

## **Tra presenza e assenza: un centro diurno per i malati di Alzheimer**

### **1.1 Le caratteristiche dell'utenza**

Il morbo di Alzheimer è una malattia organica degenerativa che colpisce le cellule cerebrali portando a una progressiva, ma gravissima riduzione della materia grigia.

Secondo stime recenti, in Italia circa 400.000 persone sarebbero oggi colpite da questa malattia.

Di questi, 20.000 sarebbero residenti nella sola città di Milano.

L'esordio di questa malattia è graduale e insidioso e il declino della persona colpita è generalmente lento.

#### **1.1.1 Il quadro clinico**

Il quadro clinico prodotto dalla malattia assume caratteristiche differenti e dipendenti dalla personalità e dallo stile di vita che l'ammalato ha condotto fino a quel momento, ma comprende generalmente alterazioni cognitive, disturbi psichici e disturbi comportamentali.

Per quanto riguarda le modificazioni cognitive, esse consistono essenzialmente in disturbi della memoria (incapacità a riconoscere le persone e lo spazio circostante), del linguaggio (con riduzione progressiva del lessico e graduale impoverimento del contenuto linguistico) e aprassia (ovvero incapacità a compiere azioni e gesti finalizzati).

A tali deficit cognitivi si accompagnano disturbi psichici quali ansia, depressione, idee deliranti, e disturbi del comportamento, i quali, pur essendo stati spesso misconosciuti, sono in effetti le cause principali dello stress assistenziale, sia che il malato viva in famiglia, sia che si trovi in strutture istituzionalizzate.

Tali disturbi comprendono in genere agitazione associata ad ansia, irritabilità, mancanza di cooperazione od ostilità verbale nei confronti del personale che assiste o dei familiari, comportamenti violenti, insonnia, disturbi del comportamento alimentare, incontinenza.

#### **1.1.2 L'evoluzione dei modelli terapeutici**

L'Alzheimer è una malattia attualmente incurabile.

Gli unici trattamenti farmacologici disponibili hanno lo scopo di limitare l'aggravarsi di alcuni sintomi, ma non sono in grado di contrastare l'andamento progressivo e naturale della malattia.

Gli approcci terapeutici di questi ultimi anni tendono ad associare alle terapie farmacologiche classiche alcuni trattamenti di tipo psicoterapeutico, cognitivo e comportamentale, allo scopo di migliorare l'autonomia del malato e la sua capacità di fare fronte in modo autosufficiente almeno alle più semplici attività della vita quotidiana.

Fra le varie tecniche non farmacologiche, quelle maggiormente utilizzate nella cura del Morbo di Alzheimer sono la Terapia occupazionale, la Terapia di orientamento alla realtà (ROT) e il metodo Validation.

Per quanto concerne la terapia occupazionale, si tratta in sostanza di un insieme di tecniche riabilitative il cui scopo ultimo è quello di promuovere l'autonomia del malato in tutte le attività del vivere quotidiano.

Il paziente viene per esempio rieducato a lavarsi, vestirsi e nutrirsi autonomamente e a impiegare ausili e protesi utili a migliorare la sua autosufficienza; egli viene inoltre stimolato a livello sensoriale e cinestetico.

Alla terapia occupazionale viene associata in genere la terapia di orientamento alla realtà, il cui principale obiettivo consiste nel riorientare il malato rispetto alla propria storia personale

attraverso semplici stimolazioni quali la lettura guidata del giornale o il commento di fatti accaduti particolarmente significativi.

Un'ulteriore tecnica terapeutica non farmacologica frequentemente applicata ai malati di Alzheimer è il cosiddetto *metodo Validation*.

Attraverso tale metodo ci si propone di restituire al malato la stima in se stesso, di ridurre la sua tensione nervosa e la frustrazione, di migliorarne la comunicazione e, in ultima analisi, di limitare il ricorso al ricovero.

### **1.1.3 L'evoluzione dei modelli assistenziali**

La malattia di Alzheimer e le demenze senili in generale costituiscono una sfida per la medicina non solo per la scarsa determinatezza dei fattori scatenanti e per la complessità dei problemi di ordine clinico, ma anche per la difficoltà di organizzare un sistema di servizi sanitari e sociali capaci di rispondere efficacemente ai bisogni sia dei malati, sia di coloro che li assistono.

L'assistenza che il Servizio sanitario Nazionale e i vari presidi socioassistenziali forniscono ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie è attualmente molto carente.

L'accesso agli ospedali è limitato alla fase della diagnosi, dopodiché, trattandosi di una malattia non suscettibile di interventi terapeutici risolutivi, il ricovero ospedaliero è generalmente precluso o, quantomeno, fortemente osteggiato.

Poiché anche il ricovero in strutture specializzate non sempre è possibile, dal momento che tali strutture offrono un numero di posti letto assolutamente insufficiente rispetto alla domanda, si calcola oggi che circa l'80% degli anziani affetti da demenza viene assistito dalla famiglia, con i problemi che è facile immaginare.

## **1.2 Progettare per i malati di Alzheimer: alcune linee guida**

Lo spazio vitale della persona affetta da demenza va considerato come un sistema integrato, comprendente sia aspetti architettonici che componenti legate all'organizzazione e al contesto sociale in cui i malati si trovano.

Tutte queste componenti ambientali interagiscono tra loro e con gli individui ammalati secondo un modello complesso del quale bisogna necessariamente tenere conto anche nella fase di progettazione.

Dal punto di vista metodologico, la conoscenza della malattia e delle sue manifestazioni patologiche è ovviamente il primo fondamentale elemento da cui partire nel momento in cui ci si accinge a progettare spazi per i malati di Alzheimer.

La conoscenza degli obiettivi terapeutici conseguibili attraverso i vari trattamenti è altrettanto importante in quanto tali obiettivi determinano e guidano la pianificazione degli spazi e dell'ambiente.

Questa base conoscitiva rappresenta dunque il campo entro il quale la progettazione può e deve prendere le mosse; tuttavia, la conoscenza di questi aspetti non è di per se stessa sufficiente.

Infatti la scarsità di studi relativi agli effetti che lo spazio può esercitare su questa patologia obbliga a prendere in considerazione, accanto ai pochi dati certi disponibili, anche altri elementi più sperimentali, basati soprattutto sull'osservazione diretta dei malati e sull'esperienza pratica degli operatori a contatto con essi.

