazione sociale, ma anche persone che, ad esempio per i motivi già discussi e connessi alle dinamiche di invecchiamento, si trovano in nuove condizioni di fragilità.

In Emilia-Romagna circa il **12%** della popolazione ultra 64enne è a **rischio di esclusione sociale**. L'isolamento cresce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni una persona su tre presenta problemi di integrazione, mentre sopra i 74 anni si sale a due su tre; in particolare in questa fascia d'età, il 67% delle donne è isolata rispetto al 57% degli uomini. Tra le persone non autosufficienti l'85%

presenta problemi di integrazione sociale. Il 16% delle persone ha riferito sintomi di **depressione**, più diffusi tra le donne, gli ultra 74enni, tra persone con bassa istruzione e con molte difficoltà economiche. Il 22% delle persone ultra 64enni ha difficoltà a raggiungere almeno un servizio nella quotidianità; il 29% delle persone ultra 64enni ha difficoltà a raggiungere almeno uno dei servizi socio-sanitari o di distribuzione alimentare. Circa **un terzo della popolazione anziana** regionale (33%) ha riferito di avere qualche **difficoltà economica nell’arrivare alla fine del mese**. Gli over80 sono i più vulnerabili e a rischio di povertà (34% con qualche difficoltà e 7,5% con molte difficoltà) soprattutto quando si tratta di donne (7%), persone con disabilità (16%) oppure di anziani che vivono con la badante (17%) o da soli (9%). Inoltre, **più della metà degli ultra 64enni** in regione (55%) presenta almeno un **problema connesso all’abitazione**: il più frequente è riferito alle **spese troppo alte** (50%), seguito dalla **distanza dai familiari** (11%) e dai problemi legati al **riscaldamento** (2,5%). Circa due anziani su cinque (43%) hanno dichiarato di avere **ostacoli nella propria abitazione** che possono limitare o impedire gli spostamenti delle persone con difficoltà motorie; il problema più frequente è la presenza di scale o gradini interni (62%), seguito da spazi interni ridotti (20%) e porte di ampiezza limitata che rendono difficoltoso il passaggio di carrozzine (14%).

4) Perché la pratica di regolare attività motoria è riconosciuta come un fattore fondamentale per il mantenimento di buone condizioni di salute, specialmente durante il processo di invecchiamento, riducendo i rischi di morbilità e mortalità e giocando un ruolo importante nella prevenzione delle cadute e della depressione. È ormai scientificamente comprovato come stili di vita sedentari rappresentino una delle principali minacce della salute pubblica; problema che, tuttavia, si può prevenire



anche grazie alla concezione e alla strutturazione di quartieri e città più sane e attive, che incoraggino e permettano agli anziani, così come a tutta la popolazione, di praticare in sicurezza attività motoria nella quotidianità, con ulteriori benefici sulle relazioni sociali e sulle condizioni ambientali urbane.

Nonostante negli ultimi dieci anni sia notevolmente aumentata la conoscenza degli effetti dell’attività fisica e dell’esercizio tra le persone anziane, in Italia a partire dai 65 anni quasi la **metà della popolazione** si dichiara **sedentaria**. Secondo l’ISTAT, i più sedentari sono gli over75 e, in tutte le fasce di età, le donne sono meno attive degli uomini. In Regione Emilia-Romagna il dato migliora, anche se risulta ancora **non attivo il 31% della popolazione con 65 anni e oltre**. Nella popolazione anziana la prevalenza di non attivi è più diffusa negli **uomini**, nelle persone **over75** e **con molte difficoltà economiche** e aumenta al peggiorare delle condizioni di salute: si passa dal 22% tra chi è in buone condizioni e a basso rischio di malattia al 66% tra chi è a rischio di disabilità e al 79% tra chi ha disabilità. La percentuale di persone ultra 64enni non attive fisicamente risulta maggiore tra quelle a **rischio di isolamento sociale**

(46% rispetto al 34% di chi non lo è). Inoltre, gli operatori sanitari mostrano un interesse insufficiente rispetto alla pratica dell'attività fisica da parte dei loro assistiti ultra 64enni; infatti, a solo il 23% delle persone ultra 64enni intervistate è stato dato nell'ultimo anno il consiglio da parte di un sanitario di praticare attività fisica.

5) Perché, così come l'architettura e il design possono adeguarsi e rispondere in maniera più performante ai bisogni e alle esigenze dei più anziani, città, quartieri o interi **comparti di edilizia residenziale pubblica** possono essere progettati o rigenerati per facilitare la mobilità dolce e sostenibile, l'accessibilità, la sicurezza e la condivisione degli spazi pubblici, con enormi ricadute positive non solo sulla salute e sul benessere psico-fisico degli anziani, ma anche in termini di **risparmio sulla spesa sanitaria e dei trasporti**, di miglioramento della **qualità ambientale**, di **promozione e allargamento delle reti sociali**. Nei prossimi anni, le città avranno bisogno di solidi criteri su cui basare il miglioramento della qualità dei propri spazi pubblici e collettivi e l'efficienza dei sistemi urbani in termini di *accessibilità* e *intensità*⁴⁸. Affrontare le sfide di una società che invecchia impone, anche, un'attenta analisi delle capacità dei contesti urbani di rispondere in maniera efficace ai crescenti bisogni di **servizi sociali e di cura**; concentrarsi sulle caratteristiche dell'ambiente urbano significa essere consapevoli dell'importanza delle ricadute che questo ha sugli equilibri sociali della popolazione, così come sulle possibilità di mantenersi più attivi, sani e autosufficienti il più a lungo possibile. Ognuno di questi aspetti tende, pur in maniere differenti, verso la creazione di spazi urbani più **sostenibili**.

L'analisi della ricerca scientifica internazionale esistente in materia permette di individuare, seppur non in maniera esaustiva, quegli aspetti e caratteristiche dell'ambiente costruito che più influenzano le abitudini di fruizione degli spazi pubblici della città e la pratica di attività motoria da parte della popolazione e, quindi, anche degli anziani. Secondo una revisione sistematica della letteratura⁴⁹, i fattori urbani più consistenti risultano essere: la **densità insediativa**, la **qualità e la capillarità delle infrastrutture per pedoni e ciclisti** (marciapiedi e piste ciclabili), un alto grado di **accessibilità degli spazi pubblici** e la disponibilità di strutture e servizi liberamente accessibili, una forte **connettività della rete stradale** (specialmente per quanto riguarda la scelta di spostarsi a piedi all'interno del tessuto urbano). Una buona consistenza è stata rilevata anche rispetto alla **mixité funzionale**, alle condizioni generali di **sicurezza**, sia reale che percepita, e alla presenza di spazi dedicati quali **parchi e giardini di prossimità**; mentre è minore, seppure rilevata, l'evidenza rispetto ai caratteri estetici dell'ambiente urbano e alla densità delle strutture commerciali. Analogamente, la ricerca scientifica ci indirizza verso quelli che sono i "**fattori di rischio**" rispetto alle singole abitazioni: **scale e dislivelli, ascensori, ringhiere e supporti, accessibilità e flessibilità degli ambienti domestici**, qualità e **comfort degli elementi di design, sensoristica** applicata alle esigenze degli anziani, **forme sociali dell'abitare e servizi condivisi**.

