

REGIONE  
TOSCANA



# Architettura per l'Alzheimer

**Il malato di Alzheimer e l'ambiente**

primo volume

**Architettura per l'Alzheimer**  
**Il malato di Alzheimer e l'ambiente**

REGIONE  
TOSCANA



**Architettura per l'Alzheimer**  
**Il malato di Alzheimer e l'ambiente**

Responsabile scientifico **Romano Del Nord**

**Regione Toscana Giunta Regionale**

*Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà*

**Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS**

*Università degli Studi di Firenze*

**Firenze 2002**

**Regione Toscana Giunta Regionale**

*Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà  
Area Integrazione Socio-sanitaria e Progetti Obiettivo*

**Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS**

*Università degli Studi di Firenze*

*Ringraziamenti*

Si ringrazia, per l'aiuto e la collaborazione fornita durante le fasi della ricerca, il personale dirigente e tecnico della Asl 4 Prato e in particolare Anna Maria Calvani e Sandra Vannucci, nonché il Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà e in particolare Patrizio Nocentini.

Un vivo ringraziamento anche ad Alan Dilani direttore dell'International Academy for design and health e a John Zeisel presidente della Hearthstone Alzheimer Care e dell'ISADH, per il contributo e per la documentazione messa a disposizione della ricerca.

La ricerca è stata sviluppata nell'ambito di una Convenzione stipulata con la USL di Prato, tramite la Regione Toscana, e si colloca nel quadro più generale della Ricerca di rilevante interesse nazionale MIUR 40% sulle "Strutture architettoniche di ausilio al disagio psichico dell'utenza colpita da demenza senile"

Catalogazione nella pubblicazione (CIP) a cura  
della Biblioteca della Giunta regionale toscana:

**Architettura per l'Alzheimer: il malato di Alzheimer e l'ambiente**

I. Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà

II. Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS

III. Università degli studi, Firenze IV. Del Nord, Romano

1. Malati di Alzheimer – Strutture sanitarie – Progettazione

725.53087

REGIONE  
TOSCANA



**Edizioni Regione Toscana**

Stampa: Centro Stamapa Regione Toscana

Via di Novoli 73a - 50127 Firenze

Aprile 2002

*Tiratura 3000 copie*

*Distribuzione gratuita*

### **Per i malati, per le famiglie**

Il Progetto Alzheimer è una iniziativa dovuta a tutta la comunità toscana.

Per noi l'Alzheimer è un problema fundamentalmente umano, che riguarda le persone malate e i loro familiari. Un problema terribilmente concreto. Il dramma di una malattia che progressivamente distrugge una vita e ne mette altre a dura prova. Le cure esistenti sono poche, costose e non risolutive.

Per noi i malati e le loro famiglie sono il punto di partenza, gli interlocutori primari, le persone a cui dare aiuto e risposte concrete. Per farlo abbiamo voluto e finanziato il Progetto Alzheimer della Regione Toscana.

Il progetto sostiene le politiche di assistenza già avviate; crea una nuova rete sperimentale di servizi rivolti all'assistenza, alla diagnostica, alla formazione degli operatori, all'informazione e alla sensibilizzazione; prevede la distribuzione gratuita di quei farmaci che hanno dimostrato di poter migliorare, rallentando la progressione della malattia, la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie.

Infine un ringraziamento sincero al Dipartimento di Tecnologie dell'Architettura e Design "P. Spadolini" dell'Università degli Studi di Firenze ed in particolare al Prof. Romano Del Nord per il contributo scientifico e culturale e per la passione con cui ha condotto la ricerca sugli spazi di vita del malato di Alzheimer.

### **Enrico Rossi**

*Assessore al Diritto alla Salute  
della Regione Toscana*

## **Progetto Alzheimer: un percorso sperimentale**

La Regione Toscana ha deciso di affrontare il problema dell'Alzheimer e delle demenze con un progetto specifico, sociale e sanitario insieme.

Il progetto prevede interventi nel campo dell'assistenza residenziale, diurna, domiciliare e nelle residenze sociali assistite, del percorso diagnostico, dell'intervento farmacologico, della formazione del personale e dell'attività di ricerca in campo epidemiologico, biochimico ed assistenziale.

L'obiettivo del progetto è quello di venire incontro alle esigenze delle persone e delle famiglie colpite da questa gravissima forma di demenza, che spesso si trovano a dover affrontare da sole e senza strumenti di comprensione, sostegno, aiuto.

In Toscana si stimano affetti da Alzheimer e demenze senili gravi non meno di 15.000 anziani, mentre nel 2001 per 3115 persone di età superiore ai 65 anni sono state certificate le condizioni di non autosufficienza per demenza senile, in favore delle quali sono scattati gli interventi dei servizi.

Particolare attenzione è stata riservata all'aspetto "ambientale" del percorso di sperimentazione, fornendo specifiche indicazioni per la sistemazione degli spazi assistenziali, con particolare riferimento a quelli destinati ad ospitare il malato di Alzheimer.

### **Angelo Passaleva**

*Vicepresidente della Regione Toscana*

*Assessore alle Politiche Sociali*

Responsabile scientifico	Romano Del Nord
Coordinamento operativo ricerca di base	M.Cristina Tonelli
Sviluppo ricerca sulla relazione psicologica fra malattia e ambiente	Mirilia Bonnes Marino Bonaiuti
Sviluppo ricerca sui problemi clinico patologici della malattia	Antonio Bavazzano
Sviluppo ricerca sugli aspetti critici dell'assistenza al malato	M. Lia Lunardelli
Sviluppo ricerca sugli aspetti metodologici dell'analisi esigenziale	Anna Maria Giovenale
Sviluppo ricerca sugli aspetti di strutturazione dei questionari	Antonio Lauria
Sviluppo ricerca sugli aspetti organizzativi dei nuclei esteri	Francesca Blasi

Sviluppo ricerca sulle caratteristiche della malattia e cura del cap.I,vol.I	
Sviluppo ricerca sulle caratteristiche della malattia in rapporto all'ambiente e cura dei cap.II,III,IV,vol.I	
Sviluppo ricerca sui criteri dimensionali e cura del cap.II, par.4,vol.II	Francesca Oddo

Sviluppo ricerca sull'analisi esigenziale e cura del cap.I,vol.II	
Sviluppo ricerca sulle caratteristiche del sistema degli spazi e cura del cap.II, par.1,2,vol.II	
Sviluppo ricerca sulle indicazioni progettuali e le soluzioni conformi e cura del cap.III, schede per il progetto preliminare e definitivo,vol.II	Margherita Rosso

Sviluppo ricerca sul modello di organizzazione funzionale-spaziale e cura del cap.II, par.3,vol.II	
Sviluppo ricerca sulle modalità di acquisizione delle informazioni per il progetto e cura del cap.IV,vol.II	Daniela Sorana

Sviluppo ricerca sugli aspetti metodologici e strutturali delle linee guida e cura del cap.III, par.2,vol.II	
Sviluppo ricerca sulle indicazioni progettuali e le soluzioni conformi e cura del cap.III, schede per il progetto esecutivo,vol.II	Roberto Bologna

Coordinamento operativo ricerca progettuale	Roberto Bologna
Sviluppo progettazione	Paolo Felli
Definizione proposte progettuali e cura del cap.V, vol.II	Roberto Bologna
Controllo proposte progettuali	Giuseppe Ridolfi
Redazione progetto	Antonella Carella, Chiara Cirinnà

Del gruppo di ricerca ha fatto parte Francesco Gurrieri per le problematiche connesse alle modalità d'intervento su edifici di carattere storico-monumentale.

Revisione testi e layout	M. Cristina Tonelli
Elaborazione disegni delle soluzioni conformi nelle schede delle linee guida	Massimo Ruffilli
Progetto grafico, layout ed elaborazione dell'impaginazione editoriale	Elisabetta Cianfanelli

## Il malato di Alzheimer e l'ambiente

Introduzione di Romano Del Nord	XI
Capitolo primo	
<b>Gli effetti della malattia di Alzheimer</b>	1
Le fasi della malattia	2
La diagnosi	4
Fattori di rischio e trattamento farmacologico	5
Il carico assistenziale e i servizi per il malato	8
L'impatto economico della demenza	11
La rete di supporto al caregiver	13
Verso l'istituzionalizzazione: il percorso del malato	14
Capitolo secondo	
<b>Il malato di Alzheimer e l'ambiente costruito</b>	19
L'esperienza canadese: il metodo Gentle Care	20
L'esperienza statunitense: l'Environmental-Behaviour model	26
L'esperienza italiana	37
Capitolo terzo	
<b>Indagine conoscitiva di strutture destinate al malato di Alzheimer</b>	45
Pensionato San Giuseppe, Quattro Castella, Reggio Emilia	47
Giardino sperimentale per anziani ad autonomia limitata, Monza	59
Casa di Narnali, Narnali, Prato	65
Istituto geriatrico Camillo Golgi, Abbiategrasso, Milano	71
Casa di Riposo S. Maria della Misericordia, Montespertoli, Firenze	77
Il Melo, Gallarate, Varese	83
Istituto ospedaliero di Sospiro, Sospiro, Cremona	91
Stella del Colle, Firenze	97
Villa Serena, Montaione, Firenze	101
Meadows Mennonite Alzheimer's Dementia Care Unit, Chenoa, USA	105
The Forest at Duke, Durham, USA	111
Sedgewood Commons Alzheimer's Care Facility, Falmouth, USA	17
Alzheimer's Care Unit, Assisted Living at Summerplace, Portland, USA	123
Louis Feistein Alzheimer's Day Center, Cranston, USA	129
Appartamenti pubblici sperimentali, Tonsberg, Norvegia	135
The Helen Bader Center, Milwaukee, USA	141
Hale Kako'o, Honolulu, USA	147
The Wealshire, Lincolnshire, USA	153
Capitolo quarto	
<b>Considerazioni sulle indagini operate</b>	159
<b>Bibliografia</b>	169

*La ricerca nel cui ambito sono state elaborate le “linee guida per la progettazione di strutture assistenziali destinate ai malati di Alzheimer”, ha avuto come obiettivo prioritario non solo quello di individuare le condizioni per ridurre le difficoltà di interazione che si generano tra questo particolare tipo di paziente e l’ambiente in cui esso viene assistito, ma di far sì che lo spazio fisico potesse assumere le valenze di fattore terapeutico nella cura della sua invalidità psichica e fisica. Un ambiente “amichevole”, che potesse essere compreso, posseduto, vissuto e reso familiare rispetto al proprio vissuto quotidiano. In quest’ottica va interpretata la proposta, implicita nelle conclusioni della ricerca, di ripensare radicalmente il concetto di trattamento terapeutico del malato di Alzheimer estendendolo, oltre che al “coinvolgimento attivo, responsabile e consapevole dei familiari” e alle modalità di “rapporto con il personale di assistenza” anche alla “funzione protesica” dello spazio fisico.*

*Riflessione, questa, che trova i suoi presupposti nella consapevolezza che nonostante l’Alzheimer sia tuttora considerata una malattia incurabile possa però essere “trattabile” e tale da garantire un’accettabile qualità di vita per i pazienti e per coloro che con essi interagiscono.*

*Un ambiente concepito, strutturato e realizzato in rapporto alle ridotte capacità ed al disagio quotidiano che questi pazienti esprimono diventa così il presupposto indispensabile per prevenire il verificarsi di quegli stati reattivi e depressivi che compromettono, in buona parte, l’attuabilità di efficaci trattamenti terapeutici.*

*Lo spazio fisico, con i suoi connotati morfologico-dimensionali, funzionali ed ambientali può promuovere la sicurezza, può contenere la paura, può riattivare la memoria, può facilitare l’orientamento, può ridurre il senso di frustrazione attraverso la sensazione di sicurezza che il malato deve percepire.*

*Tutto ciò può avvenire anche in uno stato di inconsapevolezza: ragione per cui la componente percettivo sensoriale deve diventare prevalente rispetto a quella funzionale nei criteri di concezione e progettazione degli spazi. La difficoltà se non l’impossibilità da parte dei malati di ricorrere a cono-*

scenze ed informazioni che hanno sede nella "perduta memoria" spingono a valorizzare ed enfatizzare quegli attributi spaziali di "natural mapping" grazie ai quali l'ambiente contiene in sé ed esprime da sé le conoscenze necessarie per la sua corretta fruizione. Il movimento, il permanere, l'agire diventano così "spontaneamente ed inconsapevolmente corretti", rigenerando una condizione di equilibrio perduto, fondamentale per il processo di recupero psico-fisico del malato.

Nell'affrontare la ricerca, la prima constatazione derivata dall'indagine conoscitiva e dall'approfondimento delle implicazioni comportamentali sottese dalla patologia dell'Alzheimer è stata quella di non poter assimilare il progetto di spazi per la dementia al progetto di spazi per gli anziani come, purtroppo, spesso avviene.

Diretta conseguenza di tale constatazione è stata la necessità di conferire carattere di "marcata interdisciplinarietà" al gruppo di ricerca, ai contributi propositivi ed alle soluzioni elaborate, attribuendo importanza fondamentale alle componenti della psicologia ambientale, dell'ergonomia, della prossemica e della percezione sensoriale.

Alla tradizionale metodologia esigenziale di tipo funzionalistico si è inteso associare una sistematica rilevazione delle conflittualità malato/ambiente da acquisire come dati di partenza per orientare le decisioni di natura progettuale.

Ma l'aspetto che ha assunto maggior significatività nella procedura di definizione delle linee guida è stato proprio l'approccio mediante cui si è inteso evidenziare le peculiarità ed atipicità del problema affrontato.