Le linee guida progettuali che vengono qui presentate si basano appunto da un lato sull'analisi della poca letteratura esistente sul rapporto demenza/ progettazione, dall'altro su numerose visite ai luoghi di cura e su colloqui informali con gli operatori del settore.

Data la novità del campo di applicazione e la limitatezza delle fonti, queste linee guida non devono essere considerate come rigide direttive, ma piuttosto come un tentativo di stimolare ed espandere la riflessione sul rapporto tra demenza e progettazione: esse sono soltanto ipotesi e, come tali, implementabili e in un certo senso ancora "tutte da dimostrare".

### **1.2.1 La percezione spaziale dei malati di Alzheimer e i concetti di "ambiente terapeutico" e "ambiente protesico"**

Tra le conseguenze più gravi e invalidanti del morbo di Alzheimer vi è, come abbiamo già visto, una grave forma di disorientamento spaziale e temporale che conduce il malato ad una progressiva perdita di rapporto con l'ambiente fisico, fino ad arrivare, nei casi più gravi, a una totale estraneità con lo stesso.

L'impossibilità di apprendere nuove informazioni impedisce alla persona affetta da demenza di conoscere nuovi luoghi, di attribuire significati vitali a nuovi spazi: il nuovo diventa quindi un non - senso, un luogo invivibile perché non identificabile con nessuna esperienza.

Dal momento che colori, forme, superfici, rapporti dimensionali e spaziali vengono percepiti in modo distorto, il rapporto con l'ambiente viene vissuto dal malato in modo molto stressante e problematico; l'incapacità di adeguarsi a una realtà fisica divenuta estranea e incomprensibile scatena ansie e frustrazioni, producendo un rapido peggioramento dei sintomi patologici.

Numerosi studi hanno evidenziato come in ogni fase della malattia l'ambiente possa compensare (assumendo una valenza di protesi) o al contrario accentuare i deficit cognitivi e condizionare perciò lo stato funzionale e il comportamento del malato.

Le modificazioni ambientali non hanno certamente il potere di incidere sulla storia naturale della malattia, ma possono ridurre i sintomi psicotici e comportamentali a essa correlati.

Lo spazio e l'ambiente vitale rappresentano perciò per la persona affetta da demenza, da un lato il motivo scatenante di molte alterazioni comportamentali, dall' altro una risorsa terapeutica troppo spesso sottoutilizzata.

Muovendo dagli assunti di cui sopra, alcuni studiosi hanno dunque elaborato i concetti di "ambiente terapeutico" e di "ambiente protesico", considerando tali concetti come elementi chiave dai quali partire per tentare una rifondazione del deteriorato rapporto che il malato di Alzheimer ha con l'ambiente fisico che lo circonda.

Lo spazio viene considerato come elemento terapeutico sia nel momento in cui viene pensato come luogo deputato alla cura (ovvero organizzato con apparecchiature per debellare la malattia), sia in quanto spazio ontologicamente terapeutico.

Quest'ultima accezione è quella per noi più interessante.

Essa fa riferimento a uno spazio privo di quelle caratteristiche che si sono dimostrate fortemente negative per il malato, in quanto capaci di scatenare in esso panico e disturbi comportamentali.

Un "ambiente terapeutico" è quindi molto semplicemente un ambiente dotato di proprietà "preventive", in grado di influire positivamente sulla condizione psicologica del malato e quindi, indirettamente, anche sul suo stato fisico.

Il concetto di "ambiente protesico" è complementare a quello di "ambiente terapeutico".

Un "ambiente protesico" è un ambiente capace, attraverso le sue componenti spaziali, di compensare i deficit sensoriali e percettivi della demenza, potenziando nel contempo le capacità cognitive residue del malato.

Il concetto di "ambiente protesico" rappresenta in un certo senso un' estensione del concetto di "ambiente terapeutico", laddove il primo serve a "contenere" i danni della malattia, mentre il secondo si pone il più ampio obiettivo di stimolare il malato e le sue facoltà residue, rivestendo quindi un ruolo più attivo e "attivante".

Un ambiente adatto ai malati di Alzheimer dovrebbe possedere a un tempo le caratteristiche degli ambienti terapeutici e di quelli protesici.

La realizzazione di uno spazio così connotato è un' operazione complessa per il progettista, resa ancora più faticosa dalla relativa mancanza di studi specifici sull'argomento; la realizzazione di spazi dotati di queste caratteristiche dipende perciò in larghissima parte proprio dalla sensibilità del progettista, dalla sua capacità di cogliere le esigenze del malato e di tradurle in soluzioni ambientali e tecniche compatibili con gli aspetti gestionali e di cura.

### 1.2.2 Obiettivi terapeutici e requisiti dello spazio architettonico

I principali obiettivi terapeutici ai quali uno spazio fruito dai malati di Alzheimer deve rispondere sono:

- **dare sfogo al wandering:**

il wandering è un tipico sintomo della malattia di Alzheimer e consiste nell'irresistibile impulso del malato a girovagare in modo continuo e afinalistico.

Secondo gli esperti tale comportamento sarebbe una reazione del malato al suo sentimento di estraneità rispetto all' ambiente, alla sua difficoltà o incapacità di ritrovare luoghi e oggetti familiari che lo aiutino a collocarsi nello spazio circostante.

Poiché il wandering è un comportamento compulsivo, è indispensabile creare ambienti sicuri e controllabili, in cui il malato possa sfogare il suo bisogno senza correre il rischio di farsi male e, soprattutto, senza poter accedere in modo incontrollato a vie di fuga esterne.

Tali spazi dovrebbero avere dimensioni adeguate ed essere privi di spigoli o elementi sporgenti, che il malato potrebbe non percepire correttamente e quindi incrociare.

Tali percorsi dovrebbero inoltre essere dotati di alcuni riferimenti in grado di stimolare il senso di orientamento dei malati e di attrarre l'attenzione.

Molti elementi naturali (per esempio le aiuole fiorite) e artificiali (grandi affiches, statue, acquari o arredi particolari), collocati in modo asimmetrico ma armonioso lungo il percorso e all'interno degli ambienti, sono in grado di attrarre l'attenzione del malato distraendolo dall' attività compulsiva del girovagare, o comunque rendendola più stimolante e finalizzata, e costituiscono inoltre preziose facilitazioni orientative.