48 Sassi E., Molteni E. (2008). *Design of Public Space in the City of the Elderly*. PDF via ARC: http://www2.arc.usi.ch/print/ris_ist_icup_pub_urbaging_01.pdf

49 Dorato E. (2020). *Preventive Urbanism. The role of health in designing active cities*, op. cit.

6) Perché le relazioni tra l’ambiente costruito e le sue caratteristiche e la salute dei cittadini – intesa in un’ottica di invecchiamento attivo – sono complesse e operano attraverso numerosi fattori di mediazione: caratteristiche socio-demografiche, variabili personali e culturali, condizioni di sicurezza, attaccamento ai luoghi, disponibilità di tempo da dedicare ad attività preventive quali la pratica di attività fisica. Queste operano anche alle **diverse scale**: dalle politiche nazionali e regionali, alla pianificazione e progettazione locale e alla scala urbana. Progettare, riqualificare o rigenerare parti di città in una simile ottica rappresenta, quindi, una grande opportunità per fare prevenzione attraverso l’Urbanistica, per supportare in maniera sicura tutte le attività quotidiane della popolazione più anziana garantendo un contesto urbano a misura d’uomo, attivo e sostenibile. In quest’ottica, si dovrebbero promuovere strategie mirate a **favorire la permanenza della persona anziana nella propria comunità** anche durante il naturale processo d’invecchiamento e per il maggior tempo possibile (secondo gli obiettivi dell’*Aging in Place*). Le finalità sono duplici: da un lato, per soddisfare il desiderio degli stessi anziani di **rimanere il più a lungo possibile a casa propria**, mantenendo identità, benessere, una qualità di vita elevata e potendo ancora contribuire in maniera attiva alla comunità locale. Dall’altro, per **ottimizzare le risorse di spesa pubblica**, poiché fornire cure all’anziano all’interno della propria comunità è molto meno costoso che farlo in strutture dedicate⁵⁰. Investire in interventi di progettazione e/o riqualificazione e rigenerazione urbana attenti ai bisogni dei più anziani e, di conseguenza, adeguati anche al resto della popolazione, rappresenta la maniera più efficace ed economica per fare prevenzione.

Nonostante un crescente interesse da parte sia della ricerca scientifica che delle politiche pubbliche verso questi temi, l’evidenza è ancora scarsa ed estremamente mono-disciplinare. Urge, pertanto, una maggiore **sperimentazione integrata** – a tutte le scale – per applicare e testare in maniera più operativa e progettuale i risultati e gli esiti dell’investigazione teorica in contesti urbani reali e con il **coinvolgimento diretto di gruppi di popolazione anziana**.

50 Cfr. Chappell N.L., Dlott B.H., Hollander M.J., Miller J.A., McWilliam C. (2004). “Comparative costs of home care and residential care”, *The Gerontologist* vol.44(3), pp. 389-400; Kaye H.S., Lapante M.P., Harrington C. (2009). “Do noninstitutional long-term care services reduce Medicaid spending?”, *Health Affairs* vol.28(1), pp. 262-272.

5.2 Struttura e Metodologia

Alla luce di quanto discusso, lo studio delle relazioni tra anziani e città e la sperimentazione di nuovi processi e percorsi interdisciplinari per la definizione di contesti urbani “a misura di anziano” appaiono oggi una priorità non solo per l’Urbanistica, ma anche per l’agenda delle nostre città. Attraverso la Ricerca-intervento “*Per una città attiva e amica degli anziani*”, condotta dal laboratorio di ricerca CITER del Dipartimento di Architettura dell’Università di Ferrara per conto di ACER Ferrara, si è sperimentato un **processo partecipato** in tre fasi con un gruppo di **anziani assegnatari di alloggi pubblici gestiti da ACER** nella realtà pilota del **quartiere Barco**, a **Ferrara**. Il fine è stato quello di individuare, in maniera qualitativa, i reali bisogni contestuali della popolazione anziana residente, giungendo alla definizione di piccole proposte meta-progettuali e linee strategiche capaci di meglio indirizzare interventi di trasformazione e adattamento degli spazi pubblici del quartiere. La ricerca si è concentrata sulle opinioni e sulla visione degli anziani rispetto alla **percezione degli spazi urbani** abitualmente fruiti e alla **qualità della vita**: la salute, le possibilità di praticare regolare attività motoria, la sicurezza, l’accessibilità. Inoltre, si è discusso dell’adeguatezza e delle caratteristiche degli alloggi rispetto alle mutevoli esigenze indotte dal processo di invecchiamento.

Principalmente a causa del prolungarsi della situazione sanitaria emergenziale dovuta alla pandemia di Covid-19, dopo un primo slittamento dell’avvio della ricerca si è deciso, in accordo con l’Ente finanziatore, di concentrare il lavoro del **percorso partecipato** al solo caso pilota del **quartiere Barco** a Ferrara, svolgendo invece nelle realtà di **Cento e Codigoro** solamente la prima fase di rilevazione qualitativa delle abitudini e dei bisogni degli anziani attraverso somministrazione dei **questionari**.

Gli anziani che hanno preso parte al percorso in tre fasi al Barco sono stati 13, seppure non tutti in maniera continuativa. Questi hanno scelto liberamente di partecipare al lavoro, informati dell’avvio della Ricerca-intervento dall’operatore ACER presso lo sportello del *Portierato Sociale* Dott.ssa Barbara Chiolle o dal passaparola di amici e vicini. Ciò ha permesso che il campione di convenienza “auto-selezionato” fosse particolarmente sensibile e interessato ai temi trattati, aperto al dialogo e al confronto e sollecito nell’esprimere la propria opinione all’interno di un gruppo. Analogamente, quelli che hanno partecipato al primo momento di somministrazione dei questionari qualitativi a Codigoro sono stati 8, sollecitati dalla referente ACER locale Dott.ssa Caterina Barbierato, mentre a Cento hanno partecipato solo 4 anziani, coadiuvati dalla referente ACER Sig.ra Elisabetta Ferraina.

L’area pilota del Barco è stata scelta e proposta dall’Ente finanziatore ACER sulla base di criteri quali: la localizzazione periferica del quartiere; la storia “operaia” dell’area, fortemente legata alle politiche per la casa, e una forte presenza di alloggi ERP e di popolazione anziana residente; la preesistenza di gruppi organizzati di anziani per lo svolgimento di attività socio-ricreative (ad es. il Centro Sociale autogestito dagli anziani “Il Barco”); l’esistenza di una struttura ACER di ascolto e supporto quale quella del Portierato Sociale, sperimentazione innovativa ormai consolidata all’interno del quartiere.

È importante ribadire che **la ricerca non ha fini statistici**: l’elaborazione dei dati numerici rilevati dalla somministrazione dei questionari e le informazioni qualitative assunte attraverso i *focus group*, come riportate di seguito, sono servite unicamente a una miglior comprensione delle abitudini e delle

esigenze dei campioni e per meglio orientare la fase meta-progettuale; una sorta di **fotografia della “voce degli anziani”** che ci hanno raccontato aspetti e dettagli della loro vita.

Basandosi sulla letteratura scientifica multidisciplinare esistente in materia e facendo tesoro dei lavori di ricerca teorica e partecipata già svolti dal Laboratorio CITER, il vasto e complesso tema dell’**invecchiamento** è stato affrontato con approccio sistematico, concentrandosi sui possibili impatti – sia positivi che negativi – che l’ambiente costruito e le sue caratteristiche hanno e/o possono avere su abitudini, stili di vita e qualità della vita degli anziani, specialmente nei contesti urbani. Pertanto, ai fini della Ricerca-intervento, l’identificazione di bisogni locali derivanti dall’assetto della viabilità, del traffico e della mobilità pubblica e attiva (ciclabile e pedonale); dalle principali problematiche e punti di debolezza nel sistema connettivo e degli spazi pubblici urbani; dalle abitudini di pratica di attività motoria, intesa non soltanto come momento ricreativo e di socialità, ma anche e soprattutto come **fattore-chiave** per un invecchiamento più in salute, hanno rappresentato le principali sfide nonché i punti nevralgici dell’intero lavoro.