Piuttosto che porsi l'obiettivo di "prescrivere" delle regole da rispettarsi per orientare la progettazione, si è ritenuto giusto ed opportuno cogliere l'occasione per fornire conoscenza strutturata a coloro che sono chiamati a sviluppare soluzioni progettuali per un'utenza così poco conosciuta ed indagata: a creare cioè una cultura diffusa sul modo di concepire correttamente spazi privi di barriere psicofisiche. Per tali ragioni le indicazioni progettuali riportate nelle linee guida sono sempre associate alle motiva-

*zioni che le determinano ed ai fattori di criticità da superare, lasciando ai progettisti il compito di meglio interpretarle e soddisfarle.*

*Non è casuale che, nella maggior parte dei casi, i suggerimenti riguardano errori da non commettere, rapportati alle conflittualità da prevenire.*

*La consapevolezza circa gli effetti retroattivi che l'ambiente fisico genera nel modo di comportarsi dell'utente, al variare dello spazio e del tempo, porta a conferire necessario carattere di sperimentality alle linee guida: una sperimentality che richiede monitoraggi continui e sistematici da cui far derivare azioni autocorrettive della norma proposta.*

*La verifica applicativa delle linee guida, in un caso assunto come campione rappresentativo, va letta in quest'ottica, così come in quest'ottica vanno interpretate le modalità secondo cui è stata rappresentata la proposta metaprogettuale del giardino di Alzheimer: un modo per comunicare la soluzione, per esplicitare le motivazioni delle scelte e per richiamare i riferimenti alle linee guida.*

*La metodologia sviluppata per la messa a punto dalle linee guida si è articolata in una prima fase di analisi volta ad acquisire informazioni circa i modelli di comportamento degli utenti in rapporto agli spazi vissuti, in una seconda fase mirata alla costruzione del quadro essenziale cui dare efficace risposta ed una terza fase finalizzata alla definizione di "istruzioni" da fornire ai progettisti per orientare le scelte sugli aspetti organizzativi, distributivi, tipologici, morfologici, dimensionali, ambientali degli spazi, interni ed esterni, costitutivi di centri diurni e/o permanenti.*

*Oltre a perseguire le finalità di elaborazione di uno strumento normativo atto a qualificare la progettazione dei nuclei Alzheimer la ricerca si è posta l'obiettivo di "validare" l'appropriatezza delle linee guida mediante una sperimentazione progettuale applicata agli spazi interni ed esterni del Centro Diurno di Narnali.*

*Il progetto del giardino, sviluppato fino al livello di pre-esecutività, è connotato dalla presenza di un percorso anulare che soddisfa la compulsione del malato verso il vagabondaggio ma al tempo stesso cerca di distrarlo attirandolo verso tre principali aree interne trattate principalmente con*

*elementi naturali specifici che ne stimolano le capacità sensoriali e percettive: l'area del colore, realizzata con essenze naturali particolarmente caratterizzate dalle note cromatiche differenti e variabili a seconda dei passaggi stagionali; l'area del gusto e del tatto, nella quale il paziente può esercitare l'attività di orticoltura; l'area della concentrazione, attrezzata con tavoli e sedute per consentire al paziente lo sviluppo di attività pratico-manuali immerso in una dimensione naturale. Elemento unificante del giardino è la copertura del percorso che oltre a caratterizzare l'immagine architettonica complessiva dello spazio esterno funge da elemento di riferimento costante per il paziente.*

Romano Del Nord

Direttore del Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS

**Gli effetti della malattia di Alzheimer**

È Alois Alzheimer, direttore della clinica neuropsichiatrica di Breslavia, che nel 1906 descrive per la prima volta, in modo esauriente, sebbene in precedenza fossero già stati evidenziati casi patologici simili, le caratteristiche anatomico-cliniche riscontrate in una donna di cinquantacinque anni affetta da demenza progressiva. Egli, in seguito, è autore di approfonditi studi sul disfacimento del tessuto nervoso e sulle sue conseguenze più appariscenti: la degenerazione della memoria, il delirio paranoide<sup>1</sup>, le allucinazioni uditive, l'afasia<sup>2</sup>, l'aprassia<sup>3</sup> e l'agnosia<sup>4</sup>, cioè quei sintomi rilevati nella paziente, che costituiscono le principali espressioni cliniche della malattia, alla quale poi è stato conferito il nome di colui che l'ha identificata.

La malattia di Alzheimer innesca un processo degenerativo che distrugge lentamente e progressivamente alcune parti del cervello, inficiando i meccanismi che presiedono le funzioni mentali e la memoria. Se al suo esordio la malattia può passare inosservata, in quanto i sintomi che presenta sono lievi e si palesano altrettanto gradualmente, via via che progredisce, colpisce in modo ben più consistente le capacità cognitive determinando deficit comportamentali che annullano la dignità dell'individuo: vestirsi, pettinarsi, lo stesso comunicare diventano azioni difficili da compiere e incomprensibili, mentre la dipendenza dal familiare o da chi presta assistenza risulta totale.

All'inizio per morbo di Alzheimer si intendeva una sorta di demenza presenile, per distinguerla da quella senile. Recenti scoperte in campo clinico, patologico e molecolare fanno ritenere la demenza presenile e quella senile lo stesso fenomeno biologico: è quindi appropriato diagnosticare un caso di Alzheimer quando i suoi parametri clinici e patologici sono rispettati, a prescindere dall'età di insorgenza della patologia. Si può tutt'al più parlare di malattia di Alzheimer ad esordio precoce quando questa si denuncia prima dei sessantacinque anni di età.

Dato il prolungarsi della durata media di vita degli individui, la malattia, legata all'età anziana, presenta oggi un progressivo incre-

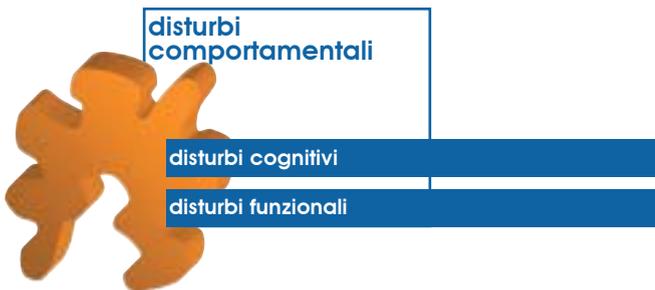
mento: stime mondiali riconoscono in dodici milioni i malati conclamati, dei quali ben mezzo milione in Italia. Inoltre, allo stato attuale, la ricerca medica non indica prospettive di guarigione: l'Alzheimer è considerata malattia terminale in quanto conduce alla morte, più o meno lentamente, in un intervallo temporale che varia da uno a venti anni.

### **Le fasi della malattia**

La degenerazione del tessuto cerebrale, responsabile della malattia di Alzheimer, interessa parti differenti del cervello, per cui ogni malato presenta sintomi diversi in relazione alle alterazioni anatomiche subite, che determinano uno scadimento differente, ma progressivo, delle condizioni cognitive e psichiche. Inoltre i disturbi che la malattia provoca sono enfatizzati dalla storia personale di ogni malato, dalla sua personalità, dal suo stato fisico generale e dal suo stile di vita. Quella dei malati di Alzheimer è quindi una categoria eterogenea: nessun paziente sviluppa la malattia in maniera identica ad un altro.

Una codifica dei sintomi in relazione allo sviluppo della malattia ha perciò carattere aleatorio perché, nella specificità dei casi, un comportamento attribuibile ad uno stadio iniziale può invece manifestarsi in un momento posteriore. Nonostante tale difficoltà, è stato attribuito alla malattia un iter evolutivo riconducibile, in via generale, a tre fasi.

In una fase iniziale, infatti, sono statisticamente presenti la difficol-



tà nel ricordare gli eventi recenti, nel trovare le parole corrette, nell'affrontare situazioni nuove, un lieve disorientamento temporale, nonché ansia, depressione e riduzione dell'iniziativa.

In uno stadio intermedio compaiono prevalentemente l'accentuato disorientamento spazio-temporale, dei deficit di memoria, ora moderati ora gravi, degli evidenti disturbi del linguaggio, accompagnati anche da limitazioni nella comprensione, l'aprassia, cioè la difficoltà a maneggiare gli oggetti, l'agnosia, cioè la difficoltà a riconoscere sia oggetti che persone, le allucinazioni, i deliri, le manifestazioni di aggressività, la tendenza a vagabondare senza alcuna finalità, il rallentamento psicomotorio.

Nella fase avanzata della malattia si riscontrano una perdita grave e conclamata delle funzioni cognitive, la perdita del linguaggio e della capacità di compiere attività elementari.

Ne viene che le deficienze cognitive sono la principale manifestazione clinica dell'Alzheimer, poichè le aree più colpite sono la memoria (87% dei casi) e il linguaggio (72%), anche se si riscontrano deficit alla funzione visuospatiale e all'attenzione (44%-49%).

I fenomeni più marcati sono:

*l'aprassia*: il malato presenta un declino nella capacità di programmazione e la difficoltà a compiere attività semplici e finalizzate, come rifare il letto, vestirsi, allacciarsi le scarpe, utilizzare oggetti di uso comune e comprenderne la funzione;

*l'agnosia*: il malato non identifica più gli oggetti anche i più comuni e familiari e può anche perdere la coscienza della propria immagine, fino a non riconoscerla più se riflessa in uno specchio, con conseguente disagio prossimo alla crisi d'identità;

*i disturbi di orientamento spaziale*: il malato comincia a perdersi anche in ambienti familiari e noti, come la propria città, il proprio quartiere, perfino la propria abitazione;

*i deficit di linguaggio*: il malato ha difficoltà a trovare le parole e ad

usare un linguaggio fluente e significante. Nelle fasi iniziali della malattia, il modo di parlare continua a essere spedito, ma contiene un numero progressivamente inferiore di informazioni, frequenti circonlocuzioni, parafrasi semantiche e parole prive di significato; successivamente il linguaggio si fa sempre più ridotto e si connota di parole sillabate, finché il paziente perviene alla totale incapacità a comunicare;

*i disturbi della funzione visuospatiale*: il malato inizialmente mostra deficit in compiti visuocostruttivi complessi come, ad esempio, disegnare un orologio. Presenta anche disorientamento spaziale: all'inizio in ambienti nuovi, poi, con il conclamarsi della malattia, anche in ambienti familiari. L'alterazione delle funzioni visuospatiali può comportare anche fenomeni dispercettivi che compromettono le azioni del vivere quotidiano.

A tali disturbi, di tipo cognitivo, se ne aggiungono altri di tipo comportamentale, che vanno a modificare la personalità del malato, come *l'ansia, l'apatia, l'irritabilità, le reazioni catastrofiche, l'aggressività, il girovagare senza alcuna finalità (wandering), il delirio paranoide*. Negli stadi precoci della malattia, alcuni pazienti sviluppano sintomi di depressione, forse legati alla consapevolezza del proprio declino cognitivo.

## **La diagnosi**

La malattia di Alzheimer viene diagnosticata per esclusione perchè nessun test da solo può portare a una qualche sicurezza. Il Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association Version IV ha proposto una linea guida per favorire una diagnosi di demenza che sistematicamente escluda cause diverse dall'Alzheimer. Secondo essa, si perviene a una attendibilità diagnostica quando si manifestano deficit progressivi della memoria ed almeno alcuni in un altro campo cognitivo, nonché deficit cognitivi che causano significativa menomazione delle atti-

vità sociali e professionali, e quando siano state chiaramente eliminate altre possibili cause di demenza.

Le linee guida messe a punto dal National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke Alzheimer Disease and Related Disorders Association, le più diffusamente utilizzate, distinguono tra Alzheimer probabile, possibile e definito<sup>5</sup>. I criteri per la diagnosi clinica di Alzheimer probabile prendono in considerazione la demenza ad inizio insidioso, la progressione dei sintomi, l'assenza di disturbi della coscienza e di altre malattie sistemiche o cerebrali che potrebbero essere causa di disturbi cognitivi e comportamentali.

Una prima diagnosi viene effettuata attraverso l'anamnesi, l'esame fisico e la valutazione dello stato mentale: si utilizzano prove per valutare le capacità semantiche del paziente in vari settori cognitivi, test volti a fornire valori numerici e punteggi espressivi e specifici del grado di competenza cognitiva del paziente.

La diagnosi di Alzheimer possibile è basata sull'osservazione dei sintomi clinici e sulla loro corrispondenza con quelli tipici dell'Alzheimer in presenza di un deterioramento di due o più funzioni cognitive dovute a una malattia sistemica o cerebrale, che di per sé non causa demenza. Una diagnosi di Alzheimer definito è appropriata solo quando sono soddisfatti i criteri clinici e l'evidenza neuropatologica.

Nel caso esistano condizioni che potrebbero contribuire alla demenza (per esempio Alzheimer e Parkinson o Alzheimer e demenza vascolare), la diagnosi è di demenza mista.

### **Fattori di rischio e trattamento farmacologico**

Il nesso che esiste fra la vecchiaia e l'insorgere di patologie demen-tigene non è ancora ben chiaro, nel senso che è da stabilire quanto l'invecchiamento solleciti la demenza piuttosto che considerare quest'ultima come una malattia con una sua eziopatogenesi, che la vecchiaia, con la degenerazione delle cellule neuronali, solleciterebbe.

In ogni caso è ormai dato acquisito, se non altro statisticamente, che la vecchiaia e la ricorrenza in famiglia della malattia sono da tempo fortemente associate alla probabilità di sviluppare demenza nell'arco della vita.

Sebbene l'insorgenza dell'Alzheimer sia più frequente in soggetti ultra sessantacinquenni, è possibile, seppur raro, che la malattia venga diagnosticata anche prima: si parla in tal caso di esordio precoce e si è constatato che ne sono maggiormente colpite le persone che contano nella propria famiglia altri casi di Alzheimer ad esordio precoce.

Alcuni studi hanno, inoltre, consentito di appurare come casi di sindrome di Down o di Parkinson in parenti di primo grado costituiscano un significativo aumento del rischio di Alzheimer, così come l'età avanzata della madre al momento del parto.

Non è stato ancora definito se le donne siano esposte ad essa con maggiore probabilità: statisticamente sono le più colpite e ciò è fatto risalire ad una maggiore suscettibilità genetica della donna rispetto all'uomo.

Pare che un buon livello d'istruzione allontani il pericolo di ammalarsi, forse perché esso, associato alla tendenza a coltivare i propri interessi, svilupperebbe un certo grado di resistenza al deterioramento delle cellule del cervello.

Fra i possibili fattori di rischio sono stati presi in esame i disturbi della tiroide, i traumi cranici e le depressioni iniziate da tempo, mentre è stato ipotizzato che il fumo e l'uso stabile di antinfiammatori ed estrogeni potrebbero svolgere un'azione protettiva.