- **compensare i disturbi di memoria e il disorientamento spazio-tempo:**

il disorientamento spaziale dei malati di Alzheimer può essere controllato e migliorato innanzitutto attraverso una connotazione precisa dei vari ambienti, che aiuti il paziente a riconoscere il luogo in cui si trova.

In particolare l'orientamento può essere potenziato utilizzando tre modalità fondamentali: istituendo chiari riferimenti ambientali; proponendo percorsi ben identificabili; utilizzando al massimo tutte le tecniche di facilitazione psicomotoria disponibili.

Per quanto riguarda i riferimenti ambientali e le caratteristiche dei percorsi, valgono le stesse considerazioni svolte al punto precedente.

Accanto ai molti elementi di tipo naturale e artificiale che possono essere disseminati qua e là, con criterio, allo scopo di rafforzare l'orientamento dei malati, è possibile inoltre impiegare alcuni semplici ma efficaci accorgimenti iconografici e logistici per aiutare l'anziano disorientato a individuare i diversi ambienti: si possono per esempio contraddistinguere le porte dei vari locali con icone specifiche e ben visibili, oppure decorare le pareti con grandi affiches "a tema" (per esempio, grandi e coloratissime fotografie di cibi e pietanze in sala da pranzo ... ), oppure, ancora, "spezzare" l'anonima lunghezza di un corridoio con piccole zone di sosta dotate di poltroncine o tramite elementi dotati di grandi potenzialità attrattive (piante vivaci, acquari, sculture).

La stimolazione sensoriale che si ottiene attraverso uno studio accurato di tutte le componenti ambientali non deve però limitarsi alla sollecitazione del solo organo della vista, ma deve coinvolgere anche tutti gli altri sensi, in un' attivazione globale che, se correttamente attuata, è in grado di migliorare sensibilmente le condizioni del malato.

Si può per esempio stimolare l'olfatto utilizzandolo come potenziale canale di orientamento e comunicazione, e affidando ad esso alcune informazioni per così dire "subliminali".

Utilizzando l'impianto centralizzato per il ricambio dell'aria o anche semplici

vaporizzatori è possibile per esempio proporre specifiche caratterizzazioni olfattive che con la loro ripetitività differenzino la fascia mattutina rispetto quella pomeridiana, rafforzando così il compromesso orientamento temporale del malato.

Questo tipo di orientamento temporale, poco ortodosso ma molto efficace, deve naturalmente essere potenziato da un massiccio impiego di facilitazioni visive: grandi calendari, orologi e bacheche murali con fogli di colori diversi per ogni giorno della settimana devono essere posti in luoghi ben riconoscibili e visibili.

Analogamente, è possibile creare un ambiente funzionale all' orientamento tattile differenziando nettamente i materiali impiegati negli arredi, nelle superfici pavimentali, parietali e negli oggetti.

- **controllare senza rinchiudere:**

molti malati di Alzheimer manifestano una tendenza alla fuga che è tanto più pericolosa quanto più il deficit cognitivo è esteso: la perdita della memoria e il disorientamento spaziale, unite alla labile capacità di giudizio, possono infatti condurre il malato in situazioni di pericolo che egli non è in grado né di recepire né tantomeno di fronteggiare.

Per limitare al massimo i possibili rischi è necessario attuare una delimitazione precisa degli ambienti fruiti dal malato, evitando che egli possa accedere ad aree non controllate e dunque potenzialmente pericolose.

La delimitazione degli spazi non deve però assumere forme coercitive e carcerarie, e deve pertanto affidarsi più ad accorgimenti di tipo logistico e planimetrico che non a elementi di vera e propria chiusura fisica quali cancelli e recinzioni.

In sostanza la distribuzione planimetrica degli spazi dovrebbe impedire in modo "spontaneo" l'accesso alle aree off limits.

È evidente però che in presenza di malati gravi ciò non è sufficiente a garantire il livello di protezione e sicurezza richiesti.

In tali casi è necessario dotare porte e finestre di meccanismi di apertura non utilizzabili in modo agevole dai malati; per esempio, per le finestre è preferibile impiegare dei sistemi di apertura a vasistas o scorrevoli con blocchi, evitando l'uso di maniglie o prevedendone di finte.

Mimetizzare le porte di uscita colorandole nella stessa tinta delle pareti si è dimostrato in molti casi un efficace sistema dissuasivo.

È bene comunque prevedere un apposito sistema di controllo accessi non facilmente comprensibile ai malati: sistemi a badge o a tastiera alfanumerica si sono rivelati molto adatti allo scopo, e vengono impiegati in molte strutture protette desinate a questo tipo di malati.

Accanto a queste forme di delimitazione spaziale e di controllo passivo, all' occorrenza è necessario un controllo attivo dei malati da parte del personale di assistenza o dei familiari.

Tale controllo deve essere continuo ma discreto e può essere ottenuto semplicemente dotando la struttura di un'apposita postazione di sorveglianza, localizzata in un punto centrale della struttura, ma soprattutto progettando ambienti morfologicamente controllabili, privi pertanto di pertugi nei quali gli ammalati possano nascondersi.

- **garantire sicurezza, accessibilità e comfort in tutti gli spazi:**

a volte i comportamenti più disturbati del malato di Alzheimer si manifestano come reazioni di risposta a imperfette condizioni ambientali.

È quindi importantissimo controllare tutti gli aspetti relativi al comfort ambientale, in particolar modo quelli relativi al benessere visivo e acustico, perché questi aspetti sono tra quelli più facilmente capaci di scatenare nel malato comportamenti anomali.

Per quanto riguarda il comfort luminoso, è stato appurato che il viraggio della luminosità presente nel tardo pomeriggio influisce sullo stato di vigilanza di molti malati di Alzheimer, provocando in diversi soggetti una condizione di irrequietezza e agitazione psicomotoria nota con il termine di *sun downing syndrome*.

Per evitare o comunque limitare l'insorgenza di tale disturbo, è necessario garantire il giusto grado di illuminazione nell'ambiente evitando accuratamente sia stimoli luminosi troppo accentuati, sia ombre proiettate, le quali, mal percepite e male interpretate, possono scatenare nel malato crisi di ansia e allucinazioni.