Quest’esperienza, svolta e “testata” come illustrato nelle pagine che seguono, non rappresenta un traguardo bensì un inizio: un **percorso perfettibile di indagine e progettazione partecipata con e per la popolazione anziana** residente in alloggi ERP che, in implementazioni future, si potrà

arricchire di nuovi accorgimenti volti a un’ottimizzazione dei risultati e un miglioramento dell’intero processo. In una simile prospettiva, la valutazione dell’adeguatezza degli spazi urbani per gli anziani richiede indubbiamente un approccio onnicomprensivo, capace di integrare in maniera oggettiva anche un’analisi funzionale urbana più dettagliata; la disponibilità e qualità dei servizi offerti; la capillarità ed efficienza delle reti del trasporto pubblico; i dati del traffico, e così via. Inoltre, in un’ottica di potenziale estensione e replicabilità del processo ad altre realtà regionali, l’integrazione di ulteriori momenti collettivi definiti anche di “*outreach*” (ovvero, che prevedano lo svolgimento di attività di diretto coinvolgimento e consultazione di un campione più esteso di popolazione, senza aspettare che sia questa a muovere il primo passo) quali, ad esempio, la realizzazione di camminate di quartiere potranno ulteriormente arricchire e dettagliare il lavoro.



La cosiddetta Ricerca-azione o Ricerca-intervento partecipata (*Action Research* nella tradizione anglosassone) è un tipo di indagine principalmente a scopo conoscitivo, che promuove anche un attivo coinvolgimento di tutti i soggetti e attori sociali significativi del territorio. Questi stakeholder, insieme alla cittadinanza coinvolta nel processo di partecipazione in qualità di gruppo di convenienza, rappresentano i depositari del sapere locale, risorse umane e strumentali al lavoro quantomai fondamentali al fine di praticare collettivamente un'attività sulla realtà che si cerca di conoscere. La presente Ricerca-intervento si è anche avvalsa degli insegnamenti del cosiddetto *Action Planning*: un metodo di progettazione partecipata finalizzato a individuare i bisogni e definire i problemi in un determinato contesto attraverso il contributo della comunità locale, arrivando a formulare possibili linee di intervento. A livello preliminare, il progetto ha preso il via con l'individuazione da parte di ACER Ferrara del quartiere Barco come caso pilota. La partecipazione attiva di ACER (soprattutto attraverso il coinvolgimento del personale che lavora nel quartiere e ne conosce, quindi, le caratteristiche, gli abitanti e le problematiche) ha rappresentato un elemento fondamentale per l'efficacia e la buona riuscita del processo; un ruolo che diventerà ancora più rilevante in una fase post-ricerca di presentazione dei risultati e indirizzo progettuale/operativo per un'effettiva realizzazione degli interventi di adeguamento e micro-trasformazione urbana individuati insieme al campione di convenienza di anziani.

La Ricerca-intervento al **Barco** si è strutturata in tre fasi principali, ognuna delle quali corrispondente a un incontro con il campione di convenienza per rispondere a domande ed esigenze specifiche:

Fase 1: Rilevazione di abitudini e percezioni

Al fine di tracciare un quadro dei possibili impatti dell'ambiente costruito e delle sue caratteristiche su qualità urbana, vivibilità degli spazi pubblici, condizioni di salute, pratica di attività quotidiane e avere informazioni dirette su percezioni ed esigenze legate alle caratteristiche dell'alloggio di residenza, durante il **primo incontro** è stato somministrato un **questionario qualitativo semi-strutturato** per la rilevazione delle abitudini e delle percezioni dei campioni di convenienza (somministrato anche nelle realtà di **Cento** e **Codigoro**). Il questionario, composto da un totale di 49 domande di cui 9 a risposta aperta e 43 a risposta chiusa, è stato creato *ad hoc* per la Ricerca-intervento utilizzando principalmente quesiti validati da strumenti d'indagine europei, quali: lo *Special Eurobarometer 378 "Active Ageing"* sull'invecchiamento attivo (quesiti Q15, Q20, Q22); il *Flash Eurobarometer 419 "Quality of Life in European Cities"*, versione aggiornata 2016 (quesito multiplo Q21); lo *Special Eurobarometer 412 "Sport and Physical Activity"* (quesiti Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28, Q29.1); l'indagine sul reddito e le condizioni di vita *Eu-Silc "Statistics on Income and Living Conditions"* (Q8, Q9, Q13, Q16, Q17, Q18, Q19). Per completare il questionario, sono state aggiunte alcune domande nelle parti iniziali e terminali: le prime, come di prassi nella somministrazione di questionari anonimi, per restituire un'idea d'insieme delle macro-caratteristiche sociali del campione di convenienza (età, genere, stato civile, indirizzo di residenza, tempo di residenza nel quartiere indagato e in alloggio ACER, composizione di residenza) (Q1-Q7); le ultime, per dettagliare ulteriormente alcuni quesiti più generali in merito alla percezione dell'area urbana di residenza e al gradimento della stessa (quesito multiplo Q29). Inoltre, in accordo con ACER, è stato aggiunto il quesito Q14 in merito all'eventuale disponibilità della persona a cambiare la propria soluzione abitativa in favore di una più consona alle proprie esigenze.

Fase 2: Rilevazione dei bisogni

Il secondo incontro si è concentrato sull’approfondimento di alcune delle problematiche emerse e degli aspetti risultati maggiormente critici sulla base dei dati e delle informazioni raccolte dai questionari anonimi. Attraverso lo strumento del *focus group*, ovvero una sorta di intervista collettiva guidata da un moderatore sulla base di una griglia di orientamento tematico, ognuno dei partecipanti è intervenuto a più riprese esplicitando e dettagliando il proprio punto di vista relativamente a problemi e necessità specifiche: la sicurezza urbana reale e percepita; l’accessibilità diffusa degli spazi pubblici e collettivi; le tematiche del traffico veicolare, del trasporto pubblico e dell’inquinamento acustico e ambientale; gli impedimenti in merito agli spostamenti, alla pratica di attività motoria e allo svolgimento delle attività quotidiane nel contesto urbano; le difficoltà sociali e relazionali; le problematiche rispetto alle caratteristiche del proprio alloggio, e così via. Nel corso del *focus group*, gli anziani coinvolti hanno discusso talvolta animatamente, si sono confrontati su esigenze e priorità per un quartiere più “a misura di anziano”, iniziando a individuare e localizzare fisicamente nello spazio i problemi prevalenti, poi affrontati durante l’ultimo incontro di meta-progettazione partecipata.

Fase 3: Meta-progettazione partecipata

Il terzo e ultimo momento del percorso ha avuto come obiettivo quello di applicare al territorio e in maniera più operativa tutti gli spunti e le riflessioni emerse precedentemente. Dopo aver raccolto una quantità considerevole di informazioni e punti di vista durante le prime due fasi di ascolto e discussione con il campione di convenienza, attraverso l’uso di tecniche mediate dell’*Action Planning*, ovvero grazie all’utilizzo di immagini e basi cartografiche sulle quali intervenire con disegni, colori, simboli e l’apposizione di post-it recanti opinioni e proposte, il gruppo di anziani ha dato **forma meta-progettuale** alle proprie riflessioni.