A fronte di ciò, non esiste un farmaco capace di prevenire o curare la malattia di Alzheimer, benché alcuni medicinali siano in grado di alleviarne certi sintomi, quali la depressione, l'ansia, le allucinazioni, la confusione e l'insonnia, seppure con effetto limitato nel tempo ed efficacia circoscritta rispetto alla popolazione malata.

La categoria di farmaci che sembra più vicina a dare risultati è quella dei cosiddetti colinergici. Nei malati di Alzheimer si sono riscontrati livelli ridotti di acetilcolina, un neurotrasmettitore che

gioca un ruolo nei processi della memoria. Recentemente sono stati preparati farmaci sia in grado di inibire la colinesterasi (l'enzima responsabile della distruzione dell'acetilcolina), sia sostitutivi della acetilcolina nel suo compito di neurotrasmettitore. Gli studi clinici sinora condotti ne hanno dimostrato l'efficacia, probabilmente solo sintomatica: a detta della casa produttrice, dopo sei mesi di trattamento, il 25% dei soggetti che aveva assunto la dose di farmaco rivelatasi più efficace presentava dei miglioramenti, contro il 12% di quelli del gruppo di controllo, ai quali era stato somministrato un placebo.

Questi studi sono stati condotti su pazienti con un grado di compromissione lieve o moderato; inoltre, non si hanno dati sull'efficacia del trattamento per periodi superiori a sei mesi, un lasso di tempo molto breve, se paragonato alla durata della malattia. Gli effetti collaterali a carico dell'apparato gastrico sono limitati ad un 10% dei pazienti e sembrerebbero tollerabili.

Un'altra via che si tenta di percorrere è quella relativa alla protezione delle cellule nervose dai danni provocati dalla malattia e alla loro riparazione tramite il ricorso a estrogeni, anti-ossidanti e anti-infiammatori. In seguito a recenti ricerche di laboratorio, gli estrogeni sembrerebbero poter sostenere lo sviluppo e la sopravvivenza delle cellule nervose e alcuni studi effettuati su donne malate di Alzheimer testimoniano un miglioramento delle capacità di pensiero e di memoria. Secondo una teoria sull'invecchiamento, la degenerazione delle cellule nervose sarebbe causata dalla loro ossidazione, provocata dai radicali liberi. Questi ultimi sembrano avere lo stesso ruolo anche nella demenza di Alzheimer: in questo senso gli anti-ossidanti potrebbero rallentare la progressione della malattia, agendo come antagonisti dei radicali liberi.

Per quanto riguarda gli anti-infiammatori (non steroidei), è stato dimostrato statisticamente che il loro uso potrebbe ridurre il rischio di insorgenza della malattia, ma gli esperti sono concordi nel ritenere necessari ulteriori approfondimenti sulla loro presunta efficacia. La ricerca più avanzata sta verificando la possibilità di impedire la

morte delle cellule cerebrali tramite il fattore di crescita nervosa, o NGF, che si è rivelato efficace negli animali, ma pone alcuni problemi nell'uomo. Tranne il donepezil, tutte queste terapie sono ancora sperimentali e hanno un'azione solo sintomatica: i ricercatori sottolineano la necessità di proseguire la sperimentazione e di aumentare il numero di pazienti coinvolti in essa.

Recentemente, un gruppo di ricerca di un'industria farmaceutica di San Francisco ha dimostrato come la somministrazione di un vaccino a topi transgenici blocchi le formazioni delle lesioni cerebrali tipiche dell'Alzheimer e, addirittura, ne induca l'eliminazione, se somministrato dopo la loro formazione. Attualmente è in corso la sperimentazione del farmaco sugli esseri umani.

E' interessante notare che comincia a diffondersi un approccio ottimistico alla terapia farmacologica della malattia di Alzheimer, ritenuta incurabile fino a qualche anno fa.

### **Il carico assistenziale e i servizi per il malato**

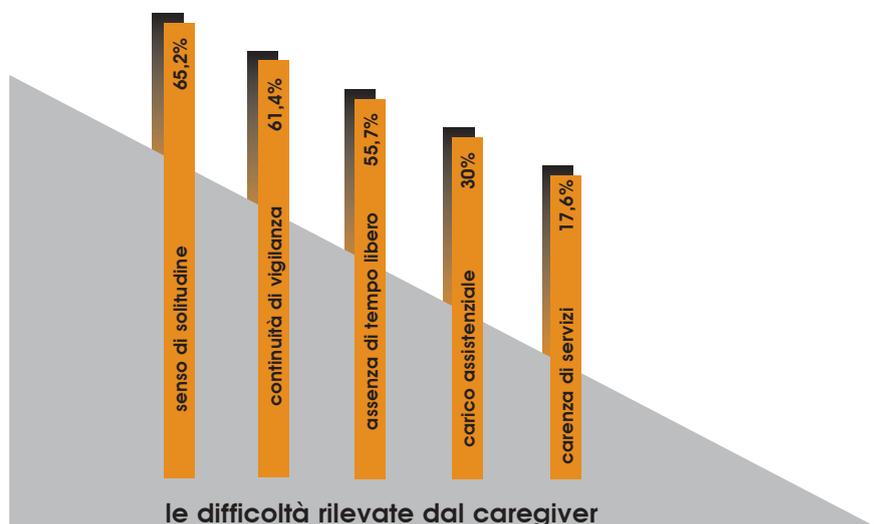
La gravità dei disturbi comportamentali indotti dalla malattia di Alzheimer è tale da richiedere un'assistenza quotidiana e costante. Silvia Vitali, geriatra responsabile del nucleo Alzheimer dell'Istituto geriatrico Camillo Golgi di Abbiategrasso (Mi), assimila le capacità residue del malato a quelle di un bambino di età via via decrescente, finché non si riducono come quelle di un neonato di poche settimane di vita. E' evidente, quindi, che la persona colpita da malattia di Alzheimer necessita nel tempo di una supervisione sempre più completa e mirata.

La principale fonte di supporto assistenziale proviene dai familiari: si tratta per lo più di persone di età compresa fra i trentacinque e i settantacinque anni, conviventi e non con il malato, soprattutto coniugi e figli. In base alle necessità di assistenza, correlate allo stadio di evoluzione della malattia, l'impegno da loro dedicato alla cura dei malati varia in media dalle tre alle diciannove ore giornaliere. Il carico assistenziale maggiore, in termini di tempo, è costi-

tuito dalla supervisione: quattro ore al giorno vengono infatti dedicate alla cura dell'igiene del malato, circa tre ore per accompagnarlo fuori casa, mentre le rimanenti dodici ore sono dedicate al suo controllo, perché egli è sempre a rischio di azioni pericolose per sé e per gli altri.

Chi presta assistenza nell'ambito della famiglia è sempre una persona con forte senso di responsabilità, ma priva di dimensione critica nei confronti dei propri limiti fisici, ansiosa e concentrata esclusivamente sull'obiettivo di garantire al malato la migliore qualità di vita auspicabile. Al contempo necessita di continui riconoscimenti, di parlare, di comunicare le proprie paure, di rompere l'isolamento nel quale si è confinata, di avere dei progetti personali, di essere al corrente di possibilità alternative di assistenza, di saper riconoscere i propri limiti, di non aumentare il proprio grado di stress, di ottenere aiuto e risorse.

Studi recenti hanno cercato di oggettivare i problemi e i disagi più frequenti dei caregivers<sup>6</sup>. Fra questi, in ordine di priorità, c'è la sensazione di solitudine e di isolamento (65,2%), poi la necessità di supervisione continua del congiunto demente (61,4%), l'incapacità di trovare tempo libero per attività di svago (55,7%), l'esigenza di



prestare assistenza per molte attività della vita quotidiana (30%), la difficoltà nell'ottenere supporto dai servizi pubblici (17,6%)<sup>7</sup>.

Gli atteggiamenti del soggetto demente che provocano maggiore stress nel caregiver sono l'irrequietezza, i comportamenti disinibiti o pericolosi e aggressivi, il vagabondaggio, l'insonnia, i deliri, le allucinazioni. L'attività di supervisione è quella che più di tutte procura alti livelli di stress, con drammatiche ripercussioni sulla vita familiare e sociale. Nonostante questo, quantomeno in Italia, i familiari preferiscono, fin quando ciò è possibile, prendersi cura loro stessi del malato, piuttosto che istituzionalizzarlo.

La maggior parte dei caregivers, a seguito di un'inchiesta condotta a livello comunitario<sup>8</sup>, auspicherebbe il supporto fornito da aiuti domestici e un incremento del sostegno sanitario tramite visite domiciliari o ambulatoriali. Sembrerebbe inoltre opportuno il potenziamento dei ricoveri di sollievo, diurni e periodici, che consentirebbero ai familiari di recuperare, quantomeno in parte, le risorse fisiche e psicologiche necessarie per assistere il malato. E' stato anche ritenuto utile ipotizzare un corso di formazione per i caregivers per fornire risposte concrete sulla gestione dei problemi comportamentali del malato e delle situazioni di conflitto, insegnare tecniche di assistenza, istruire sui modi di adattare l'ambiente domestico alle esigenze del demente, documentare sui problemi legali e amministrativi, fornire indicazioni per ridurre il proprio stress e informazioni sui servizi di supporto<sup>9</sup>.

Circa l'accesso e l'utilizzo dei servizi, i dati forniscono un quadro dell'assistenza al malato di Alzheimer piuttosto deludente. Secondo recenti statistiche fornite dal Censis, in Italia solo il 7,6% dei malati frequenta un centro diurno, con una punta minima dell'1,4% fra i residenti al sud; inoltre, per la maggioranza di coloro che ne usufruiscono (63,8%), si tratta di un servizio privato a pagamento, il cui costo medio mensile – nel migliore dei casi – si aggira intorno ai 310 euro.

Ancora minore la percentuale di pazienti che ricorre all'Assistenza Domiciliare Integrata (6,1%); quest'ultima si riduce in media a 7,4

ore settimanali distribuite nell'arco di circa quattro giorni.

Anche il ricovero in strutture sanitarie e/o assistenziali è un fenomeno piuttosto limitato. Si tratta di strutture a carattere ospedaliero e a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, alle quali si rivolgono i pazienti più gravi, che vengono accolti per un periodo di circa venti giorni. Il ricovero in strutture socio-assistenziali (case di riposo), siano esse a pagamento, gratuite o parzialmente convenzionate, costituisce un fenomeno quantitativamente irrilevante. Solo l'esigenza di sollievo da parte della famiglia o la gravità dei disturbi comportamentali del paziente, tale da richiedere un'assistenza qualificata, motivano il ricovero. I periodi di degenza sono più lunghi dei ricoveri in ospedale, essendo in media di circa cinquantaquattro giorni.

### **L'impatto economico della demenza**

Le cure all'anziano demente non comportano solo un grave onere assistenziale, ma rivestono anche importanti implicazioni economiche.

La letteratura specialistica distingue i costi diretti dai costi indiretti: i primi si riferiscono alle spese sanitarie dovute alla prevenzione, alla diagnosi, alla terapia, alla riabilitazione ed ancora all'acquisto di beni e servizi fuori dal settore sanitario; i secondi si riferiscono ai mancati guadagni di chi assiste (molto spesso il caregiver è costretto ad abbandonare il proprio lavoro per seguire a tempo pieno il malato) o dello stesso malato, per il suo anticipato pensionamento quando colpito precocemente dal morbo. Da ultimo, ma non in ordine di gravità, bisogna considerare, benché difficilmente quantificabili, i costi psicologici, cioè l'ansia, la depressione, lo stress, il dolore, l'isolamento sopportati da pazienti e familiari.

Si ritiene che in Italia la spesa complessiva che grava sulla collettività per la sola diagnosi della demenza si aggiri intorno ai 155-260 milioni di euro all'anno<sup>10</sup>. Il costo annuo per paziente per gli esami

di diagnosi alla comparsa dei primi sintomi si aggira intorno a 250-516 euro; il costo complessivo per ricoveri ospedalieri è valutato fra i 15 e i 26 milioni di euro l'anno<sup>11</sup>, tenendo conto che la durata media della degenza è variabile fra i dodici e i quindici giorni (si parla di ricoveri con funzione di sollievo per i parenti del malato). In Italia la carenza di strutture destinate alla lungodegenza e la disponibilità dei familiari di farsi carico dell'assistenza rendono relativamente basso il tasso dei malati istituzionalizzati. Al ricovero si ricorre solo quando il malato è agli ultimi stadi della malattia oppure quando il caregiver non è più in grado di far fronte alle problematiche via via crescenti che il morbo pone. Il costo degli istituti di riposo varia a secondo delle prestazioni fornite, del tipo di gestione (pubblica, privata, convenzionata), delle dimensioni e dell'ubicazione della struttura (aree periferiche o centrali), del tipo di residenza (casa di riposo, residenza sanitaria assistenziale, ricovero di sollievo).

Secondo i dati del Censis solo il 7,2% dei caregivers spesso concilia l'assistenza con un impiego part-time, mentre il 66,7% è costretto addirittura a lasciare il proprio lavoro.