Analoga attenzione va prestata al comfort acustico; la scrematura ambientale dei rumori di fondo si può ottenere attraverso piccoli interventi di "pulizia" acustica quali l'isolamento dei fronti di esposizione al traffico, una localizzazione il più possibile defilata degli ambienti rumorosi (locali tecnici, cucine, laboratori) e l'utilizzo di elementi quali piante, tendaggi e drappaggi capaci di assorbire i riverberi sonori. Devono inoltre essere messi in opera degli adeguati sistemi di fonoassorbimento capaci di abbattere gli echi e i riverberi più disturbanti.

- **prevenire e limitare l'insorgenza di sintomi comportamentali:**

molti sintomi comportamentali tipici dell'Alzheimer, quali per esempio le crisi allucinatorie o gli attacchi di panico, vengono provocati o esacerbati dalla presenza di elementi ambientali che, assolutamente normali e addirittura consigliabili per tutti gli altri anziani, si rivelano addirittura catastrofici per il malato di Alzheimer.

Per esempio, interruzioni di campo troppo nette, quali il cambio del colore o del disegno del pavimento, vengono spesso percepiti dal demente come dislivelli, dando così luogo a manifestazioni di tipo allucinatorio.

Per questo motivo è assolutamente sconsigliabile l'uso delle strisce colorate a pavimento, adottate con successo in molte case di riposo per segnalare i percorsi e aiutare l'orientamento spaziale degli anziani.

Sempre in tema di pavimentazioni, è opportuno utilizzare materiali uniformi dal punto di vista cromatico e della tessitura, al fine di garantire una fruizione continua dello spazio da parte del malato, che tende letteralmente a immobilizzarsi in caso di stacchi netti tra una pavimentazione e l'altra.

Sono inoltre da evitare le pavimentazioni lucide o riflettenti, così come ogni superficie a specchio: il malato di Alzheimer percepisce infatti i riflessi in modo distorto, cadendo facilmente preda di agitazione o allucinazioni.

Una corretta progettazione dello spazio è in grado di ridurre anche l'insorgenza di altri problemi comportamentali frequenti nella demenza, tra i quali vanno annoverati i disturbi del comportamento alimentare e l'incontinenza.

Per quanto riguarda i primi, essi si manifestano nei malati di Alzheimer come una tendenza alla bulimia e alla iperalimentazione, alternata a momenti di ostinato rifiuto del cibo. In questi casi è di fondamentale importanza dotare il luogo in cui viene consumato il pasto di alcune precise caratteristiche.

La sala da pranzo deve risultare familiare e piacevolmente animata; l'ambientazione generale deve richiamare l'immagine della "casa" o, al limite, quella del ristorante, mai quella della mensa aziendale, troppo vasta, anonima e rumorosa per non indurre comportamenti anomali da parte dei malati.

Lo spazio, se molto ampio, deve essere frammentato e articolato in ambiti più raccolti attraverso séparé mobili, arredi e piante.

Gli arredi della sala da pranzo dovrebbero avere un aspetto domestico ed essere preferibilmente caratterizzati da colori vivaci e da materiali naturali.

Per quanto concerne l'incontinenza, si tratta di un sintomo molto frequente ma non sempre sotteso a un mancato avvertimento dello stimolo.

Spesso il problema è legato più semplicemente alla difficoltà, da parte del malato, di individuare il bagno, o di riconoscere il wc all'interno del locale.

In questi casi è necessario innanzi tutto eliminare le difficoltà logistiche, collocando i servizi igienici nelle immediate adiacenze dei luoghi frequentati dal malato.

Simboli di immediata percezione ed elementi iconografici collocati sulle porte rendono inoltre possibile l'identificazione del bagno anche a quei malati sprovvisti della capacità di discernere la parola scritta.

L'autonomia d'uso e l'intimità del malato all'interno del servizio igienico vanno incentivate il più possibile attraverso l'impiego di pochi e semplici ausili quali, per esempio, il wc con doccetta incorporata, illavamano inclinato accessibile dalla carrozzina, il rubinetto a leva e i maniglioni ergonomici.

Un'ulteriore facilitazione d'uso può essere l'enfatizzazione del water, che si può attuare coprendone i bordi con una plastica di colore diverso e contrastante rispetto a quello del pavimento.

- **favorire l'instaurarsi e il mantenimento di rapporti sociali significativi, creando spazi appositamente dedicati a questo scopo:**

poter offrire al malato spazi in cui sviluppare la socialità è molto importante, ma è altrettanto fondamentale evitargli lo stress di dover condividere forzatamente un ambiente con altre persone se questo non è il suo desiderio.

Per questo è necessario fornire al malato una certa gradualità di spazi privati e pubblici, in modo che egli possa scegliere di volta in volta l'ambiente a lui più congeniale.

In sostanza bisogna prevedere spazi diversi per la privacy individuale, per piccoli gruppi di malati, spazi semi - privati e spazi interamente pubblici.

I primi sono spazi piccoli e confortevoli, lontani dalle correnti di traffico, rispondenti al bisogno di quiete e solitudine che spesso i malati dimostrano.

Nelle frequenti occasioni in cui i malati desiderano stare insieme ai loro familiari o amici è utile poter disporre di piccoli spazi confortevoli e protetti dalla confusione, nei quali socializzare in modo più "intimo".

Bisogna poi prevedere dei luoghi intermedi, in cui i malati possano partecipare alle attività in modo passivo, da semplici osservatori: piccole alcove adiacenti, ma separate dagli spazi pubblici possono essere in questo senso molto efficaci.

Infine è necessario pensare a degli spazi pubblici veri e propri, in cui gruppi più ampi di malati possano stare insieme senza darsi reciprocamente fastidio.

Poiché in questi ambienti il rischio di una dannosa sovrastimolazione, connessa al troppo rumore o alla troppa confusione presente è molto alto, è bene ricavare all'interno di tali spazi piccoli ambiti ristretti (utilizzando colonne, pareti basse, fioriere, differenti livelli di illuminazione) destinati comunque a piccoli gruppi di persone.

### 1.2.3 Gli spazi aperti: i "giardini Alzheimer"

La progettazione di un "ambiente protesico" funzionale alle esigenze del malato di Alzheimer non può escludere dal suo campo di interesse anche gli spazi aperti, pertinenze fondamentali delle strutture chiuse e opportunità uniche di "svago terapeutico" e stimolazione sensoriale.