I diversi approcci, sia pratici che teorici, muovono nella direzione di uno sviluppo sostenibile ad ampio raggio, poiché la volontà di creare quartieri e intere città a misura di anziano implica un importante impegno – politico, amministrativo, tecnico e di visione, della cittadinanza – a contrastare le principali sfide sociali e urbane dell’invecchiamento, tutte indissolubilmente collegate ai temi della sostenibilità: sociale, ambientale, economica. La ricerca applicata insiste e si basa su un confronto continuo con la realtà e con il variare delle condizioni e delle esigenze della popolazione; una reale implementazione dei risultati della ricerca scientifica mira a rafforzare e nutrire reciprocamente le relazioni tra questa e la società, ed è in una simile prospettiva che divengono di fondamentale importanza gli strumenti propri dell’indagine e della progettazione partecipata. Il lavoro ha permesso di meglio comprendere lo spazio pubblico urbano e le sue caratteristiche attraverso un approccio pro-attivo, tenendo in considerazione i bisogni e i comportamenti di un campione eterogeneo di popolazione anziana residente in ERP grazie a uno sguardo interdisciplinare. Questa applicazione “pilota” della metodologia di lavoro al caso Ferrarese ha permesso di sviluppare una procedura partecipata per la lettura dei contesti urbani e il conseguente miglioramento della loro qualità. L’uso combinato di strumenti e metodologie propri delle diverse discipline ha, inoltre, permesso di meglio affrontare la sfida del come riconciliare problematiche collettive e territoriali a una dimensione architettonica e individuale.



8. Riflessioni per quartieri a misura di anziano⁵¹

La Ricerca-intervento qui presentata sul vasto e articolato tema delle mutevoli e complesse relazioni tra popolazione anziana e contesto di vita porta all’attenzione del dibattito multi-disciplinare, politico e amministrativo il ruolo fondamentale e preventivo che l’Urbanistica può e dovrebbe giocare per la formulazione e attuazione di strategie territoriali e urbane efficaci, più efficienti e sostenibili – in termini ambientali, sociali ed economici. La ricerca sia teorica che applicata e alcune sperimentazioni virtuose, in città d’Italia come in Europa, stanno dimostrando come alle diade “**sistema sanitario e del welfare – politiche per la casa**” si debba oggi necessariamente aggiungere un terzo elemento di pari rilevanza, ovvero la **piattaforma degli spazi pubblici urbani**. Questi tre ambiti rappresentano i pilastri sui quali Enti locali e Agenzie dovrebbero basare e costruire le politiche a supporto dell’invecchiamento attivo, contrastando al contempo le condizioni di declino o degrado in cui versano oggi alcune parti di città.

Questo è vero, generalizzando, specialmente per i centri storici e le periferie, contesti che molto spesso ospitano un elevato numero di residenti anziani e che, seppur per differenti ragioni, si trovano in emergenza o in condizione di deficit rispetto alla domanda di dotazioni e servizi, così come a quella di residenza. Strategie di **contrasto al degrado**, declino e/o **spopolamento urbano** di questi ambiti si possono attuare anche grazie a un **riuso** attento e lungimirante del **patrimonio edilizio** sottoutilizzato, realizzando **nuove strutture residenziali** dedicate alla popolazione anziana e relativi **servizi alla residenza**. Al fine quindi di favorire l’invecchiamento attivo e agevolare il più possibile l’esperienza quotidiana della città (fisica e sociale) sono gli stessi spazi urbani a doversi adattare e modificare, rispondendo ovviamente a politiche e programmi mirati, in primis, al rilevamento di debolezze, carenze e difetti del sistema urbano esistente, poi al suo miglioramento.

Oggi, numerosi lavori e ricerche a livello Europeo si stanno interrogando sui criteri e sulle strategie sulle quali basare interventi e progetti di adeguamento e/o trasformazione urbana finalizzati, principalmente, alla creazione di città e quartieri “amici degli anziani”, producendo una moltitudine di documenti d’indirizzo e linee guida. Attraverso simili suddivisioni e suggestioni, si sta cercando di dare soluzione a domande quali: *Attraverso quali approcci, quali processi e quali progetti si può migliorare la qualità dello spazio urbano per gli anziani? Quali sono i fattori chiave di successo per realizzare città veramente a misura di anziano?*

Una risposta univoca e assoluta a questi quesiti non esiste, anche perché, come già argomentato all’inizio di questo lavoro, le relazioni tra l’ambiente costruito e le sue caratteristiche e la salute, le abitudini e gli stili di vita dei cittadini sono complesse e multilivello, operando attraverso numerosi fattori di mediazione. E inoltre, perché la “popolazione anziana” è estremamente eterogenea (per fascia

51 - Questo capitolo riprende le riflessioni pubblicate in: Dorato E. (2019). “Anziani & Città: urbanistica per una nuova anzianità urbana. L’esperienza pilota di Bologna e Reggio Emilia”, *Archivio di Studi Urbani e Regionali* vol.126, pp. 53-76. DOI: 10.3280/ASUR2019-126004

di età, sesso, condizioni di salute, fisiche, culturali, sociali, reddituali, abitative, localizzative, percettive, ecc.) e presenta un ventaglio di bisogni in dinamico cambiamento. Tuttavia, cresce il consenso sugli impatti che l'ambiente urbano e specialmente gli spazi pubblici (piazze, parchi, strade, giardini e servizi culturali, ricreativi, amministrativi, sanitari, ecc.) hanno sulla mobilità, l'indipendenza e la qualità della vita dei più anziani, con effetti anche sulle possibilità di invecchiare il più autonomamente possibile all'interno del proprio contesto fisico e socio-culturale (*Ageing in Place*). La letteratura internazionale concorda quasi unanimemente su tre macro-condizioni ritenute come fondamentali per una migliore qualità della vita degli anziani in ambito urbano, così come di tutta la popolazione: **accessibilità diffusa**, **sicurezza urbana**, presenza capillare di **spazi e servizi** che permettano e incoraggino il **movimento all'aria aperta** e la **socialità**.

Basandosi sui dati qualitativi, gli stimoli e gli esiti del processo di ascolto, interazione costruttiva e meta-progettazione partecipata condotto nella realtà pilota del quartiere Barco a Ferrara, e sulle rilevazioni preliminari condotte nei centri minori di Cento e Codigoro, sono stati individuati alcuni **criteri principali** suddivisi in 4 ambiti d'intervento alle diverse scale, considerando l'*accessibilità* come trans-scalare e multi-livello. Tali criteri, se considerati e integrati gradualmente nelle politiche e nelle azioni urbane, possono aiutare le città a strutturarsi in maniera più adeguata e rispondente alle necessità della popolazione anziana, rendendole contestualmente anche luoghi più gradevoli, sicuri, accessibili, sani e inclusivi per tutti.

Il primo ambito – *Governance*, fa riferimento alla dimensione politico-amministrativa dei contesti urbani e si articola in *interdisciplinarietà*, *partecipazione* e *città attiva=città a misura di anziano*. Il secondo – *Reti e Servizi*, riguarda le macro-relazioni tra l'offerta urbana e la distribuzione della popolazione anziana sul territorio, basandosi su *trasporto pubblico*, *mix funzionale* e *presidi sanitari*. Il terzo ambito – *Qualità Urbana*, si riferisce alle caratteristiche specifiche degli spazi pubblici urbani in relazione agli usi e ai bisogni degli anziani, articolandosi in *sicurezza*, *socialità* e *adeguatezza*. Il quarto e ultimo ambito – *Offerta Residenziale*, è relativo alle diverse soluzioni abitative possibili e relative caratteristiche, suddividendosi in *forme dell'abitare e servizi*, *flessibilità* e *comfort*.