In relazione agli esborsi si è rilevato che la spesa per l'acquisto dei servizi e delle prestazioni connesse con l'assistenza grava quasi interamente sulle famiglie, mentre la componente pubblica è piuttosto carente, anche in presenza di spese importanti ed economicamente consistenti (per esempio, pochissime famiglie hanno usufruito di contributi comunali per la realizzazione di adeguamenti architettonici della propria abitazione). Ugualmente a carico della famiglia sono la spesa annua (che comprende costi diretti e indiretti) stimata intorno ai 36.150 euro annui, e quella relativa al personale a pagamento che si aggira dai 3.800 ai 11.800 euro annui. La stessa carenza di informazioni in materia influisce sulle spese: una grossa percentuale di caregivers non usufruisce dei permessi lavorativi per l'assistenza alle persone disabili perché non è a conoscenza di questa opportunità. Sulla base di queste considerazioni si capisce quanto grave sia, assieme a quello psicologico, il carico eco-

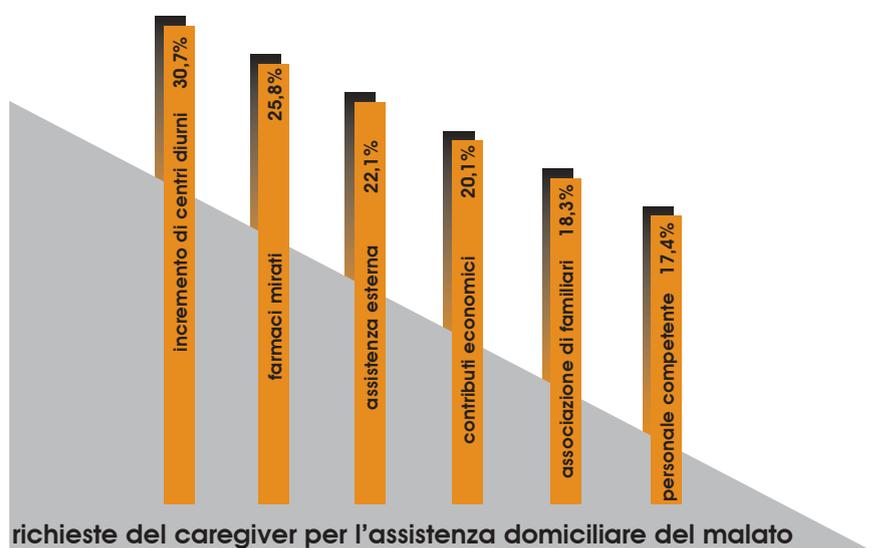
nomico che la malattia di Alzheimer comporta. Se teniamo conto, fra l'altro, che la durata media della vita è in aumento, si comprende come le generazioni future saranno sempre più gravate dalle spese per l'assistenza non solo dei genitori, ma anche dei nonni, sempre più longevi.

Si viene così a definire un quadro economico piuttosto oneroso del quale bisognerà tenere conto nel tracciare le premesse di strategie future mirate a contenere le spese, pur garantendo ai disabili condizioni di vita dignitose.

### La rete di supporto al caregiver

Il caregiver può fare riferimento ad una rete di supporto concepita con lo scopo di rendere meno gravoso il suo carico assistenziale.

È indispensabile che siano chiari ai familiari del malato i punti della rete di supporto assistenziale: il medico di base, l'assistente sociale, i centri di diagnosi, i supporti rieducativi, i sistemi di assistenza domiciliare e di lungodegenza assistita. Offrire un supporto qualificato durante tutte le fasi della malattia significa riconoscere



la possibilità di garantire sempre al malato il proprio benessere.

Tra gli interventi assistenziali e sanitari più richiesti sul territorio nazionale c'è l'assistenza domiciliare: poiché i familiari, in Italia, preferiscono assistere il proprio malato in ambito domestico, essa è quanto mai necessaria per risolvere i molti disagi che le famiglie incontrano nella cura del demente. Benché l'assistenza domiciliare sia comunque puntuale, probabilmente sarebbe necessario un maggiore impegno da parte delle istituzioni per colmare le lacune esistenti circa il modo di fornirla.

Secondo un'indagine recente, al fine di assistere il malato nella propria abitazione, i familiari richiedono un maggior numero di presidi medici specifici per la malattia di Alzheimer e di centri diurni (30,7%); la disponibilità di farmaci mirati (30,2%); la possibilità di ricorrere ad un'assistenza esterna, pur con l'intervento di collaboratori familiari (25,8%), e ad un'assistenza domiciliare sanitaria (22,1%); la garanzia di contributi economici o sgravi fiscali (20,1%); la presenza fattiva di associazioni di familiari di malati (18,3%), nonché il sostegno da parte di personale competente (17,4%).

Soprattutto la richiesta di strutture che offrano ricoveri di sollievo a carattere temporaneo è piuttosto alta, ma destinata a rimanere insoddisfatta per mancanza di centri idonei. Le carenze istituzionali nell'assistenza ai malati di Alzheimer e ai loro familiari sono rese particolarmente evidenti dai dati che indicano come proprio i servizi considerati più utili siano anche quelli che, nell'opinione dei caregivers, risultano i più deficienti.

### **Verso l'istituzionalizzazione: il percorso del malato**

Fin quando possibile, è opportuno che l'anziano demente continui a vivere nel proprio contesto familiare: a causa dei problemi di disorientamento spaziale e di perdita della memoria che presenta, infatti, i cambiamenti di luogo e i rapporti con persone diverse da quelle familiari possono accentuarne i disagi. In altri termini, come si affermava nel convegno nazionale<sup>12</sup>, tenutosi a Lucca nel feb-

braio del 1998, sulle cure domiciliari in geriatria, l'ambiente influisce sulla salute della persona, causando a volte benessere e tranquillità, a volte stress.

Lo ribadisce Sandra Vannucci, della divisione geriatrica dell'ospedale di Prato: "la casa è innanzitutto l'identità", in quanto il luogo che offre intimità, sicurezza e protezione, che garantisce all'individuo la propria dimensione interiore; aspetto, questo, ancora più significativo nel caso di persone anziane, soprattutto se affette da patologie dementigene<sup>13</sup>. Non a caso, studi recenti hanno dimostrato che, a parità di compromissione, la mortalità è del 6% nei pazienti assistiti a domicilio, mentre sale al 25%, nei pazienti istituzionalizzati.

L'andamento cronico e progressivo dell'Alzheimer rende, però, a un certo stadio della malattia, necessaria e forse anche inevitabile l'istituzionalizzazione del malato: questo accade quando i familiari non sono più in grado di prestare un'assistenza puntuale, perché il paziente si è aggravato ulteriormente o perché il caregiver ha raggiunto un elevato livello di stress.

Si deve infatti ricordare che la struttura della famiglia italiana negli ultimi anni ha subito dei profondi mutamenti: si è ridotto il numero dei suoi componenti ed è venuta quindi a mancare quella organizzazione patriarcale che rendeva possibile curare gli anziani all'interno del domicilio. Inoltre è cresciuto il numero degli anziani che vivono da soli e, di conseguenza, sono evidenti i problemi indotti da un'autonomia messa quotidianamente in discussione. Quando la condizione di solitudine si somma alla perdita di autonomia, l'intervento dei servizi sanitari e l'istituzionalizzazione non sono più rimandabili.

In Italia solo una modesta percentuale di dementi è ricoverata negli istituti: un 20% a confronto dell'80% che vive presso il proprio domicilio.

Per creare una valida alternativa al ricovero in istituto sarebbero necessari efficienti supporti socio-sanitari per il caregiver, affinché questo possa continuare ad assistere il malato nell'ambito del

nucleo familiare. Si tratterebbe di potenziare determinate attività sul territorio, come prestazioni erogate al domicilio del paziente o strutture in grado di fronteggiare situazioni di emergenza. Particolarmente interessante al riguardo è l'esperienza di alcuni stati in USA, nei quali sono stati concepiti dei programmi di assistenza (Respite Care Programs) ai familiari ridotti allo stremo delle forze (burn out), che garantiscono il sostegno temporaneo attraverso aiuti domiciliari e ricoveri temporanei. Ugualmente in Canada, sono stati progettati, all'interno di ospedali e case di riposo, ambienti dedicati alle persone affette da Alzheimer. Lo spazio è studiato al fine di potenziare le capacità residue dei pazienti e di minimizzare l'uso di mezzi di contenzione fisica e farmacologica, anche perché l'attività fisica programmata contribuisce ad attenuare i disturbi comportamentali. L'ambiente, sicuro e protetto, ma non coercitivo, è concepito nella maniera più confortevole possibile: ogni ospite (al massimo dieci) ha una camera singola con i propri oggetti e segni di riconoscimento (foto dell'ospite sulla porta, scritte e colori particolari).

In Italia, quando i disturbi causati dalla malattia cominciano a manifestarsi, l'anziano o il suo tutore possono rivolgersi agli enti di assistenza sociale o al proprio medico di famiglia che effettuano una prima valutazione e successivamente rimandano all'attenzione del Distretto Socio-Sanitario. Quest'ultimo valuta se i bisogni dell'anziano sono tali da richiedere le sole prestazioni socio-sanitarie o se si tratta di problematiche più complesse.

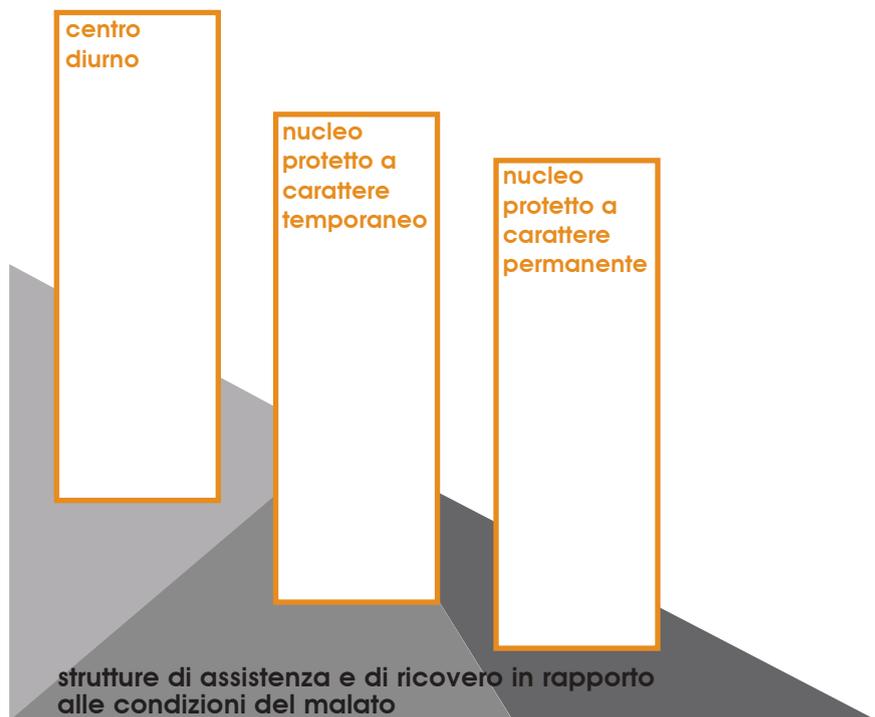
Presso ogni ASL è prevista l'Unità Valutativa Geriatrica (U.V.G.), costituita da un'équipe multidisciplinare (geriatra, medico di fiducia del paziente, infermiere professionale, assistente sociale), che valuta la condizione dell'anziano al fine di suggerire interventi mirati: cure domiciliari, A.D.I. (assistenza domiciliare integrata), ricoveri temporanei o permanenti. La destinazione dipende dallo stato di avanzamento della malattia e dalla compromissione delle capacità dell'individuo.

Solitamente il centro diurno è destinato ad accogliere pazienti che

attraversano la fase intermedia della malattia, la cui presenza in casa comincia ad essere problematica. I malati rimangono ospiti del centro diurno dal mattino fino al tardo pomeriggio, dal lunedì al venerdì; alcune strutture sono attive anche il sabato e la domenica e tutti i giorni festivi.

I nuclei protetti a carattere semiresidenziale accolgono il malato per un certo lasso di tempo, concedendo in tal modo alla famiglia la possibilità di superare lo stato di stress.

Quando le condizioni della persona malata sono talmente gravi da richiedere un'assistenza continuativa e costantemente qualificata, l'unica soluzione possibile diventa il nucleo protetto nelle residenze a carattere permanente.



<sup>1</sup> Per delirio paranoide si intende un disordine delle facoltà intellettive simile a follia. Si manifesta con turbe profonde della personalità.

<sup>2</sup> Con il termine afasia si fa riferimento all'impossibilità di tradurre il pensiero in parole, nonostante l'integrità dei sistemi che presiedono alla fonazione.

<sup>3</sup> L'aprassia è la perdita della comprensione della funzione degli oggetti di uso comune.

<sup>4</sup> L'agnosia consiste nell'incapacità di riconoscere gli oggetti attraverso gli organi di senso, malgrado un'apparente normalità delle vie nervose.

<sup>5</sup> Pendlebury W. W., Solomon P. R., Valutazione diagnostica, in *Simposi Clinici*, Novartis Edizioni, marzo 1998, n.10.

<sup>6</sup> Il termine *caregiver* è ormai entrato nell'uso della lingua italiana per indicare una persona, usualmente legata al malato di Alzheimer da vincoli di parentela, che gli presta ogni tipo di cura quotidiana, si occupa di ogni aspetto della sua assistenza, ha rapporti continuativi con il personale medico e paramedico ed è in grado di assumere decisioni e di operare scelte che lo riguardano.

<sup>7</sup> Scarafiotti C., Ponzetto M., "Valutazione delle necessità dei caregivers", in *Il geriatra e la malattia di Alzheimer*, Atti del Convegno, Rapallo, a cura di Fabbris F., Ferrario E., Simone Eandi Edizioni, Torino, marzo 1998.

<sup>8</sup> Nel 1997 la Comunità Europea ha varato un progetto che ha interessato i quindici stati membri, dal titolo "Intervento di promozione della salute per i caregivers familiari di pazienti affetti da morbo di Alzheimer e altre demenze". La finalità del progetto era quella di formare il caregiver familiare in maniera tale che riuscisse a gestire le proprie risorse fisiche e psicologiche e, ottimizzando il suo rapporto con il malato, a garantirgli le migliori cure possibili.

<sup>9</sup> Scarafiotti C., Ponzetto M., *op. cit.*

<sup>10</sup> CRESA, *Aspetti economici della demenza senile*, Franco Angeli, Milano, 1993.

<sup>11</sup> CRESA, *op. cit.*

<sup>12</sup> *A casa è meglio. Cure domiciliari in geriatria e oncologia*, Atti del Convegno Nazionale, a cura di Guidi C. e Rossi, Provincia di Lucca, febbraio 1998.

<sup>13</sup> *A casa è meglio. Cure domiciliari in geriatria e oncologia*, *op. cit.*

**Il malato di Alzheimer e l'ambiente costruito**

L'ambiente in cui l'uomo vive assume un ruolo di primaria importanza per la definizione della sua identità, consentendogli di acquisire consapevolezza di sé attraverso un percorso di scambio continuo, di esperienze e di stimoli provenienti dallo spazio in quanto scenario di vita. In altri termini, l'uomo riconosce sé stesso attraverso il rapporto che stabilisce con l'ambiente fisico ed emozionale entro cui si muove.