Poche, ma precise regole di progettazione devono essere rispettate affinché lo spazio aperto si configuri effettivamente come autentico ambiente terapeutico, deputato alla stimolazione guidata di tutti i cinque sensi.

Tale regole attengono essenzialmente alla localizzazione e al dimensionamento del giardino, alla sua tipologia, agli elementi che devono comporlo e al tipo di vegetazione da inserirvi.

Un "giardino Alzheimer" può essere realizzato ovunque, sia all'interno di strutture assistenziali specifiche che nel contesto urbano vero e proprio, visibile e aperto a tutti i membri della comunità.

La tipologia preferibile di tale spazio è quella detta a cluster, cioè a corte chiusa, in quanto maggiormente rispondente alle esigenze di protezione e intimità espresse dai malati.

Nell'organizzazione interna dello spazio verde è preferibile rifarsi agli schemi del giardino paesaggistico, piuttosto che a quello formale.

Percorsi dolcemente sinuosi e una vegetazione armonicamente degradante sono più adatti rispetto agli elementi rigidi e formali tipici del giardino classico (per esempio aiuole fiorite e parterre geometrici).

La regola compositiva principale del giardino Alzheimer deve in ogni caso essere la semplicità, intesa come essenzialità e riconoscibilità dell'organizzazione spaziale in generale e degli elementi che la compongono.

Particolare importanza assumono in questo senso gli elementi costitutivi propri del giardino che, pur non differendo di molto rispetto a quelli normalmente presenti in qualsiasi altro giardino, devono essere impiegati in un'ottica funzionale alle specificità e alle esigenze proprie dei malati di Alzheimer. In questo senso un'importanza determinante è assunta dal percorso che si configura come elemento generatore e ordinatore di tutto il giardino.

Esso deve rendere accessibili tutte le parti funzionali del giardino e realizzare una sequenza controllata e graduale di stimoli percettivi attraverso colori, suoni e profumi in grado di sollecitare tutti i cinque sensi dei malati.

È fondamentale che tale percorso abbia uno sviluppo curvilineo e avvolgente, possibilmente privo di biforcazioni e incroci, che generalmente disorientano e confondono il malato.

Elementi di tipo vegetale e artificiale (alberi, aiuole fiorite, specchi d'acqua, gazebo ecc.) dovrebbero intervallare ritmicamente il percorso, in modo tale da offrire ai malati in preda al wandering piacevoli elementi di distrazione.

Come tutte le aree pavimentate, anche il percorso deve presentare una pavimentazione uniforme, antisdrucciolo e antiriflesso.

È preferibile evitare qualsiasi dislivello tra il tappeto erboso ed il percorso pavimentato.

Le bordure vegetali possono essere utilizzate non solo allo scopo di delimitare le diverse aree funzionali del giardino, ma anche a scopo segnaletico: specie vegetali particolari possono per esempio essere associate a luoghi specifici del giardino, in modo tale da aiutare i malati a individuarne i vari elementi paesaggistici e funzionali.

Il giardino dovrebbe essere dotato anche di alcune aree di sosta, le cui forme e dimensioni vanno progettate tenendo conto del tipo di funzione e del numero di fruitori previsti.

Si possono ipotizzare semplici aree di sosta scoperte dotate di panchine, aree coperte fruibili anche nella brutta stagione (gazebo, verande o semplici pergolati), oppure aree attrezzate per attività di giardinaggio.

Elementi naturali quali l'acqua e la vegetazione possono essere efficacemente utilizzate a scopo attivante e psicostimolante e non dovrebbero mai mancare all'interno di un "giardino Alzheimer", a patto però che il loro inserimento non sia casuale perché, in questo caso, è molto facile che tali elementi si trasformino in fattori di disturbo e fastidio per i malati.

I soggetti colpiti dall'Alzheimer hanno infatti il terrore delle immagini riflesse e dunque è necessario in primo luogo evitare specchi d'acqua troppo ampi, in cui l'acqua stagnante generi un effetto "specchio".

È senza dubbio preferibile realizzare manufatti nei quali l'acqua possa scorrere liberamente (per esempio zampilli, cascatelle ecc.); lo scorrere dell'acqua produce infatti uno stimolo uditivo che per i malati è fonte di grande benessere psicologico.

Questi manufatti dovrebbero avere un'immagine piuttosto tradizionale, capace di evocare nei malati ricordi e situazioni già note.

Anche nella scelta delle specie vegetali non ci si può affidarsi al caso o a semplici criteri di estetica e buon gusto: al contrario, la selezione delle specie vegetali deve partire ancora una volta sulle caratteristiche comportamentali specifiche dei malati.

Vanno innanzitutto escluse tutte le specie velenose e tossiche, dato che l'ingestione di foglie e bacche da parte dei malati è molto frequente.

Le specie spinose sono da evitare perché i malati potrebbero autoledersi, così come è bene evitare i grandi arbusti che, producendo un'ombra troppo cupa, possono spaventare il malato e ostacolare inoltre il controllo visivo diretto da parte degli operatori.

Sono da privilegiare le specie decorate, appariscenti e molto profumate, capaci di attrarre e stimolare i malati dal punto di vista visivo, olfattivo e tattile.



## **1.3 Il progetto**

### **1.3.1 Obiettivi generali del progetto**

Il progetto di recupero della ex "cascina di Segnano" e la proposta di destinare tale stabile a centro diurno per malati di Alzheimer nasce come tentativo di esemplificazione pratica delle linee guida progettuali espresse nel precedente paragrafo.

Il progetto si sviluppa seguendo due linee fondamentali: da un lato la necessità di salvaguardare l'edificio, che attualmente versa in condizioni di degrado preoccupanti, dall'altro la volontà di soddisfare le esigenze specifiche dei malati che, come abbiamo visto nel precedente paragrafo, necessitano di spazi dotati di precise qualità architettoniche e ambientali.

Il progetto si configura quindi come tentativo di mediazione tra due tipi di bisogni: quelli propri della conservazione e quelli dell'utenza di riferimento.