Governance

Interdisciplinarietà

Il coordinamento intersettoriale e la stretta collaborazione tra le diverse discipline che potremmo definire, ad ampio spettro, come “preventive” (i settori dell'urbanistica, dell'architettura, dei trasporti, dell'ambiente, dello sport, della sanità pubblica, delle politiche economiche, educative, sociali, socio-assistenziali) rappresenta la condizione basilare e necessaria al fine di intraprendere politiche, programmi ed azioni sul territorio che siano realmente efficaci e rispondenti ai bisogni degli anziani, perseguendo la finalità comune di sperimentare approcci alla città più integrati ed efficienti. Questo aspetto di governance si concentra, quindi, sullo sviluppo di un approccio integrato al tema del vivere urbano, in termini di sostenibilità, di accessibilità e di possibilità per i cittadini di acquisire e

mantenere nel tempo abitudini e stili di vita più sani e attivi. Progettare in maniera integrata la città per gli anziani significa intraprendere sforzi di dialogo e collaborazione, considerando ed affrontando le esigenze in dinamico mutamento degli anziani da tutti i diversi punti di vista e prospettive. Come esemplificato dal modello socio-ecologico dei determinanti di salute e benessere della popolazione negli ambiti urbani – assunto da questo lavoro come riferimento concettuale – la qualità di vita di una persona anziana è il risultato complesso di un insieme di circostanze, combinate con gli effetti delle politiche pubbliche e dell’iniziativa privata.

Partecipazione

La città *per* gli anziani va costruita *con* gli anziani, poiché i cittadini rappresentano un’importante risorsa e parte attiva nella definizione delle priorità programmatiche e progettuali urbane. Se, come già discusso, “l’essere anziani” comprende una grande varietà di situazioni, il coinvolgimento attivo di questa fetta di popolazione può ridurre i rischi di stereotipazione e semplificazione specialmente in ambito progettuale, riuscendo quindi ad elaborare soluzioni *site specific* e al contempo meglio rispondenti alle esigenze della popolazione residente. La partecipazione alla vita civico-relazionale e il supporto sociale sono fattori fondamentali, strettamente connessi alle condizioni di salute e benessere della persona, indipendentemente dall’età. Il coinvolgimento in attività culturali, ricreative, sociali, progettuali, spirituali all’interno di una comunità permette agli anziani di continuare a esercitare le proprie competenze e capacità (fisiche, cognitive, emozionali); di rendersi utili godendo del rispetto e della stima della comunità; di mantenere o stabilire relazioni affettive e, spesso, di supporto; di rimanere informati sui fatti e sugli accadimenti del momento; di contrastare quelle dinamiche di segregazione ed esclusione sociale che, spesso, si trasformano anche in patologie. La capacità dell’anziano di partecipare – sia in maniera formale che informale – alla vita sociale, culturale e decisionale della comunità va fattivamente sostenuta e alimentata, poiché il modo più efficace per concepire e costruire città e quartieri amici degli anziani è farlo insieme, in maniera partecipata.

Città Attiva = Città a misura di anziano

Considerare e includere nelle politiche e negli interventi pubblici la diversità dei bisogni degli anziani può portare grandi benefici a tutta la popolazione, poiché programmare e progettare a sostegno della “fragilità” risulta essere l’opzione più efficace ed economica per tutti. Analogamente, il modello della *città attiva* concentra l’attenzione sul ruolo preventivo delle varie discipline, invertendo il paradigma “medicalizzante” in uno “sociale” e concentrandosi sulla riappropriazione fisico-spaziale e socio-culturale degli spazi pubblici e relazionali della città da parte delle persone, nella convinzione che una città attiva sia anche una città più sana, sicura, accessibile, gradevole, sostenibile e inclusiva. L’Urbanistica, in sinergia con gli altri settori, gioca un ruolo fondamentale nel miglioramento delle condizioni di vita urbane, promuovendo stili di vita attivi attraverso l’organizzazione del sistema viario e dei trasporti, incoraggiando la mobilità attiva e l’uso dei mezzi pubblici; assicurando sicurezza, accessibilità e autonomia nella fruizione degli spazi urbani; progettando spazi pubblici quali piazze, parchi, giardini in grado di rispondere alle esigenze di tutti, supportando attività ricreative, l’interazione sociale e il benessere. Mettere in atto politiche e azioni per mantenere il più a lungo possibile la

popolazione sana e attiva rappresenta una necessità e non un lusso e, in quest'ottica, le prerogative della *città attiva* sono le stesse di quelle per una *città a misura di anziano*, nella convinzione che una città a misura di anziano sia una città a misura di tutti.

Reti e Servizi

Trasporto pubblico

Essere in grado di muoversi in autonomia per il quartiere rappresenta una condizione fondamentale per garantire lo svolgimento delle attività quotidiane della persona anziana, influenzando anche grandemente sulla sua socialità e sulla partecipazione alla vita civile e relazionale. Raggiunta un'età in cui, spesso, non si guida più l'automobile e in cui percorrere a piedi certe distanze diventa eccessivamente faticoso, l'utilizzo dei mezzi pubblici – in alternativa all'uso della bicicletta, per chi può – rimane l'unica possibilità di spostamento. Pertanto, è necessario garantire una rete capillare e funzionale di autobus, al fine di permettere alle persone di recarsi dove hanno bisogno, quando ne hanno bisogno. Anche altre forme collettive di spostamento, quali il trasporto sociale o il trasporto a chiamata, possono consentire ai più anziani e alle persone con mobilità ridotta di svolgere attività quotidiane quali, ad esempio, andare a fare la spesa, agevolando grandemente l'esperienza della città. Frequenza dei mezzi, affidabilità e chiarezza di orari e indicazioni sono elementi importanti per garantire giusti tempi d'attesa e la possibilità di raggiungere le varie destinazioni quando desiderato. Anche non avere sedute presso le fermate e salire/scendere dai mezzi può rappresentare una sfida per i più anziani: l'assenza di scalini intermedi in corrispondenza delle porte, dislivelli eccessivi tra il cordolo della fermata e il mezzo, l'assenza di sistemi meccanizzati per garantire il movimento di carrozzine o di utenti a mobilità ridotta, sono aspetti non secondari da tenere in considerazione.

Mix funzionale

La dinamicità e la vitalità delle aree urbane e un'offerta diversificata di attività e funzioni rappresenta un importante fattore che può stimolare l'anziano a uscire di casa e utilizzare lo spazio pubblico per spostarsi, partecipare ad attività ricreative, culturali e sociali, fare la spesa in autonomia, o semplicemente passeggiare. L'utilizzo delle strade e degli altri spazi pubblici durante le diverse ore della giornata varia fortemente ed è legato, principalmente, alle abitudini di vita del singolo; tuttavia, durante le ore di maggior traffico/affollamento, gli spazi collettivi sono spesso evitati dagli anziani, che preferiscono luoghi semi-pubblici (o semi-privati) quali ad esempio cortili, giardini e piazzette di pertinenza degli ambiti residenziali, nei quali potersi ritrovare in condizioni di maggior tranquillità. La coesistenza di spazi di residenza con servizi di commercio di prossimità e di presidi pubblici (socio-sanitari, culturali, educativi, sportivi, ricreativi, ecc.) è una caratteristica urbana fortemente attrattiva non solo per la popolazione anziana, ma per tutti i cittadini, fattore capace di favorire stili di vita più attivi e una maggiore socialità, così come di migliorare i valori fondiari di interi quartieri. Il mix funzionale è condizione strumentale per un maggior utilizzo dello spazio pubblico urbano, concorrendo anche a migliorarne la percezione di sicurezza, contrastando quindi l'abbandono e il degrado dei luoghi.