Il morbo di Alzheimer, in quanto responsabile di numerosi deficit cognitivi, fra i quali la menomazione della memoria, la perdita della consapevolezza di sé e il disorientamento visuo-spazio-temporale, mette profondamente in crisi l'identità del malato e la naturale esigenza, propria di ogni uomo, di trovare rispondenza con l'ambiente in cui vive.

Il malato di Alzheimer non riconosce più i propri luoghi, la città, il quartiere, addirittura la casa dove ha abitato per anni, non identifica più i suoi familiari, dimentica l'uso appropriato di ogni oggetto; al tempo stesso, però, si costruisce una realtà autonoma che codifica attraverso un linguaggio ora corporeo, ora gestuale, ora verbale, di difficile comprensione perfino per chi conosce la sua condizione. Problema tipico di ogni malato di Alzheimer è l'angoscia che gli è indotta dall'incapacità a comprendere il mondo esterno: egli ha un suo senso del presente e lo vive con grande partecipazione emotiva. Questo presente non solo va considerato, ma anche valorizzato nel rispetto dell'altrove esistenziale del paziente, seppur di difficile decodifica. Il fine dell'architettura, in questo quadro, è proprio quello di interpretare le particolari ed inusuali esigenze di persone che hanno perso il rapporto canonico con il mondo e di offrire loro la possibilità di recuperarlo attraverso canali di comunicazione diversi, coerenti con le loro residue capacità di comprensione.

In ogni fase della malattia l'ambiente può compensare o al contrario accentuare i deficit cognitivi, condizionando in tal modo il comportamento del paziente. Le modificazioni ambientali, pur non mutando il naturale decorso della malattia, possono ridurre i problemi comportamentali, i sintomi psicotici e rallentare il declino

delle capacità funzionali dei soggetti con demenza.

E' in tal senso che si parla di ambiente protesico, in quanto esso, come una protesi, compensa le incapacità del malato. L'organizzazione di un ambiente protesico fonda la sua efficacia sull'interazione dinamica fra operatori sanitari con una formazione specifica, programmi terapeutici individuali, calibrati alle condizioni di ciascun paziente, e uno spazio fisico progettato e realizzato in base a quei requisiti che derivano dall'osservazione e interpretazione del comportamento del demente. La maggior parte delle teorie sull'ambiente protesico sostiene innanzitutto la necessità che i malati vivano in un ambiente simile ad una normale abitazione, di aspetto familiare e riconoscibile, che li sostenga nella memoria, che garantisca sia la privacy che l'interazione sociale, così come la massima libertà e autonomia in condizioni di totale sicurezza.

Ma la progettazione per l'Alzheimer si confronta con i problemi relativi alle peculiarità comportamentali del malato, prima fra tutte la sua incapacità ad esprimere le proprie esigenze: infatti, nonostante nelle prime fasi della malattia l'anziano alterni momenti di amnesia ad altri di lucidità, nel tempo egli non è più in grado di articolare il proprio pensiero in parole e frasi di senso compiuto. Inoltre il processo progettuale è reso più complesso dalla difficoltà di interloquire con una categoria disomogenea: ogni paziente presenta deficit e reazioni diversi da quelli di un altro ed è probabile che una scelta di progetto possa rivelarsi efficace per alcuni malati di Alzheimer e non per altri.

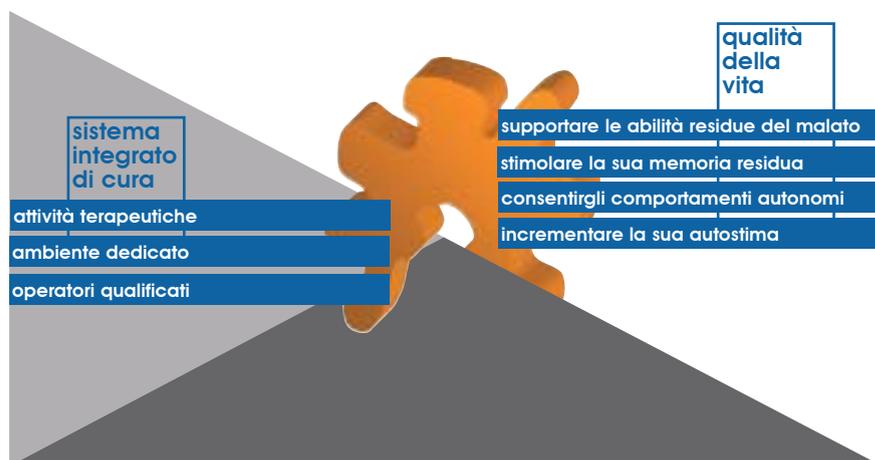
Ne deriva quindi il carattere di sperimentazione di una ricerca progettuale mirata a fornire indicazioni coerenti con le richieste di un'utenza, le cui esigenze sono però spesso difficili da interpretare e da conciliare fra loro.

### **L'esperienza canadese: il metodo Gentle Care**

L'idea di progettare ambienti che siano dedicati alle persone affet-

te dalla malattia di Alzheimer nasce negli anni Ottanta del Novecento in America. Attualmente il Canada è considerato il paese più all'avanguardia nel trattamento dell'Alzheimer grazie alla definizione di modelli di cura della demenza conosciuti con la denominazione di Gentle Care e ormai esportati anche in Europa. Partendo dal presupposto che il morbo di Alzheimer vada affrontato con lo scopo di curarne i sintomi, cioè di sostenere le capacità residue del malato nel tentativo di migliorarne la qualità di vita, si è pensato che possa essere utile progettare un ambiente dedicato alle sue esigenze, di supporto ai suoi deficit, nel quale sia più agevole l'espletamento dei programmi terapeutici riabilitativi. La definizione di *ambiente protesico* nasce quindi per indicare un contesto spaziale di sostegno alla persona con problemi di demenza di Alzheimer, "esattamente come la sedia a rotelle funge da supporto per l'individuo."<sup>1</sup>

Il programma Gentle Care, patrocinato da Moyra Jones, direttrice canadese del Moyra Jones Resources, centro di consulenza internazionale specializzato nella cura delle demenze e dell'Alzheimer, si fonda su un'organizzazione dell'ambiente coadiuvante un programma riabilitativo valutato sulla realtà di ogni singolo caso.



Dopo aver preso atto delle effettive condizioni del paziente, dei suoi deficit e delle sue capacità ancora illese, viene formulata una "risposta protesica", capace di sostenere le abilità residue e di supportare quelle compromesse, contenendo al massimo le cure farmacologiche. Obiettivi del metodo Gentle Care sono promuovere il benessere del malato, cioè garantirgli "il miglior livello funzionale possibile in assenza di condizioni di stress"; risolverne o controllarne i problemi comportamentali; ridurre l'utilizzo di mezzi di contenzione fisica e/o farmacologia e al contempo contenere la tensione fisico-psichica di chi assiste.

Silvia Vitali, geriatra dell'Istituto geriatrico Golgi di Abbiategrasso (Mi), presso il cui nucleo Alzheimer è in atto la sperimentazione del metodo canadese, ben chiarisce questi propositi:

"Così come quando un paziente perde l'uso di un arto in seguito ad una amputazione si pensa di intervenire costruendo una protesi che consenta al paziente di riprendere a deambulare, quando un paziente sofferente per demenza perde progressivamente le diverse abilità cognitive, occorre costruire una protesi, tanto più complessa quanto più complessa è la perdita, che supporti il paziente nella sua relazione con l'ambiente, umano e non.

L'intervento protesico poggia su tre componenti che interagiscono in una relazione dinamica: spazio fisico-programmi-persone."<sup>2</sup>

Poiché in Canada il modello di cura tradizionale dell'Alzheimer (definito Acute Medical Paradigm), centrato sulla somministrazione di farmaci e sulle pratiche chirurgiche, prevedeva l'inserimento del paziente in un ambiente altamente tecnologico che, invece di supportare il malato di Alzheimer, finiva per disorientarlo, Moyra Jones ha pensato che il demente dovesse essere accolto in un ambiente privo di ostacoli e di restrizioni, dalle caratteristiche intime e familiari, molto più simili a quelle di una casa di abitazione che non a quelle di un'asettica struttura ospedaliera.

In quest'ottica sono nati, in nord America, dei nuclei protetti (dementia care units) che ospitano un numero limitato di pazienti (da sei a quindici persone al massimo) diversi per tipologia e mor-

fologia dagli asettici contesti sanitari. Presentano caratteristiche domestiche, nel tentativo di facilitare il mantenimento dei legami del paziente con il passato e la famiglia, una distribuzione degli spazi che valorizza gli ambienti destinati al vivere in comune e camere di degenza personalizzate. Qualora gli ausili tecnologici permettano di controllare gli ambienti e le persone e di sopperire, sia pure parzialmente, alla disabilità, essi sono celati, occultati, resi quasi invisibili agli occhi del paziente per non limitarne la libertà. Lo slogan cui si fa riferimento quando si parla di spazi dedicati ai pazienti con morbo di Alzheimer è “il massimo grado di libertà con il massimo grado di sicurezza”.

Per quanto concerne lo spazio fisico, così si esprimono Moyra Jones e Lorna Seaman:

“Ci affidiamo ad una progettazione mirata all’adattamento dell’ambiente, poiché pensiamo che i malati di demenza siano tra tutti quelli che più intensamente risentano della qualità del luogo in cui vivono, e proprio per questo abbiamo creato un ambiente in cui possono vivere in modo appropriato.”<sup>3</sup>

Lungo il decorso della malattia, le condizioni del paziente sono inevitabilmente destinate a peggiorare; nel tempo, oltre alle numerose difficoltà psichiche il malato manifesta un disorientamento visuo-spaziale sempre maggiore e la conseguente incapacità di leggere e interpretare la funzione dei singoli ambienti. Per cui, più l’ambiente è familiare, più semplice sarà il suo controllo da parte del paziente, con la conseguente diminuzione di quelle paure e ansie derivanti dalla sensazione di estraneità rispetto a un contesto fisico e umano diverso da quello di cui si ha esperienza. La casa deve quindi rappresentare l’elemento ispiratore di ogni modifica ambientale.

La filosofia del Gentle Care è basata sul principio di evitare costrizioni, per cui il programma delle attività che i malati svolgono tiene conto delle loro abitudini. Il malato può svegliarsi quando desidera, fare colazione nell’arco di tutta la mattinata, essere lavato in momenti diversi, coricarsi quando preferisce: la persona

demente, infatti, spesso non distingue il giorno dalla notte ed è proprio per questo motivo che il programma prevede in ogni momento della giornata l'agibilità di una sala comune dove il paziente trovi oggetti confortevoli, cibo, possibilità di ascoltare musica e di venire massaggiato.

Insieme allo spazio fisico e ai programmi riabilitativi, terza componente fondamentale del programma Gentle Care è rappresentata dalle persone che lavorano nel sistema, cioè lo staff, i familiari e i volontari: queste persone devono conoscere a fondo le problematiche che la patologia comporta al fine di costituire una sorta di "alleanza terapeutica"<sup>4</sup> di supporto al paziente in ogni momento della giornata.

Punto cardine del metodo è costituito dal momento di diagnosi e anamnesi per capire il vissuto del paziente, la sua storia sociale, con lo scopo di definire una terapia specifica e personale. L'individualità del programma terapeutico giustifica quindi il numero ridotto di pazienti per ogni nucleo protetto (al massimo quindici persone). Si integra ad esso la successiva valutazione funzionale del malato per comprendere quali siano le sue capacità residue, al fine di creare una situazione ambientale che le supporti, invece di soffocarle. In quest'ambito, a seguito del monitoraggio del comportamento del paziente e delle attività da lui svolte nell'arco delle ventiquattro ore, viene anche stilata una mappa che chiarisce il suo modo di agire e individua le possibili fonti di stress, in modo da ridurne o eliminarne le cause.

In ragione di ciò viene redatto un programma riabilitativo che, se necessario, non prevede orari prestabiliti per lo svolgimento delle attività, al fine di evitargli ogni costrizione. Ai pazienti con deterioramento leggero viene proposto un lavoro terapeutico commisurato alle loro abilità residue da svolgersi durante l'arco della giornata, in modo da mantenerne vivi, per quanto è possibile, interessi e abitudini. Se il malato lavora con costanza percepisce anche un salario, in modo da favorirne l'autostima e la consapevolezza di sé e dei propri gesti.

Alla base del metodo c'è, poi, come si diceva, una sorta di alleanza terapeutica fra lo staff, i familiari, i volontari e tutti coloro che sono coinvolti nell'assistenza del malato. A seconda delle possibilità di ognuno si stabiliscono i termini di intervento e, comunque, lo staff è presente in tutti quei casi in cui la famiglia non può o non intende intervenire.

Effetti positivi del metodo Gentle Care sono la riduzione dei disturbi comportamentali del malato, il miglioramento delle sue capacità funzionali e dell'interazione sociale. Anche lo stress dei familiari risulta notevolmente contenuto con la conseguenza che i parenti, coinvolti in un programma attivo e intelligente, trovano nuovi stimoli nell'assistenza. La partecipazione e l'atteggiamento propositivo dei parenti a loro volta aiutano e soddisfano lo staff, di modo che lavorare per una migliore qualità di vita del paziente diventa più appagante. L'alacrità dimostrata dagli operatori è uno degli aspetti di cui Moyra Jones va più fiera:

“Ciò che rileviamo nelle unità Gentle Care è la volontà di lavorare con questi pazienti; il desiderio di non venire trasferiti ad altri settori del sistema sanitario; la scarsità delle assenze per malattia e delle richieste di permessi; la drastica riduzione del tasso di avvicendamento che si conosceva prima dell'introduzione di questo metodo. Osserviamo quindi un netto miglioramento nell'approccio del personale con il lavoro.”<sup>5</sup>

Anche i vantaggi economici sono da tenere presenti: non vengono usati medicinali; l'attenuazione dei disturbi comportamentali riduce il numero degli operatori necessari; la gratificazione dei dipendenti limita l'assenteismo.