La necessità di trovare un punto di incontro tra queste due sfere di esigenze ha obbligato a volte a scelte di compromesso; talvolta il compromesso è stato sfavorevole per l'utenza (nei casi in cui l'optimum avrebbe comportato un'alterazione troppo estesa del tessuto materico dell'edificio), altre volte lo è stato per l'edificio che, dovendo essere messo a norma e riattato per una funzione in origine non propria, ha gioco forza dovuto subire qualche modifica di rilievo.

### **1.3.2 Il contesto**

L'edificio da recuperare è situato in una zona periferica a nord/est di Milano, tra il quartiere di Greco e viale Fulvio Testi.

Anticamente quest'edificio apparteneva, assieme ad alcuni altri fabbricati rurali e terreni, a una piccola comunità rurale denominata "Segnano" o "Cascina Segnano".

Tale comunità è stata in seguito (1850) inglobata nel Comune di Greco e poi (1923) annessa al Comune di Milano.

Il Comune di Milano, nell'ambito del Piano d'Inquadramento Operativo (PIO) relativo all'area in questione, propone un recupero programmato dell'intera cascina e dell'edificio padronale, con riorganizzazione igienica e distributiva dei diversi edifici ed eventuale eliminazione delle strutture pericolanti e delle superfetazioni.

Recentemente e in coerenza con gli obiettivi del PIO, quest'area e il comparto urbanistico cui appartiene è stata inserita all'interno del Programma URBAN, un progetto varato dalla Comunità Europea per il recupero delle periferie più degradate delle metropoli europee.

Con i finanziamenti di tale programma il Comune di Milano è intenzionato a trasformare quest'edificio in un centro diurno per malati di Alzheimer.

### **1.3.3 L'organizzazione degli spazi e le caratteristiche ambientali**

In mancanza di una specifica normativa, gli spazi da inserire all'interno del centro diurno sono stati individuati a partire dall'analisi del tipo di attività praticate (e soprattutto praticabili) in analoghe strutture e della loro scansione temporale.

La giornata degli utenti interni di un centro diurno è generalmente scandita da una serie di "appuntamenti" la cui ripetitività e costanza è necessaria per favorire l'instaurarsi, nel malato, di una routine funzionale al miglioramento del suo stato di disorientamento e confusione.

Durante la mattinata i malati sono impegnati in attività terapeutiche varie (terapia occupazionale, terapie cognitive ecc.), che vengono svolte a rotazione, individualmente o in piccoli gruppi di 2/3 persone al massimo.

Tali attività accompagnano il malato fino al pranzo, che è seguito solitamente da alcune ore dedicate ad attività ricreative o rilassanti, ma comunque significative, svolte negli spazi di soggiorno o in giardino.

Non sono previsti "riposini" pomeridiani, perché questi possono influenzare negativamente il sonno notturno, scatenando insonnie e agitazioni notturne molto fastidiose anche per chi assiste il malato.

Le ore centrali del pomeriggio vengono utilizzate per lo svolgimento di ulteriori terapie (terapia occupazionale ecc.), fino al momento della merenda, che di solito costituisce per i malati una parentesi molto piacevole.

Dopo la merenda e fino all'ora di cena i malati trascorrono il tempo impegnandosi in attività ricreative o di socializzazione.

In genere gli utenti lasciano il centro prima di cena, oppure immediatamente dopo, se il pasto serale viene consumato all'interno della struttura.

In considerazione della superficie a disposizione, si prevede per il centro diurno un numero di utenti interni non superiore alle 20 unità.

L'utenza esterna, costituita da malati che utilizzano saltuariamente solo alcune strutture del centro, potrà invece essere variabile.

Nel progettare il riuso degli spazi esistenti il primo criterio adottato è stato quello relativo alla necessità di operare una netta separazione tra gli spazi di ricreazione e soggiorno, che il malato utilizza in modo più libero e autonomo (anche se comunque controllato), e quelli a carattere più sanitario e terapeutico, dove, viceversa, la presenza di almeno un operatore o di un medico è pressoché costante.

Per quanto riguarda gli spazi di soggiorno, essi sono stati ubicati al piano terreno, in modo tale da sfruttare la presenza del piccolo giardino interno come prolungamento ideale degli spazi stessi; gli ambienti più caratterizzati in senso medico e terapeutico sono stati invece localizzati al primo piano.

La separazione tra queste due tipologie di spazi di ambienti non è soltanto dovuta alla necessità di distinguere i diversi percorsi e di rendere quindi più funzionale la gestione della struttura, ma risponde anche alle fondamentali esigenze di chiarezza e semplicità espresse dai malati, i quali, come abbiamo già visto nel precedente capitolo, necessitano di spazi immediatamente riconoscibili e di percorsi lineari, non sovrapposti, facilmente memorizzabili.

Per lo stesso motivo si è cercato di compattare in ambiti circoscritti dell'edificio tutti quegli spazi dotati di funzioni analoghe (per esempio l'ufficio amministrativo con la sala d'attesa, gli ambulatori medici, gli spazi per la terapia occupazionale), in modo tale da agevolare la formazione di una sorta di "mappa mentale" della struttura anche nei malati più confusi e disorientati.

L'articolazione distributiva esistente, che presenta un semplice schema di stanze disposte d'infilata, è stata sfruttata e in qualche modo confermata per creare una nuova sequenza di spazi che, risultando complessivamente molto semplice e lineare, è favorevole e funzionale all'orientamento dei malati.

Analizziamo di seguito l'articolazione distributiva prevista e le caratteristiche dei vari spazi.

Al **piano terra** sono stati localizzati i seguenti spazi:

- **reception:**

costituisce il primo punto di riferimento per chi entra nella struttura (malati e visitatori esterni) e deve essere quindi localizzata in posizione strategica rispetto agli ingressi, in modo tale da poter essere facilmente individuata da chi entra.

In secondo luogo, dal momento che la reception costituisce una sorta di filtro tra l'esterno e l'interno, un luogo intermedio nel quale il malato comincia a "prendere contatto" con la nuova realtà ambientale in cui si trova, è necessario che essa sia massimamente accogliente e confortevole.

Sulla base di questi assunti, la reception è stata collocata a ridosso dell'ingresso principale della struttura, in una posizione centrale facilmente individuabile.

La localizzazione scelta, essendo baricentrica anche rispetto agli spazi usufruiti dai malati, consente all'operatore receptionist di esercitare un controllo diretto su tali spazi,

controllo che si rende indispensabile per scongiurare eventuali tentativi di fuga da parte dei malati.