Presidi sanitari

Concentrarsi sulle esigenze di una popolazione in rapido invecchiamento significa anche essere consapevoli che i costi legati ai servizi sanitari per gli anziani sono largamente influenzati dalla distribuzione della popolazione sul territorio, a sua volta direttamente collegata all’organizzazione funzionale degli spazi della città, secondo le scelte della pianificazione. In linea e a supporto delle politiche Regionali già in atto, l’istituzione di nuovi presidi socio-sanitari quali le *Case della Salute* anche in base alla localizzazione e alla concentrazione degli anziani nei diversi quartiere/settori urbani può rappresentare una strategia vincente in termini di ricadute sulla salute della popolazione e di risparmio sulla spesa sanitaria. Poter beneficiare di continuità nei servizi e nelle prestazioni mediche, socio-sanitarie e sociali in luoghi vicini e già familiari ai più anziani rappresenta un’importante beneficio non solo per il loro benessere fisico, ma anche per le ricadute psicologiche positive che la presenza di un simile presidio è in grado di infondere nella persona anziana.

Qualità Urbana

Sicurezza

Le condizioni e le caratteristiche degli spazi pubblici e della trama viaria urbana, del sistema traffico, di infrastrutture e dotazioni per la mobilità ciclabile e pedonale hanno un enorme impatto sul senso di sicurezza, di benessere e di appartenenza dei cittadini. Durante le ore diurne, il problema dell’insicurezza è particolarmente legato alle condizioni che permettono la mobilità pedonale o ciclabile dell’anziano, così come ai problemi derivanti da un eccessivo traffico veicolare. Fondamentali sono le buone condizioni delle pavimentazioni (marciapiedi, piste ciclabili, percorsi interni a parchi e spazi pubblici), elemento che si riflette in maniera diretta sull’abilità di spostarsi in sicurezza a piedi o in bicicletta per gli spazi della città. I marciapiedi e i percorsi pedonali si fanno anche teatro di attività ricreative facilitando la socialità quotidiana dell’anziano, così come la presenza di ringhiere e sistemi d’appoggio lungo scale, rampe e dislivelli è di sostegno alla sua mobilità. Un’illuminazione efficace e capillare aiuta le persone a sentirsi più a loro agio anche durante le ore serali, in azione combinata con la presenza di un presidio delle forze dell’ordine. Attraversamenti stradali sicuri, ben segnalati e possibilmente dotati di semaforo a chiamata per i pedoni aiutano ad accrescere il senso di sicurezza nel compiere gli spostamenti quotidiani.

Socialità

Luoghi urbani strutturati al fine di promuovere l’incontro e la socialità risultano maggiormente attrattivi e capaci di incoraggiare le persone – non solo quelle più anziane – a frequentarli. Uno spazio amico degli anziani deve garantire alte condizioni di sicurezza e accessibilità. Se è vero che gli anziani sono generalmente predisposti a socializzare con i loro coetanei, queste occasioni di incontro possono essere enormemente favorite dall’utilizzo comune di spazi pubblici e servizi condivisi. Specialmente fuori dall’Italia, sono frequenti i casi di centri per anziani associati agli spazi di scuole elementari o per l’infanzia e, in certi casi, gli over65 sono addirittura coinvolti nella gestione di alcune attività

scolastiche; un'opportunità per attuare politiche di integrazione a vari livelli e mettere a frutto le capacità, il bagaglio di esperienza, le energie e la voglia di trasmettere conoscenza dei più anziani. Tuttavia, spesso la condivisione degli spazi collettivi con altri gruppi di utenza, primi tra tutti i giovani e gli adolescenti, rappresenta un problema e una condizione di auto-esclusione da parte degli anziani dall'ambito pubblico urbano, poiché si sentono infastiditi dalla pratica di determinate attività giovanili. L'obiettivo è progettare spazi flessibili che permettano la compresenza di un'utenza varia (anche a rotazione durante le diverse ore della giornata) senza minacciare la tranquillità dei singoli sotto-gruppi. La possibilità di poter disporre di spazi al chiuso dedicati in cui svolgere una pluralità di attività, sia autogestite che non, rappresenta un'altra condizione fondamentale a supporto della socialità.

Adeguatezza

L'adeguatezza e il comfort degli elementi urbani progettati all'interno delle aree pubbliche ne permette un uso appropriato e sicuro da parte della popolazione anziana. Il numero, la disposizione e le caratteristiche delle sedute/panchine (altezza, materiali, condizioni di esposizione ai fenomeni atmosferici, ombreggiamento, ecc.) influisce sull'effettivo utilizzo di uno spazio da parte degli anziani, così come la presenza di "verde" (elementi vegetali, prati, alberi) è un elemento fortemente attrattivo. La possibilità di potersi riposare lungo i tragitti quotidiani è una caratteristica minima necessaria per qualsiasi spazio urbano, al fine di facilitare la vita e la fruizione della città agli anziani. L'implementazione di accorgimenti progettuali quali l'introduzione, ogni poche centinaia di metri di percorso pedonale, di un punto di sosta attrezzato (seduta, illuminazione pubblica, albero, ombra) risultano fondamentali. Analogamente, la presenza di fontanelle di acqua potabile (specialmente in estate per contrastare la percezione delle ondate di calore), di servizi igienici puliti e gratuitamente accessibili e l'assenza o la limitazione del traffico veicolare, promuovendo il più possibile spazi pubblici *car-free*, sono fattori importanti che incidono sulla percezione di adeguatezza dei luoghi pubblici. L'organizzazione generale dello spazio deve anche tenere in considerazione gli eventuali impatti dell'inquinamento acustico e dell'aria, procedendo ove possibile a interventi di mitigazione specie del traffico.

Offerta Residenziale

Forme dell'abitare e Servizi alla residenza

Poter disporre di- e accedere a una gamma di alternative abitative, meglio ancora se all'interno del proprio quartiere, rappresenta indubbiamente un'importante opportunità per sostenere le persone anziane durante il processo di invecchiamento, recependone le mutevoli necessità. Come già discusso e come emerso anche nel corso dello svolgimento di questa ricerca-intervento, il modificarsi della composizione del nucleo familiare, l'evolversi delle condizioni di salute, delle capacità fisiche ed economiche degli anziani impongono un necessario ripensamento/adattamento del patrimonio abitativo esistente, offrendo al contempo nuove possibilità di sperimentazione sia a livello di riuso di contenitori esistenti (innovazione tipologico-architettonico e tecnologica), che di nuove forme di socialità e abitare condiviso. Favorire il processo di invecchiamento attivo della popolazione, mantenendola il più a lungo possibile

all'interno del proprio contesto fisico-sociale di vita, significa anche realizzare strutture residenziali dedicate quali *co-housing* per anziani autosufficienti; *co-housing* con assistente unico; condomini di edilizia residenziale pubblica abitati prevalentemente da utenti anziani (con un “assistente di fabbricato” che disponga di alloggio riservato); *silver house* a rette calmierate per i casi che richiedono maggiore assistenza, e così via. Questa nuova offerta, oggi più che mai necessaria per garantire a tutti un accesso alla casa sostenibile e sicuro, dovrà essere bene integrata all'interno dei quartieri e, possibilmente, dotata di servizi alla residenza quali, ad esempio, portierato sociale, infermeria e/o ambulatorio medico, cucine e sale comuni dove gli anziani possano trovarsi per svolgere attività condivise, orti o giardini di cui prendersi cura. In Europa e, da qualche anno, anche in Italia stanno crescendo le esperienze di forme dell'abitare innovative per la popolazione anziana: un campo “aperto” di sperimentazione da indagare.