Riassumendo, il concetto di ambiente protesico, sul quale il metodo Gentle Care fonda buona parte dei propri esiti, si concretizza nella necessità di contemperare sicurezza e indipendenza; garantire perimetri sicuri; realizzare piccole aree per socializzare e ambienti casalinghi e controllabili, nei quali sia sottolineata la continuità con il passato e create condizioni per un po' di riservatezza; bilanciare le aree destinate al riposo con quelle per le attività; pre-

vedere ambienti per le famiglie e i volontari; organizzare spazi aperti e coperti per passeggiare, dove siano presenti zone d'ombra e ripari dalla pioggia, mentre le recinzioni siano nascoste con arbusti; qualificare le zone destinate al movimento, per cui esista un accesso diretto fra nucleo e giardino, sia prevista la sicurezza nella sosta all'esterno, siano installate aree di riposo e punti di interesse lungo sentieri; sostenere l'interazione del malato con l'ambiente, lasciando oggetti stimolanti in vista (mobiletti apribili con scrigni, oggetti antichi, fiori, animali di stoffa, ingrandimenti fotografici, utensili, piante); progettare una segnaletica orientativa comprensibile, evitando ogni riferimento sanitario nella grafica dell'informazione; garantire bagni progettati in modo riservato, dignitoso e sicuro; contenere la luminosità e il rumore per ridurre la confusione e lo stress.

### **L'esperienza statunitense:**

#### **L'Environmental-Behaviour model**

In un articolo comparso su *The American Journal of Alzheimer's Disease* del 1994, dal titolo *An Environmental-Behaviour (E-B) model for Alzheimer special care units*, John Zeisel, direttore di alcuni centri americani per l'assistenza al malato di Alzheimer, e Joan Hyde e Sue Levkoff, geriatri di Boston, descrivono un modello di organizzazione degli ambienti dedicati ai malati di Alzheimer. Il modello E-B è il risultato di un lavoro d'équipe basato sulla collaborazione fra geriatri ed esperti nel campo dell'assistenza alla persona colpita da malattia di Alzheimer e finalizzato ad individuare le particolari esigenze di tali malati rispetto all'ambiente costruito, in rapporto ai deficit comportati dalla patologia.

Per verificare la particolare interazione fra ambiente costruito e comportamento dei malati di Alzheimer, gli autori infatti hanno sottoposto un questionario di ricerca ad un gruppo di esperti nell'assistenza alla persona colpita da demenza. I risultati ottenuti hanno consentito di escludere le indicazioni errate, di modificare

quelle suscettibili di affinamento e di arricchire la ricerca di nuovi riferimenti e ulteriori punti di vista. In tal modo è stato possibile individuare le caratteristiche della struttura congruenti con le richieste dell'utente. Per esempio, la presenza di percorsi di vagabondaggio soddisfa una specifica esigenza dei malati di Alzheimer e pertanto costituisce un requisito connotante della residenza ad essi dedicata.

In rapporto a tali specifiche richieste John Zeisel e il suo gruppo hanno individuato i cosiddetti *critical performance criteria*, cioè quei requisiti connotanti che lo spazio dedicato al malato di Alzheimer deve soddisfare per risultare rispondente al modello comportamentale dell'utente. In funzione del grado di soddisfacimento di tali requisiti, sono state evidenziate strategie di intervento ambientali utili e condizioni che, invece, possono rivelarsi svantaggiose sia per il residente delle unità di cura, sia per lo staff direttamente coinvolto nella gestione delle unità stesse.

I *critical performance criteria* del modello E-B sono descritti da otto caratteristiche ambientali, ciascuna delle quali individua due parametri che le definiscono qualitativamente: **controllo delle uscite**, con i due parametri di *immediatezza del controllo* e *non visibilità delle uscite*; **percorsi di vagabondaggio**, con i due parametri di *continuità* e *wayfinding/orientamento*; **camere di degenza**, con i due parametri di *privacy* e *personalizzazione*; **spazi comuni**, con i due parametri di *quantità* e *variabilità*; **libertà esterna**, con i due parametri di *disponibilità* e *supporto*; **residenzialità**, con i due parametri di *familiarità* e *dimensione*; **supporto dell'autonomia**, con i due parametri di *sicurezza* e *protesicità*; **comprensione sensoriale**, con i due parametri di *gestione del rumore* e *comprensibilità*.

I due parametri che descrivono e soddisfano le otto caratteristiche ambientali individuate da Zeisel, a loro volta, determinano combinazioni diverse con un conseguente diverso grado di qualità dell'ambiente. Per esempio, il requisito dell'autonomia è espresso da due parametri – sicurezza e protesicità – e il diverso livello (alto, basso) della loro combinazione descrive il suo indice di soddisfaci-

mento rispetto all'ambiente con quattro possibilità.

Il grado di soddisfacimento dei critical performance criteria rappresenta, quindi, l'indice di qualità al quale riferirsi per valutare se le strategie d'intervento adottate per l'ambiente possono considerarsi terapeutiche per il residente e utili per lo staff.

Nello specifico, la caratteristica del **controllo delle uscite** è determinata dai due parametri della *immediatezza del controllo* e della *non visibilità delle uscite*. Le loro quattro possibili combinazioni sono:

#### **Alto controllo - Alta non visibilità**

È il caso di una unità che presenta l'uscita verso l'esterno controllata, ma difficilmente individuabile dai residenti, ad esempio grazie alla mimetizzazione cromatica delle porte con le pareti. Le conseguenze saranno la diminuzione delle fughe e una maggiore facilità per lo staff nell'attività di controllo.

#### **Alto controllo - Bassa non visibilità**

Nelle unità che presentano locali non accessibili, ma con ingressi visibili e altamente controllati, i malati saranno spesso agitati e frustrati dai tentativi, vanificati, di utilizzare quelle porte.

#### **Basso controllo - Alta non visibilità**

Le unità che presentano porte verso l'esterno del nucleo non efficacemente controllate invitano i pazienti a fuggire: lo staff è costretto a vigilare con conseguente perdita di tempo e utilizzo di mezzi restrittivi maggiori.

Uscite non visibili possono ridurre il problema della fuga e il senso di frustrazione.

#### **Basso controllo - Bassa non visibilità**

Gli ambienti che presentano porte non sufficientemente controllate e individuabili, invitando alla fuga, creeranno problemi di sicurezza e di incolumità per i residenti, con conseguente stress a carico dello staff.

Per cui, in un'unità con alto indice di soddisfacimento relativo al

controllo delle uscite, le porte di ingresso e uscita dal nucleo saranno azionabili tramite un codice in possesso del personale medico e paramedico; inoltre i sistemi di controllo saranno poco visibili ai residenti. La conseguenza sarà una riduzione significativa dei tentativi di fuga ed evidenti vantaggi per l'attività di controllo da parte dello staff.

Circa la caratteristica dei **percorsi di vagabondaggio**, essa è determinata dai due parametri della *continuità* e del *wayfinding*. Le loro quattro possibili combinazioni sono:

**Alta continuità - Alto wayfinding**

I percorsi a sviluppo anulare, con punti di riferimento e attrattive, stimoleranno l'orientamento e ridurranno il comportamento aggressivo, migliorando i cicli di sonno-veglia e la salute cardiovascolare dei residenti, con conseguente riduzione dello stress a carico dello staff.

**Alta continuità - Basso wayfinding**

I percorsi ad anello, ma privi di punti di riferimento, disorienteranno e demotiveranno il residente.

Ciò si tradurrà anche in un maggiore carico di stress per lo staff.

**Bassa continuità - Alto wayfinding**

In una unità che presenta percorsi a vicolo cieco, è fondamentale creare punti di interesse e zone di attività, in maniera tale che il vagabondaggio sia guidato.

**Bassa continuità - Basso wayfinding**

L'assenza di spazio per i percorsi e di punti di interesse sarà causa di demotivazione e agitazione nei residenti e, di conseguenza, di stress fra i membri dello staff.

Per cui, in una unità con un alto indice di soddisfazione relativo ai percorsi di vagabondaggio questi saranno di semplice fruizione, con sviluppo ad anello, dotati di aree di sosta e di diverse punti

stimolanti, come visuali verso le aree di attività, per fornire al malato l'occasione per socializzare.

Circa la caratteristica delle **camere di degenza**, essa è determinata dai due parametri della *privacy* e della *personalizzazione*. Poiché la *privacy* è suddivisa in tre categorie, in base al numero di persone che condividono una camera, si ha un'alta *privacy* se i residenti occupano camere singole; una media *privacy* se i residenti occupano camere doppie; una bassa *privacy* se i residenti sono distribuiti in corsie. Le possibili combinazioni diventano in questo caso sei:

**Alta privacy - Alta personalizzazione**

Il residente occuperà una camera singola, in condizioni di massima *privacy* e con la possibilità di personalizzare l'ambiente con oggetti a lui cari.

**Alta privacy - Bassa personalizzazione**

Camere singole, ma con mobilio standardizzato e pochi oggetti personali, se pur consentiranno *privacy*, renderanno istituzionale l'aspetto dell'ambiente.

**Privacy media - Alta personalizzazione**

Quando coloro che stanno nella stessa camera sono compatibili, potrà anche risultare vantaggioso condividere una camera, sempre che lo spazio destinato a ciascuno dei due residenti sia personalizzato e, quindi, riconoscibile e identificabile.

**Privacy media - Bassa personalizzazione**

Se alle condizioni espresse dalla combinazione "alta *privacy* - bassa *personalizzazione*" si aggiunge una minore *privacy*, risulteranno incrementate sia l'agitazione, sia la perdita di identità dei residenti, già ampiamente compromessa dalla patologia.

**Privacy bassa - Alta personalizzazione**

Le camere triple e le corsie incrementano la tensione fra i residenti

e i membri dello staff. La personalizzazione dell'ambiente può essere utile, ma la mancanza di limiti fisici ben definiti potrebbe indurre i residenti a utilizzare gli oggetti e gli spazi degli altri, incrementando i conflitti.

### **Bassa privacy - Bassa personalizzazione**

Le corsie standardizzate non consentono né la privacy, né l'opportunità di personalizzare il proprio spazio. Inoltre l'ambiente sarà molto simile ad un ospedale.

Per cui, poiché il disorientamento spaziale e la perdita della memoria, ai quali sono soggetti i malati di Alzheimer, compromettono la capacità di identificare uno spazio o un oggetto come il proprio, la camera di degenza deve consentire di personalizzare l'ambiente tramite arredi e oggetti personali, come un armadio o una poltrona oppure fotografie e immagini care, per sostenere l'orientamento e le capacità mnemoniche del malato.

Circa la caratteristica dello **spazio comune**, essa è determinata dai due parametri della *quantità* e della *variabilità*. Le loro quattro possibili combinazioni sono:

### **Alta quantità - Alta variabilità**

Il numero ottimale per le aree di attività varierà in funzione delle dimensioni generali dell'unità e del numero dei residenti. La situazione sarà ottimale se, oltre ad una corretta quantità di tali aree, queste saranno anche distinte fisicamente.

### **Alta quantità - Bassa variabilità**

Numerose aree comuni, ma prive di caratteristiche fisiche che le rendano diverse e identificabili l'una rispetto all'altra, confonderanno i residenti.

### **Bassa quantità - Alta variabilità**

Quando ci sono poche aree di attività, potrebbe essere utile variare nel tempo alcuni elementi dell'ambiente, ad esempio posizionare

diversamente tavoli e sedie. Tuttavia tali modifiche potrebbero anche incrementare il disorientamento e la confusione in alcuni residenti.

### **Bassa quantità - Bassa variabilità**

Pochi spazi comuni difficilmente distinguibili l'uno dall'altro comporteranno un senso di stasi e disorienteranno il malato. Inoltre, l'esiguità dello spazio a disposizione potrebbe incrementare i conflitti fra i residenti e, di conseguenza, aumentare lo stress a carico dello staff.

Per cui, le unità con un alto indice di soddisfazione relativo allo spazio comune presenteranno numerose zone per attività comuni, distinte fisicamente l'una dall'altra (sala da pranzo, salotto, stanza della tv, cucina terapeutica) per facilitare l'interazione sociale fra i residenti. La presenza di ambienti multifunzionali, all'interno dei quali coesistono diverse attività, invece confonde e disorienta il residente.

Circa la caratteristica della **libertà esterna**, essa è determinata dai due parametri della *disponibilità* e del *supporto*. Le loro quattro possibili combinazioni sono:

### **Alta disponibilità - Alto supporto**

Si tratta di unità con spazi aperti accessibili autonomamente e in condizioni di massima sicurezza. Il supporto include il contatto con la terra, la presenza di piante non velenose, la visibilità delle porte di accesso al giardino e la possibilità di svolgere determinate attività in condizioni di autonomia. Inoltre, tali giardini saranno complanari con l'unità e posizionati in modo da favorire il controllo da parte dello staff.

### **Alta disponibilità - Bassa supporto**

In tali condizioni il residente potrà fruire del giardino, ma accompagnato e sorvegliato dallo staff.

### **Bassa disponibilità - Alto supporto**

Uno spazio aperto dotato del supporto necessario, ma di difficile accesso, implica che lo staff accompagni i residenti. In generale, quando lo spazio non è complanare e adiacente all'unità, la sua fruizione da parte dei residenti diminuisce significativamente.

### **Bassa disponibilità - Basso supporto**

Se alla difficoltà da parte dei residenti di accedere autonomamente al giardino si aggiunge una mancata progettazione specifica dello stesso, la fruizione del giardino diminuisce significativamente.

Per cui, un'unità con un alto indice di soddisfazione relativo allo spazio esterno presenterà un'area verde complanare e protetta, con caratteristiche di sicurezza che consentano una fruizione autonoma da parte dei residenti.

Una struttura che fornisce spazi esterni occasionali, non progettati specificamente, presenta invece un basso livello di qualità.

Circa la caratteristica della **residenzialità**, essa è determinata dai due parametri della *dimensione* e della *familiarità*. Le loro quattro possibili combinazioni sono:

### **Alta dimensione - Alta familiarità**

In ambienti con caratteristiche di familiarità, piccoli per dimensioni dello spazio e con un limitato numero di residenti, il malato tende ad orientarsi meglio ed è più rilassato.

### **Alta dimensione - Bassa familiarità**

In ambienti contenuti nelle dimensioni, ma dall'aspetto istituzionale, i pazienti tendono ad essere più agitati e disorientati, con conseguente stress a carico dello staff.