- **soggiorno:**

è ubicato in corrispondenza della torretta/ colombaia, in uno spazio che risulta (e che si prevede di mantenere) sopraelevato di circa 105 cm. rispetto alla quota di calpestio.

La localizzazione del soggiorno ha richiesto una valutazione particolarmente attenta sia delle caratteristiche presentate dai vari spazi che delle loro relazioni reciproche e con l'esterno.

In una struttura di questo tipo il soggiorno è infatti uno spazio fondamentale, essendo il luogo nel quale i malati trascorrono la maggior parte del loro tempo; di conseguenza è indispensabile che tale ambiente sia collocato in una posizione sufficientemente protetta e che sia possibilmente posto a contatto con situazioni ambientali piacevoli.

A un esame attento delle varie possibilità, l'utilizzo del grande ambiente situato nella torretta si è rivelata la soluzione migliore: si tratta infatti di un luogo direttamente collegato con il giardino e privo di accessi diretti dall'esterno, cosa che risponde in modo ottimale alle esigenze di protezione richieste in questi casi.

Questo spazio è inoltre caratterizzato da un'esposizione particolarmente favorevole, che lo rende piacevolmente illuminato in tutte le ore della giornata e che permette anche un contatto, seppure indiretto, con il giardino pubblico sul quale prospetta.

- **stanza "tranquilla":**

l'insieme degli spazi situati al piano terreno e destinati specificatamente agli utenti interni si completa con la cosiddetta stanza "tranquilla", un ambiente di ridotte dimensioni che può essere utilizzato sia come spazio di soggiorno supplementare, più intimo e ristretto, sia come luogo destinato a malati temporaneamente bisognosi di uno spazio più protetto e tranquillo (per esempio soggetti particolarmente agitati).

Questo ambiente è stato localizzato nelle immediate adiacenze alla sala da pranzo ed è dotato di un accesso filtrato rispetto alle zone comuni, in modo tale da preservarne le caratteristiche di intimità e protezione.

Come tutti gli spazi di soggiorno destinati agli ospiti, anche questo ambiente si affaccia sul giardino interno.

- **area pranzo:**

il nucleo degli ambienti relativi al pranzo, che comprende la sala da pranzo propriamente detta, la cucina e tutti i locali di servizio connessi (dispensa, spogliatoio e servizi igienici per gli operatori), è stato collocato all'estremità sud dell'edificio.

Questa localizzazione è conseguente alla volontà di sfruttare una serie di spazi di grandi dimensioni già esistenti in quella parte dell'edificio, senza quindi dovere procedere a inutili demolizioni.

La sala da pranzo ha un doppio orientamento E/O che la rende luminosa in ogni ora della giornata.

Al pari del soggiorno, il collegamento diretto con il giardino rende possibile l'utilizzo dello stesso, nella bella stagione, come estensione della sala da pranzo, per consumare pasti anche all'aperto.

È stato previsto un ingresso separato di collegamento tra l'esterno e gli ambienti di servizio, in modo da facilitare tutte le operazioni di carico e scarico delle merci e da consentire eventualmente un accesso separato agli operatori di cucina.

- **area amministrativa:**

gli spazi amministrativi comprendono un ufficio (con relativa sala di attesa per il pubblico dotata di servizio igienico) e un ulteriore servizio igienico destinato agli operatori e sono stati ubicati all'estremità nord dell'edificio.

- **servizi igienici:**

sono stati differenziati in base alla loro fruizione: sono stati infatti previsti due wc per gli operatori (uno per piano) e un numero superiore di servizi per gli utenti, dotati di dimensioni e attrezzature tali da renderli pienamente accessibili.

Dal momento che i malati di Alzheimer presentano frequentemente problemi di incontinenza, è assolutamente indispensabile che i servizi igienici siano collocati nelle immediate vicinanze degli ambienti direttamente fruiti dai malati, e che i percorsi necessari per raggiungerli siano il più possibile corti, chiari e comprensibili, in modo da poter essere facilmente memorizzabili.

I servizi igienici sono stati pertanto dislocati in punti diversi della struttura, per consentire agli utenti di espletare le proprie funzioni fisiologiche senza dover necessariamente intraprendere percorsi più lunghi alla ricerca del bagno.

### **Piano ammezzato**

L'abbattimento di alcune porzioni del piano ammezzato per consentire l'inserimento dell'ascensore e il raggiungimento dell'altezza minima prevista dalla legge nei locali sottostanti ha ridotto l'estensione del piano ammezzato stesso al solo corridoio.

Questo spazio non è abitabile perché ha una altezza di soli 230 cm.; potrà pertanto essere utilizzato solo come deposito.

### **Piano primo**

Al primo piano sono stati posizionati tutti gli spazi a caratterizzazione più eminentemente terapeutica e sanitaria.

Tali spazi sono stati organizzati in aree funzionali compatte, per consentire un orientamento più semplice sia ai malati sia ai visitatori esterni:

- **area sanitaria:**

l'area degli ambulatori occupa l'intera ala nord dell'edificio e comprende due studi medici (un ambulatorio geriatrico con annessa piccola sala visite e un ambulatorio psichiatrico) e alcuni spazi di supporto, costituiti da una piccola area di attesa e da un servizio igienico.

- **area terapeutica:**

l'area degli spazi di terapia attiva comprende un ambiente destinato alle attività psicomotorie, localizzato in corrispondenza della torretta, e alcuni spazi per terapie varie (musicoterapia, terapie cognitive, terapia occupazionale) tra i quali vi è anche una piccola cucina che verrà utilizzata dai malati per lo svolgimento di attività ergoterapeutiche.

La localizzazione piuttosto defilata di questi spazi risponde alle esigenze di tranquillità richieste da questo tipo di attività.

Poiché in una struttura di questo genere gli spazi terapeutici devono essere dotati di un certo grado di flessibilità, per potersi adattare alla continua turnazione dei malati e alle loro mutevoli esigenze, questi ambienti sono tra loro separati mediante schermature leggere in cartongesso o tramite pareti scorrevoli, facilmente spostabili in caso di necessità.