Flessibilità

La possibilità di modificare la propria casa, adattandola alle esigenze in divenire, influenza la capacità degli anziani di continuare a vivere in modo confortevole all'interno del proprio contesto di vita. Al progressivo diminuire delle capacità motorio-funzionali delle persone – e, talvolta, anche di quelle economiche – l'ambiente domestico deve rispondere riducendo al minimo le situazioni e/o gli elementi di ostacolo o pericolo, rimanendo accessibile. Nella maggior parte dei casi, si tratta di soglie, scale o gradini (barriere architettoniche in generale), assenza di ascensore o montascale, presenza di vasca da bagno invece che piatto doccia, ambienti troppo angusti che non consentono un buon movimento a chi, per esempio, è costretto in maniera temporanea o permanente su sedia a rotelle. Un ambiente domestico flessibile significa, quindi, poter garantire la realizzazione di modifiche e trasformazioni rapide e a basso costo (moltissimi anziani, ad esempio, non hanno le disponibilità economiche per attuare loro stessi gli interventi di adattamento della residenza). Un obiettivo particolarmente importante specie per la situazione italiana, dove all'invecchiamento progressivo della popolazione si accompagna anche una generale vetustà del patrimonio abitativo disponibile, e per il contesto emiliano-romagnolo, dove il recupero e una rifunzionalizzazione e rigenerazione attenta e capace dell'esistente – in un'ottica di massima flessibilità e sostenibilità – è quanto mai necessaria specie con l'imposizione di consumo di suolo pari a zero dettato dalla nuova Legge Urbanistica Regionale.

Comfort

Il *comfort* domestico si lega indissolubilmente ai temi della sicurezza e dell'adeguatezza e flessibilità degli alloggi e relativi spazi di pertinenza. Per garantire che le persone anziane si sentano realmente “a casa”, abilitate nel compiere quanto più autonomamente possibile le attività quotidiane, gli aspetti principali – ampiamente documentati in letteratura – sono l'adeguatezza di materiali e superfici, la presenza di sufficiente spazio per la conservazione e il deposito dei diversi tipi di beni, la dimensione dei singoli vani o spazi, con particolare attenzione a corridoi, porte e bagni (considerando la possibilità, in un futuro, di dover adattarsi a sedie a rotelle o altro) e, in epoca più recente, la presenza di adeguati sistemi tecnologici. Infatti, tra domotica e sensoristica, sono ormai numerose le esperienze di implementazione tecnologica a supporto della residenzialità anziana, capaci di monitorare e/o ottimizzare sia le condizioni climatico-ambientali dell'abitazione, che le condizioni di benessere dell'anziano all'interno della propria

Bibliografia di riferimento

abitazione, arrivando ad esempio a dare l'allarme in caso venga rilevata una caduta o altro incidente domestico. In relazione al tema di dimensioni e proporzioni, è ormai consolidata l'idea che ambienti più raccolti mettano l'anziano nelle migliori condizioni, con la possibilità di conformare piccoli spazi, in relazione tra loro (attuabili anche grazie all'uso di pareti mobili) capaci anche di adattarsi a nuove esigenze quali, ad esempio, la necessità di ricevere cure o assistenza da una persona terza. Dimensioni limitate riducono anche l'onere economico legato all'alloggio, sia in termini di affitto che di utenze.

Accessibilità

L'accessibilità rappresenta un criterio trasversale, il concetto-chiave su cui si fondano la maggior parte delle riflessioni su anziani e città, nonché il fulcro della ricerca teorica e progettuale riguardante il modello della *città attiva*. Sono diversi i fattori che è bene considerare al fine di garantire l'accessibilità dello spazio residenziale e pubblico, attraverso l'equilibrio tra caratteristiche dell'abitare, costruzione dell'ambiente urbano, densità insediativa e integrazione delle attività sociali, a seconda anche delle possibili scale di intervento e lavorando prevalentemente sul mix funzionale e sui sistemi del trasporto pubblico alla scala della città; sulla forma urbana, sui caratteri fisici del quartiere e sulle reti sociali alla scala locale; sulle caratteristiche progettuali di dettaglio quali flussi e distribuzione, elementi funzionali e materiali alla scala puntuale. Andando oltre la stringente relazione tra accessibilità e superamento delle barriere architettoniche (seppure questo resti, purtroppo, un tema attuale in numerosi contesti urbani che ancora necessitano di misure e interventi per l'adeguamento di pavimentazioni, rampe e gradini, l'inserimento di segnaletica, corrimano e semafori assistiti per un'utenza diffusa e della rimozione di ostacoli), il criterio dell'accessibilità si declina non solo alla scala fisico-spaziale della città, ma anche a quella sociale ed economica. L'*accesso alle opportunità* significa per la persona anziana il poter partecipare alla vita civico-relazionale della comunità, così come l'*accesso alle informazioni* costituisce una pre-condizione tanto ovvia quanto necessaria (un esempio su tutti, l'informatizzazione delle procedure burocratiche e dei servizi pubblici che, da un lato, favorisce potenzialmente l'accesso ai servizi evitando spostamenti e costi, ma dall'altro, una volta diventata l'unica opzione percorribile, esclude totalmente chi non è in grado di usare gli strumenti informatici). Accessibilità è anche quella *economica*, legata alla cosiddetta "*affordability*" della casa e alla già citata "sicurezza di godimento" (dimensione fondamentale della qualità dell'abitare), al costo delle cure o, più semplicemente, al costo dei mezzi di trasporto pubblico o dei servizi sportivi e culturali cui le persone anziane possono accedere nella quotidianità.

Ricerca-intervento "Per una città attiva e amica degli anziani"