### **Bassa dimensione - Alta familiarità**

In unità di grandi dimensioni, anche se con caratteristiche residenziali, i residenti sono confusi dal maggior numero di persone e le tensioni, l'agitazione e i conflitti sono più probabili.

### **Bassa dimensione - Bassa familiarità**

In ambienti grandi e dall'aspetto istituzionale i residenti sono disorientati, meno capaci di essere indipendenti e di agire autonomamente.

Per cui l'aspetto familiare delle unità è fondamentale per contribuire a sostenere la memoria e l'orientamento nei residenti. Un'unità con un alto indice di soddisfacimento riguardo alle caratteristiche residenziali si presenterà simile ad un ambiente domestico e avrà un numero ridotto di residenti. Un basso punteggio viene associato a unità più grandi e con una maggiore ricettività, più simili, morfologicamente, ad ambienti istituzionali.

Circa la caratteristica del **supporto dell'autonomia**, essa è determinata dai due parametri della *sicurezza* e della *protesicità*. Le loro quattro possibili combinazioni sono:

#### **Alta sicurezza - Alta protesicità**

Si tratta di unità nelle quali i residenti svolgono le loro attività quotidiane in condizioni di sicurezza e nella massima autonomia.

#### **Alta sicurezza - Bassa protesicità**

In ambienti sicuri, ma privi di accorgimenti che supportino i residenti nello svolgimento autonomo delle loro attività, i residenti dipendono comunque dallo staff.

#### **Bassa sicurezza - Alta protesicità**

In ambienti poco sicuri, ma protesici, i residenti sono più soggetti a incidenti e lo staff è più ansioso per la loro incolumità.

#### **Bassa sicurezza - Bassa protesicità**

Un ambiente che non garantisce né sicurezza, né supporto protesico è poco terapeutico per i residenti e incrementa il lavoro dello staff.

Per cui, sostenere le abilità residue dei residenti nelle massime condizioni di sicurezza è uno dei primi obiettivi da raggiungere in

una unità, in quanto la capacità di agire autonomamente, per quanto è possibile, rende i residenti più consapevoli di sé e ne mantiene la dignità. Nelle unità che non consentono l'esercizio delle abilità residue dei residenti è necessaria una costante supervisione da parte dello staff.

Circa la caratteristica della **comprensione sensoriale**, essa è determinata dai due parametri della *gestione del rumore* e della *comprensibilità*. Le loro quattro possibili combinazioni sono:

**Alta gestione del rumore - Alta comprensibilità**

Una quantità moderata di suoni significativi, odori stimolanti, immagini comprensibili riduce l'agitazione nei residenti e li stimola alla riflessione.

**Alta gestione del rumore - Bassa significatività**

In ambienti con una moderata quantità di input sensoriali, ma poco comprensibili, i residenti possono subire un'accelerazione del declino cognitivo.

**Bassa gestione del rumore - Alta significatività**

In unità con input sensoriali comprensibili, ma eccessivi, i residenti tendono ad essere comunque disorientati, confusi e agitati.

**Bassa gestione del rumore - Bassa significatività**

Una quantità di input sensoriali eccessiva e poco significativa tende ad agitare i residenti, con conseguente aumento dello stress a carico dello staff.

Per cui, i suoni, le immagini visive, gli odori, i movimenti definiscono la comprensione sensoriale. Un ambiente con un alto indice di soddisfacimento riguardo alla comprensione sensoriale presenta una certa quantità di input sensoriali comprensibili dai residenti; al contrario, si verifica confusione sensoriale in unità con suoni eccessivi e poco significativi per i residenti. La confusione sensoriale può dipendere anche da un'errata collocazione della residen-

za, per esempio vicino ad una strada ad alto traffico.

John Zeisel è stato ospite della Giornata di studio *Spazi per l'Alzheimer*, tenutasi a Firenze il 15 dicembre 2000, organizzata dal Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS, Sistemi e tecnologie per le strutture sanitarie.

La sua presentazione, dal titolo *Treating Alzheimer Symptoms with Design*, evidenziando indicatori di qualità per le unità di cura dedicate, ha reso possibile un confronto con l'esperienza estera in questo settore di ricerca ed ha costituito verifica e conferma sia della metodologia adottata che dei risultati ai quali si era nel frattempo pervenuti.

In effetti, la metodologia utilizzata da Zeisel ha avvalorato quella adottata dalla nostra unità di ricerca, che per individuare le strategie di intervento ambientale in funzione delle specifiche esigenze del malato di Alzheimer è ricorsa all'esperienza di geriatri e di esperti nell'assistenza, mentre le caratteristiche individuate dal modello E-B hanno confermato i risultati ai quali è giunto il nostro gruppo di ricerca, in quanto esse collimano con i requisiti da noi individuati come connotanti la definizione degli spazi assistenziali ad uso degli anziani colpiti da malattia di Alzheimer.

Le otto caratteristiche individuate dal modello E-B, illustrate da John Zeisel nel corso dell'incontro fiorentino, e la loro interazione costituiscono le premesse per una progettazione specificamente mirata a migliorare la qualità di vita dei malati di Alzheimer. È chiaro che il pieno soddisfacimento di tali caratteristiche definisce un nucleo Alzheimer ottimale sotto il profilo delle strategie ambientali adottate.

Spesso, però, come avviene in Italia, i nuclei sono ricavati all'interno di strutture con una preesistente e diversa destinazione d'uso. In questi casi si rendono necessari adattamenti e modifiche che possono influire sull'ottimale raggiungimento degli obiettivi terapeutici richiesti ad uno spazio dedicato. I punteggi intermedi ai quali fa riferimento lo Zeisel nelle sue tabelle descrivono proprio

casi di nuclei realizzati in strutture preesistenti, nei quali si registrano spesso svantaggi, in termini di supporto, dovuti all'impossibilità di soddisfare alcuni dei requisiti richiesti.

E' evidente che il passo successivo alla definizione degli indicatori di qualità è costituito dalla verifica sul campo dei risultati ottenuti, cioè dalla loro sperimentazione sul modello di comportamento del malato di Alzheimer. In tal modo è possibile confermare e modificare i risultati, oltre che arricchire la ricerca di ulteriori spunti.

### **L'esperienza italiana**

In Italia l'attenzione rivolta alla tematica sull'ambiente protesico è recente, in quanto risale al 1994-95, biennio in cui è stato formulato il primo "Progetto sperimentale Alzheimer", curato dalla Regione Lombardia, seguita, negli anni successivi, anche dalle Regioni Piemonte, Emilia Romagna e Toscana. Gli obiettivi di tali programmi coincidono e consistono in un progetto-ricerca finalizzato alla formazione degli operatori di assistenza, nel finanziamento e avvio di progetti sperimentali sul territorio (centri diurni, A.D.I. - assistenza domiciliare integrata -, nuclei Alzheimer in R.S.A.), nel coordinamento scientifico delle esperienze in corso.

L'esigenza di progettare spazi a misura di Alzheimer ha sollecitato geriatri e architetti ad un confronto: tracciato un quadro clinico della malattia ed evidenziati i principali deficit cognitivi, è stato possibile avanzare delle teorie e delle strategie di intervento ambientale da sottoporre ai progettisti. Tali teorie, ancora del tutto sperimentali, non sono sempre condivise all'unanimità dal mondo medico-sanitario e costituiscono materia di dibattito e confronto. Ciò dipende dal fatto che i disturbi comportamentali sono spesso diversi da paziente a paziente, in quanto ciascuno di essi sviluppa una personale storia clinica.

Così, ad esempio, Francesco M. Antonini, gerontologo di fama internazionale, e Vincenzo Vismara, geriatra responsabile dell'U.O. di geriatria dell'ospedale di San Miniato (Fi), patrocinano come più

opportuna per le esigenze del malato e degli operatori la tipologia a corte. Sulla base del modello della domus romana, il nucleo per dementi dovrebbe gravitare attorno ad un giardino protetto: in questo modo verrebbe garantita la massima libertà e al tempo stesso la massima sicurezza. Tale teoria costituisce addirittura una delle voci delle Linee Guida della Regione Lombardia. Così all'Istituto geriatrico Camillo Golgi di Abbiategrasso (Mi), dove sono stati realizzati ex-novo due nuclei per pazienti con demenza di Alzheimer, la tipologia prescelta è proprio questa. Il vantaggio è duplice: i malati possono liberamente ed autonomamente accedere all'area verde e gli operatori sono agevolati nell'attività di controllo. Tuttavia, secondo altri geriatri, tale scelta tipologico-distributiva potrebbe generare un effetto di costrizione sul paziente e in tal senso non costituire una scelta appropriata.

Se la discussione è aperta sul modo più idoneo con cui configurare l'ambiente per il malato, c'è accordo fra i medici italiani sulle potenzialità di uno spazio protesico. Silvia Vitali, responsabile dei nuclei Alzheimer del citato Istituto geriatrico Camillo Golgi di Abbiategrasso (Mi), a questo proposito sostiene:

*“L'intervento protesico poggia su tre componenti che interagiscono in una relazione dinamica: spazio fisico-programmi-persone. Per quanto riguarda lo spazio questo deve garantire, oltre alla sicurezza anche il comfort del paziente, nonché contenere elementi terapeutici che ne facilitino la lettura e la comprensione da parte della persona demente. L'andamento della malattia fa sì che il paziente abbia sempre maggiori difficoltà nella comprensione dell'ambiente e dei messaggi che dall'ambiente derivano. Tanto più l'ambiente in cui il paziente vive ha caratteristiche di familiarità, tanto più il controllo del paziente su quell'ambiente sarà agevolato. Maggiore è il controllo che il paziente avrà, minori saranno le paure e le ansie che possono derivare dalla sensazione di estraneità. La casa deve quindi sempre rappresentare l'elemento ispiratore di ogni modifica ambientale. Anche le tecnologie più sofisticate possono essere utilizzate per rendere l'ambiente sicuro, ma devono*

essere riportate in una dimensione di familiarità e normalità per i pazienti. Uno slogan possibile potrebbe essere: 'il massimo grado di libertà con il massimo grado di sicurezza'."6

L'ambiente possiede quindi un ruolo determinante nella vita del paziente con demenza di Alzheimer, tanto da rendere possibile l'attenuazione dei disturbi comportamentali, se esso è progettato in rapporto alle necessità del malato<sup>7</sup>. È indispensabile comprendere il vissuto del paziente, la sua storia personale e cosa la malattia gli ha sottratto: è in base a queste informazioni che si può attivare una ricerca progettuale destinata a rispondere alle esigenze del malato. Il fine è quello di progettare un ambiente protesico, tale che diventi espansione e sostegno del paziente là dove le sue capacità si riducono.

Infatti nel malato il controllo dello spazio subisce delle alterazioni in base al ridursi della sua acuità visiva; al modificarsi della sua percezione della profondità e del rapporto particolare/sfondo; al deteriorarsi dei movimenti di verticalità dello sguardo, con conseguenze sulla sua capacità di esplorazione visiva e di seguire con lo sguardo oggetti in movimento; alla perdita della visione periferica; alla difficoltà ad interpretare i simboli e il significato d'uso degli oggetti, nonché a percepire i contrasti. L'ultima capacità che il malato perde è il movimento, pertanto una delle prime caratteristiche di progetto cui bisogna rispondere è quella di garantire la massima libertà di movimento, facendo in modo di assicurare al tempo stesso la massima sicurezza.

Ciò significa consentire la totale accessibilità ad ogni ambiente previsto per il reparto protetto: lungo il percorso, il malato non deve incontrare alcun ostacolo, in modo da evitare quelle reazioni legate all'impotenza e alla frustrazione che insorgono quando egli non può assecondare il movimento.

Oltre ad essere sicuro, l'ambiente protesico deve possedere caratteristiche di semplicità, deve ricordare la casa d'abitazione e, dunque, presentare un aspetto familiare.

Alla luce delle molteplici problematiche che l'Alzheimer comporta

e delle conseguenti esigenze che da esse emergono ben si comprende come la progettazione di uno spazio dedicato al malato richieda apporti diversificati che solo la collaborazione fra architetti, geriatri, psicologi, industriali e amministratori ad un tempo può garantire.

Una cooperazione di questo tipo, già più volte sperimentata con esiti positivi nei paesi del nord Europa, consente di comprendere le effettive esigenze del malato di Alzheimer nella loro globalità e di tradurle in prestazioni puntuali sotto ogni aspetto.

In Italia, un caso pilota nella definizione di ambienti protesici è rappresentato dal nucleo del Pensionato San Giuseppe di Quattro Castella (Reggio Emilia), progettato da Patrizia Valla in sinergia con Piero A. Bonati, geriatra della ASL di Reggio Emilia, che così esprime la sua teoria sull'ambiente protesico:

“L'ambiente ha iniziato ad assumere in maniera sempre più significativa un ruolo di fondamentale importanza nel processo terapeutico.

Lo spazio vitale per tali pazienti va considerato come un sistema integrato dove le varie componenti che comprendono il contesto sociale (chi assiste), il comparto organizzativo (la rete dei servizi) e la componente architettonica (lo spazio fisico) interagiscono fra loro e con gli individui ammalati in un modello complesso.

Occorre essere consapevoli che spesso le manifestazioni cliniche (soprattutto quelle comportamentali) costituiscono il risultato dinamico della interazione fra paziente ed ambiente. Per tale motivo risulta difficoltoso pensare ad una progettazione ambientale impersonale o scarsamente flessibile, ripetitiva e conseguentemente non applicabile alle necessità dell'individuo.