- **bagno assistito:**

il locale per i bagni assistiti è situato in una zona intermedia tra gli spazi sanitari e quelli terapeutici, in modo da poter essere raggiunto anche da eventuali utenti esterni senza che questi debbano passare attraverso le zone destinate agli ospiti interni.

Il bagno assistito è preceduto da uno spazio di disimpegno, che filtra l'accesso rispetto al corridoio e che funge anche da antibagno per il servizio igienico.

Il bagno assistito propriamente detto è dotato di una vasca speciale per consentire l'espletamento della doccia e del bagno anche ai disabili motori.

- **saletta operatori:**

un ambiente tranquillo, in cui lo staff degli operatori possa rilassarsi nei momenti di pausa, è indispensabile nelle strutture destinate ai malati di Alzheimer, perché l'assistenza a questo tipo di malati è notevolmente stressante per il personale che assiste.

Al primo piano, in una localizzazione esterna rispetto ai percorsi destinati ai malati, è stata quindi ricavata una piccola saletta destinata allo scopo, che potrà essere impiegata anche come luogo per riunioni.

- **servizi igienici:**

anche in questo caso i servizi igienici sono stati localizzati in più punti, in modo da risultare adiacenti o comunque facilmente raggiungibili dagli ambienti destinati ai malati.

Tutti gli spazi sia al piano terreno sia al primo piano, sono stati resi completamente accessibili anche ai disabili.

I servizi igienici hanno dimensioni adeguate per permettere anche alle persone in carrozzina.

Corridoi, porte e disimpegni hanno una larghezza non inferiore a 80 cm., sufficiente a consentire il passaggio di una carrozzina.

All'interno dell'edificio è prevista la realizzazione di un impianto di gestione automatica dell'edificio, comprendente un sistema di rilevazione fumi, un impianto antincendio, un sistema per la gestione automatica dell'impianto di climatizzazione e infine un sistema di controllo accessi, necessario al fine di impedire eventuali tentativi di fuga da parte degli utenti.

Un'attenzione particolare è stata posta nella progettazione del giardino interno, che si sviluppa nel rispetto dei criteri precedentemente visti per i cosiddetti giardini Alzheimer.

Benché molto limitato nelle dimensioni, il piccolo fazzoletto di terra esistente presenta infatti delle caratteristiche molto favorevoli alla creazione di un giardino Alzheimer: la forma circoscritta e protetta, la presenza di una separazione netta rispetto all'esterno, la stessa dimensione limitata e dunque più controllabile.

Tutte queste caratteristiche positive sono state enfatizzate e migliorate per realizzare uno spazio aperto concepito come ideale proseguimento degli spazi di soggiorno, come piccola oasi di benessere e relax.

Il primo problema che è stato necessario risolvere, e che ha costituito poi uno degli elementi rispetto al quale si è articolato tutto il progetto, è stato quello del dislivello esistente tra il giardino stesso e l'ambiente posto all'interno della torretta/colombaia, dal quale attualmente si può raggiungere il giardino percorrendo una piccola scala.

La necessità di eliminare questa barriera architettonica, necessità prioritaria dato che nel progetto questo spazio è stato destinato a soggiorno, ha portato alla creazione di un terrapieno degradante, che conduce dolcemente dal soggiorno stesso alla quota zero.

Il giardino è impostato su tre elementi fondamentali, che ne costituiscono altresì i punti focali: i percorsi, la "piazza" di sosta, funzionale al wandering, il gazebo richiudibile.

I percorsi sono due, ben differenziati e dunque non confondibili: il primo percorso, più sinuoso e avvolgente, parte dal piccolo spiazzo antistante il soggiorno e raggiunge il gazebo incrociando la "piazza"; questo percorso segue il digradare del terrapieno, ed è quindi perfettamente percorribile anche dai disabili in carrozzina, avendo una pendenza molto limitata ed essendo del tutto pavimentato.

Anche il secondo percorso parte dallo spiazzo antistante il soggiorno e conduce al gazebo, ma ha un andamento rettilineo ed è prospiciente la facciata ovest dell'edificio; tale percorso è ricoperto da un pergolato ornamentale.

I due percorsi hanno uno sviluppo del tutto autonomo e non si incrociano mai, se non nel loro punto di arrivo (gazebo); la loro differenziazione non è solo formale, ma anche sostanziale: il primo percorso si svolge infatti nel verde e proprio nel verde (e negli elementi vegetali) in cui è immerso trova i suoi elementi ritmici e ordina tori; il secondo percorso si svolge invece rasente il perimetro dell' edificio e offre a chi lo percorre motivi di distrazione ed interesse negli ambienti interni.

La "piazza" centrale, punto di sosta principale del giardino e luogo di ritrovo dei malati, ha una forma circolare (per offrire un percorso funzionale al wandering) imperniata sulla palma esistente, che costituisce forse l'unica preesistenza di qualche rilievo (se non altro per la sua esoticità) all'interno del giardino.

Questo punto di sosta è collocato in una posizione strategica e risulta visibile sia dal soggiorno sia dalla sala da pranzo.

È importante infatti offrire ai malati che sostano negli spazi interni dei "validi" motivi per recarsi all'esterno, così come è necessario suggerire ai malati in preda al wandering degli elementi attrattivi, che in qualche modo diano una finalità alloro girovagare e che li stimolino a intraprendere azioni più finalizzate (per esempio osservare i fiori, o raggiungere il gazebo ... ).

Al centro della "piazza" è stata sistemata una piccola vasca su diversi livelli, che fornirà ai malati un piacevole stimolo uditivo oltreché visivo e costituirà un ulteriore elemento di attrazione all'interno del giardino.

La palma è stata invece enfatizzata attraverso l'inserimento di una fioriera di contorno alta circa 1 metro, nella quale si prevede la realizzazione di un giardino roccioso.

Per quanto riguarda le specie vegetali presenti, la preferenza è stata data a tutte quelle varietà appariscenti e colorate, capaci di esercitare uno stimolo sensoriale nei malati e di fornire loro elementi di distrazione.

Il muro di recinzione è ricoperto da vegetazione, per attenuarne l'immagine opprimente.

I percorsi sono bordati da bassi cespugli di lavanda e iris che, con il loro intenso profumo, forniscono una sorta di guida subliminale enfatizzando lo svolgersi del percorso stesso ed esercitano così una funzione rafforzativa dell' orientamento.