Bibliografia di riferimento

- Amendola G. (2011). "Abitare e Vivere la Città", in Golini A., Rosina A. (a cura di), *Il Secolo degli Anziani. Come cambierà l'Italia*. Bologna: Il Mulino.
- Armitage R., Nellums L.B. (2020). "COVID-19 and the consequences of isolating the elderly", *Lancet Public Health* vol.5(5), e256. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
- Augé M. (2014). *Il Tempo Senza Età. La vecchiaia non esiste*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Badiali E. (2013). "Le forme della vulnerabilità: Le conseguenze della crisi", *ERE Emilia Romagna Europa*, vol.13, pp. 41-73.
- Banerjee, D., D'Cruz M.M., Rao T.S. (2020). "Coronavirus disease 2019 and the elderly: Focus on psychosocial well-being, agism, and abuse prevention. An advocacy review", *Journal of Geriatric Mental Health* vol.7(1), pp. 4-10.
- Bernardini M.G., Giolo O. (2017). *Le teorie critiche del diritto*. Pisa: Pacini.
- Borasi G., Zardini M. (a cura di) (2012). *Imperfect Health: The Medicalization of Architecture*. Zurigo: CCA and Lars Müller Publishers.
- Bosman C. (2012). "Gerotopia: Risky Housing for an Ageing Population", *Housing Theory and Society* vol.29(2), pp. 157-171. DOI: 10.1080/14036096.2011.641259.
- CENSIS (2021). *17 Rapporto CENSIS sulla Comunicazione. I media dopo la pandemia*. Milano: Franco Angeli.
- Chappell N.L., Dlott B.H., Hollander M.J., Miller J.A., McWilliam C. (2004). "Comparative costs of home care and residential care", *The Gerontologist* vol.44(3), pp. 389-400.
- D'innocenzo A. (2001). "Abitare da Anziani: soluzioni innovative per facilitare la vita quotidiana", in Costanzi C., Gazzola A. (a cura di). *A Casa Propria. Le condizioni abitative degli anziani nel centro storico genovese*. Milano: Franco Angeli.
- Dorato E. (2019). "Anziani & Città: urbanistica per una nuova anzianità urbana. L'esperienza pilota di Bologna e Reggio Emilia", *Archivio di Studi Urbani e Regionali* vol.126, pp. 53-76. DOI: 10.3280/ASUR2019-126004.
- Dorato E. (2020). *Preventive Urbanism. The role of health in designing active cities*. Macerata: Quodlibet.
- Dorato E., Bernardini M.G. (2021). "Il diritto alla città della cura. La condizione anziana in tempi di pandemia", *CONTESTI Città, Territori, Progetti* vol.1/2021 Special Issue "Beyond the Pandemic: rethinking cities and territories for a civilization of care", pp. 1-11. DOI: 10.13128/contest-12263.
- Dovey K. (1985). "Home and homelessness", in Altman I., Werner C. M. (a cura di), *Home environments*. New York-London: Plenum Press.
- Fang W., Wahba S. (aprile 2020). *Urban Density Is not an Enemy in the Coronavirus Fight: Evidence from China*, The World Bank.
- Galimberti U. (2002). *Il Corpo*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli editore.
- Ghirardelli M. (1996). "La Città e gli Anziani: una lettura critica delle normative italiane in materia di accessibilità urbana", *Paesaggio Urbano* vol.2/1996, pp. 60-63.
- Giandelli V. (1991). *Spazi Domestici e Urbani per la terza Età*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Han S.D., Mosqueda L. (2020). “Elder abuse in the covid-19 era”, *Journal of the American Geriatric Society* vol.68(7), pp. 1386-1387. DOI: 10.1111/jgs.16496.

ISS Istituto Superiore di Sanità (2020). *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie. Report finale* [5 maggio] <<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>>

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica (2019). *Bilancio demografico nazionale. Report anno 2019* [13 luglio] <<https://www.istat.it/it/archivio/245466>>.

Juvin H. (2010). *The coming of the body*. Londra-New York: Verso.

Kaye H.S., Lapante M.P., Harrington C. (2009). “Do noninstitutional long-term care services reduce Medicaid spending?”, *Health Affairs* vol.28(1), pp. 262-272.

Krupat E. (1985). *People in Cities. The urban environment and its effects*. Cambridge: University Press.

Maus M., Satariano W. (2017). *Aging, Place, and Health: a Global Perspective*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

McLeroy K.R., Bibeau D., Steckler A.B., Glanz K. (1988). “An Ecological Perspective on Health Promotion Programs”, *Health Education Quarterly* vol.15, pp. 351-378.

Michelucci G. (1985). “Anche l’Età è un Handicap”, *La Nuova Città* 6/7.

Moran M., Van Cauwenberg J., Hercky-Linnewiel R., Cerin E., Deforche B., Plaut P. (2014). “Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review of qualitative studies”, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* vol.11(79). DOI: 10.1186/1479-5868-11-79.

Musil R. (1957). *L’Uomo Senza Qualità* (trad. di A. Rho). Torino: Giulio Einaudi Editore, p.141 [ed. orig. *Der Mann ohne Eigenschaften, 1930-1933*, Rowohlt Verlag, Berlino].

Neugarten B. (1974). “Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old”, *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* vol.415(1), pp. 187-198. DOI: 10.1177/000271627441500114.

Onder G., Rezza G., Brusaferro S. (2020). “Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to Covid-19 in Italy”, *JAMA* vol.323(18), pp.1775-1776. DOI:10.1001/jama.2020.4683.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Ginevra: OMS.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2015). *World Report on Ageing and Health*. Luxembourg: OMS.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2020). *Coronavirus disease 2019 (Covid-19). Situation Report – 36* [25 febbraio] <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331222>>.

Palvarini P. (2010). “Qualità abitativa e vivibilità urbana”, *Quaderni di Sociologia* n.52, p. 32. DOI: 10.4000/qds.719.

Robino L. (1996). *La Società Anziana. Saggio di programmazione e metaprogetto*. Firenze: Alinea Editrice.

Ruggieri G. (2011). “I vecchi di oggi. Anziani, giovani e status quo”, in AA.VV. *Access SOS. Costruire città accessibili a tutte le età. Strumenti e azioni*. Ferrara: Corbo Editore.

Ruggieri G. (2013). “Anzianità Urbana, Geriatria e Urbanistica: una visione (ri)abilitativa da

Bibliografia di riferimento

condividere?” in Martinoni M., Sassi E. (a cura di). *UrbAging: la Città e gli Anziani*. Mendrisio: Tarmac Publishing.

Sarpellon G. (1993). “Dalla povertà nascosta alle nuove povertà e oltre”, in Guidicini P., Pieretti G., *La Residualità Urbana come Valore. Povertà urbane e dignità umane*. Milano: Franco Angeli.

Sassi E., Molteni E. (2008). *Design of Public Space in the City of the Elderly*. PDF via ARC: http://www2.arc.usi.ch/print/ris_ist_icup_pub_urbaging_01.pdf

Satariano W. (2006). “Aging, Health, and the Environment: An Ecological Model”, in Satariano W., *Epidemiology of Aging: An Ecological Approach*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Stokols D. (1996). “Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion”, *American Journal of Health Promotion* vol.10, pp. 282-292.

Tosi A. (1994). *Abitanti. Le nuove strategie dell'azione abitativa*. Bologna: il Mulino.

Vlahov D., Freudenberg N., Proietti F., Ompad D., Quinn A., Nandi V., Galea S. (2007). “Urban as determinant of Health”, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol.84(1), pp. i17-i18.

Westerhof G., Barrett A. (2005). “Age identity and subjective well-being: a comparison of the United States and Germany”, *Journal of Gerontology* vol.60(3), pp. 129- 136.

Wiles J.L., Wild K., Kepa M., Peteru C. (2011). *Resilient ageing in place: Project recommendations and report*. Auckland, NZ: The University of Auckland.
282-292.

Tosi A. (1994). *Abitanti. Le nuove strategie dell'azione abitativa*. Bologna: il Mulino.

Vlahov D., Freudenberg N., Proietti F., Ompad D., Quinn A., Nandi V., Galea S. (2007). “Urban as determinant of Health”, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol.84(1), pp. i17-i18.

Westerhof G., Barrett A. (2005). “Age identity and subjective well-being: a comparison of the United States and Germany”, *Journal of Gerontology* vol.60(3), pp. 129- 136.

Wiles J.L., Wild K., Kepa M., Peteru C. (2011). *Resilient ageing in place: Project recommendations and report*. Auckland, NZ: The University of Auckland.

Ricerca-intervento “Per una città attiva e amica degli anziani”