Tale progettualità potrà variare ampiamente: da semplici modifiche (rimozione di ingombri fisici e/o emotivi) fino alla creazione di ambienti totalmente individuati, ma dovrà mantenere linee generali simili per qualsiasi setting (domicilio, centro diurno, residenze sanitarie assistenziali, ospedale). Quindi gli spazi, le forme, i colori dovranno materializzarsi non casualmente sulle caratteristiche

dei pazienti per assumere di diritto una dignità terapeutica, che non cambierà la storia naturale del demente, ma potrà ridurre i problemi del comportamento e rallentare il declino delle funzioni. Ciò é sfruttabile anche nella fasi più avanzate della malattia, quando andrà perso il contatto comunicativo con ciò che lo circonda; infatti in questi stadi è stato dimostrato che esiste comunque un legame affettivo, non relazionale ma significativo con l'ambiente. Rand e collaboratori in una review della letteratura sul tema 'design e demenza' hanno individuato alcuni principi fondamentali per dare significatività, in corso di progettazione, al ruolo terapeutico dell'ambiente: garantire sicurezza (considerando però che lo spazio fisico non deve essere limitato da un riduttivo concetto di custodia), stimolare le abilità funzionali residue e compensare le disabilità, compensare i disturbi della memoria e il disorientamento ed evitare stimoli stressanti e la deprivazione sensoriale, rispettare la privacy e le capacità decisionali residue, adattarsi alla modificazione dei bisogni della persona per aiutarla a capire dove è e chi é."<sup>8</sup> Il nucleo è stato concepito quindi come un laboratorio sperimentale dove poter monitorare i comportamenti dei pazienti di fronte a scelte progettuali ritenute, in fase di analisi, di supporto, cioè protesiche: l'intervento dell'architetto, perciò, non si esaurisce nel prodotto progettuale, ma prevede l'osservazione della supposta validità delle scelte operate e la loro eventuale modifica, qualora queste non si rivelino idonee.

Dal colloquio con Guido Gori, geriatra responsabile del centro diurno Stella del Colle, di Firenze, è emerso che le caratteristiche che un reparto dedicato a malati di Alzheimer deve soddisfare sono l'accessibilità, per favorire la mobilità dei pazienti, la semplicità dello schema distributivo, una buona illuminazione, l'aspetto residenziale e familiare (non sanitario) dell'ambiente.

L'importanza terapeutica del giardino è stata sostenuta in Italia da Francesco M. Antonini e all'estero da Moyra Jones e da Pierre Vellas. Antonini sostiene la tesi della terapeuticità dei giardini progettati a misura di malato di Alzheimer, in quanto la vita all'aper-

to non solo consente una maggiore libertà di azione e di movimento rispetto a quella possibile esclusivamente all'interno di un'abitazione, ma contribuisce anche a mantenere un relativo grado di autonomia, senza creare costrizioni e relativo stress al malato e al caregiver. Egli usa ricordare come in passato gli anziani affetti da demenza continuassero a svolgere la propria vita nei campi o nell'aia senza alcun problema, sentendosi oltre tutto ancora utili. Allora, la patologia di Alzheimer non era quasi mai diagnosticata e i segni della malattia venivano attribuiti al naturale processo dell'invecchiamento. Ancora oggi, in alcuni villaggi dell'Africa centrale, la demenza di Alzheimer è ignorata, in quanto l'ambiente di stampo agricolo e le abitudini sociali legate a ritmi naturali non determinano tensioni fra le esigenze degli anziani dementi e quelle della comunità (non esistono nei ritmi biologici di tali comunità, ad esempio, scadenze o orari da rispettare, né le rigide regole di vita che impone un ambiente cittadino). La demenza, dunque, non viene vissuta come un episodio problematico, ma è inserita nel normale processo dell'invecchiamento.

Anche nelle campagne toscane si assiste ancora a fenomeni di questo tipo: Antonini usa citare il caso di un floricoltore di Pescia che, seppure affetto da demenza, ha continuato fino alla fine della sua vita a lavorare nell'azienda di famiglia, passando la sua giornata nella serra e continuando ad osservare i suoi ritmi abituali. Per questo Antonini insiste sull'opportunità che il giardino Alzheimer sia dotato di un'area da destinare alla cura dell'orto, attività che non comporta il coinvolgimento delle facoltà mentali, mentre – e i risultati lo attestano – favorisce nel malato il recupero dell'autostima. Sulla base di questa osservazione si è sviluppata una teoria che fonda i suoi assunti sugli effetti terapeutici della cura dell'orto, la cosiddetta ortoterapia. A Monza, nel Giardino sperimentale per anziani ad autonomia limitata, è in atto un progetto volto a validare gli effetti benefici dell'ortoterapia e i primi risultati hanno confermato le valenze terapeutiche di tale attività sul paziente demente. Il giardinaggio, quindi, può offrire una stimolazione appropriata

ta attraverso l'uso dei cinque sensi: vista, udito, olfatto, tatto, gusto. L'idea di un giardino terapeutico dedicato al malato di Alzheimer tiene conto di queste considerazioni e cioè del fatto che, soprattutto per quegli anziani che hanno vissuto in campagna, continuare a muoversi nello stesso contesto, con i medesimi ritmi di vita e con le stesse abitudini, può migliorare la qualità di vita del malato, favorendo l'autostima e la consapevolezza di sé. Ciò non toglie che un'esperienza a contatto con la natura possa procurare benessere anche per malati provenienti da altre realtà sociali. Tuttavia non esiste ancora una codifica precisa delle caratteristiche progettuali che il giardino Alzheimer deve rispettare.

Questi giardini, secondo i gerontologi, devono essere facilmente accessibili, offrire libertà di movimento (si pensi alla tendenza di questi malati al vagabondaggio), garantire la massima sicurezza. Percorsi ad anello che legano esterno ed interno permettono ai malati di muoversi senza sentirsi costretti all'interno di un confine e senza doversi porre il problema della scelta fra interno ed esterno. Lo spazio esterno va allestito con punti di riferimento per permettere l'orientamento, per promuovere un senso di familiarità e per sostenere la memoria. Inoltre deve consentire attività che impegnino il malato con gradi diversi di abilità. Di solito queste aree verdi sono pensate come parte di un nucleo dedicato, ma è stato anche ipotizzato di attuarle all'interno del contesto urbano vero e proprio, aperte al resto della comunità, ma comunque garanti del requisito della sicurezza. È questa l'idea del gerontologo Pierre Vellas che sostiene:

*"Such gardens would be open not only to the elderly, to relatives, friends and institution staff, but also, where possible, to the neighbouring community, with playgrounds for the younger children."*<sup>9</sup> Effettivamente sembra che gli incontri multigenerazionali, soprattutto con i bambini, abbiano un effetto positivo sugli anziani colpiti da demenza di Alzheimer, in quanto trasmettere il proprio patrimonio di esperienze di vita alle nuove generazioni è un'occasione per rafforzare l'autostima e la consapevolezza di sé.

<sup>1</sup> Tratto dalla relazione tenuta da Moyra Jones e Lorna Seaman al Convegno Internazionale *Ancora in gioco, l'autonomia degli anziani fra famiglia, servizi e società*, Provincia di Milano, marzo-aprile 1993.

<sup>2</sup> Vitali S., "Gentle Care. Un sistema di cura per le persone affette da demenza di Alzheimer", in *Malattia di Alzheimer. Diagnosi cura etica*, Atti del Convegno, Verona 1999.

<sup>3</sup> Tratto dalla relazione tenuta da Moyra Jones e Lorna Seaman al Convegno Internazionale *Ancora in gioco, l'autonomia degli anziani fra famiglia, servizi e società*, cit.

<sup>4</sup> Vitali S., "Gentle Care. Un sistema di cura per le persone affette da demenza di Alzheimer", *op.cit.*

<sup>5</sup> Tratto dalla relazione tenuta da Moyra Jones e Lorna Seaman al Convegno Internazionale *Ancora in gioco, l'autonomia degli anziani fra famiglia, servizi e società*, cit.

<sup>6</sup> Vitali S., "Gentle Care. Un sistema di cura per le persone affette da demenza di Alzheimer", *op.cit.*

<sup>7</sup> Silvia Vitali, durante un colloquio, riferiva di avere personalmente constatato l'attenuazione dei disturbi comportamentali in pazienti ospiti di nuclei dedicati rispetto ad altri che vivono in ambienti privi degli accorgimenti atti a renderli idonei alle loro specifiche esigenze.

<sup>8</sup> Bonati P. A., *Demenza: un fenomeno emergente nell'Alzheimer*, suppl. di *Modulo*, BE-MA editrice, Milano 1997.

<sup>9</sup> Ousset P. J., Nourhashemi F., Alberade J.L., Vellas P.M., "Therapeutic gardens", in *Cognitive and Affective Disorders in the Elderly*, Atti del Convegno, a cura di Cucinotta D., Ravaglia G., Zs.-Nagy I., *Archives of Gerontology and Geriatrics*, suppl. 6, Elsevier Science Ireland Ltd, Amsterdam-Lausanne-New-York-Oxford-Shannon-Tokyo, 1998.

## Indagine conoscitiva di strutture destinate al malato di Alzheimer

In stretto rapporto all'acquisizione dei dati sulla malattia di Alzheimer e sull'interpretazione di ambiente protesico, è stata intrapresa un'analisi, di tipo diretto, su alcuni dei principali centri Alzheimer italiani, affiancata da una verifica indiretta, per via telematica, su altrettante strutture estere progettate secondo modalità dedicate. Con essa si è inteso documentare le strategie di intervento sull'ambiente costruito adottate in relazione alle particolari esigenze del malato di Alzheimer.

I sopralluoghi sui nuclei italiani hanno fatto emergere come essi siano, nella maggior parte dei casi, il risultato di una riconversione di spazi esistenti, pertinenti ad una RSA. Ne viene che la precedente articolazione della struttura ha condizionato le nuove scelte progettuali e la loro congruenza con le attese di un ambiente protesico.

Inoltre la verifica diretta ha permesso di valutare le reazioni dei malati rispetto a soluzioni ritenute di sostegno. Esse hanno evidenziato l'eterogeneità comportamentale dei dementi: infatti ogni malato, ad eccezione di alcune manifestazioni di natura costante (per esempio, il disorientamento spazio-temporale o il vagabondaggio), elabora una propria personale risposta nei confronti di ciò che lo circonda, relata al suo tipo di degenerazione neurologica e alla sua storia personale. Ne consegue la difficoltà di ipotizzare con certezza uniformi scelte di progetto.

Il risultato di tali sopralluoghi è stato sistematizzato sotto forma di schede, articolate in due sezioni. Di queste, la prima fornisce una mera informazione sulla struttura presa in esame, con una restituzione di tipo descrittivo-analitico, sostenuta da una documentazione fotografica e planimetrica; la seconda si propone una valutazione, dal punto di vista qualitativo, della struttura stessa.

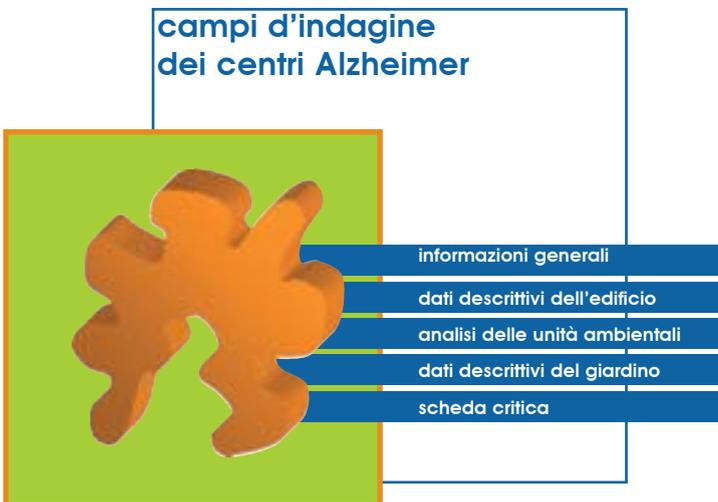
La prima sezione si compone a sua volta di due parti. Nella prima di queste si forniscono informazioni specifiche, riguardanti la *denominazione*, la *collocazione*, la *correlazione* (cioè l'eventuale rapporto fra il nucleo in esame e la struttura sanitaria che lo ospita), il *tipo di nucleo* (specificando se trattasi di centro diurno, residenza assistita

a carattere temporaneo, residenza assistita a carattere permanente, area verde), l'ente amministratore, il committente, il progettista, l'anno di costruzione, il tipo di intervento (se si tratti di una costruzione ex novo o di una ristrutturazione), oltre ai dati dimensionali, riferiti alla superficie del nucleo e al numero degli ospiti. Nella seconda sono riportate informazioni di tipo morfologico, distributivo-funzionale, tipologico e tecnologico, con una descrizione delle singole unità ambientali.

La seconda sezione (*scheda critica*) presenta una valutazione del nucleo preso in esame, svolta sulla base dei dati tipologici, distributivi e tecnologici, in modo da evidenziare degli indicatori di qualità, utilizzabili in chiave metaprogettuale.

Ciò comporta che tali sezioni presentino un linguaggio di tipo analitico-descrittivo, nella prima parte, di tipo critico-valutativo, nella seconda.

La sistematizzazione dei dati si conclude con l'indicazione delle fonti bibliografiche e di riferimento.



**Pensionato San Giuseppe**  
Quattro Castella, Reggio Emilia

**Informazioni generali**

<b>Denominazione</b>	Nucleo Alzheimer presso il Pensionato San Giuseppe
<b>Ubicazione</b>	Quattro Castella, Reggio Emilia, Italia
<b>Correlazione</b>	Inserito nella casa di riposo privata San Giuseppe
<b>Tipo di nucleo</b>	Residenza assistita a carattere temporaneo (ricovero di sollievo)
<b>Ente amministratore</b>	Pensionato San Giuseppe, Quattro Castella
<b>Committente</b>	Pensionato San Giuseppe S.r.l.
<b>Progettista</b>	Patrizia Valla, progetto architettonico, architettura degli interni, allestimento degli spazi esterni; Philips Projects, sistemi tecnologici
<b>Anno di costruzione</b>	1998
<b>Tipo di intervento</b>	Riconversione di una parte del Pensionato, già destinata a residenza sanitaria

**Dati dimensionali**

Superficie del nucleo 160 mq  
Superficie del giardino 280 mq  
Superficie "aia" 70 mq  
Ricettività 7 malati

## Dati descrittivi dell'edificio

### Caratteristiche planimetriche e distributive

Il nucleo Alzheimer è situato al piano terra del Pensionato San Giuseppe che lo ospita, in una parte del plesso protetta e autonoma rispetto a quest'ultimo, e presenta un giardino ed un'area denominata "aia".



Fig.1

La postazione di controllo, costituita da un desktop aperto a 270° sul resto del nucleo, costituisce il perno attorno a cui è stata organizzata la distribuzione degli ambienti.

Attorno al corridoio (l'unico del reparto), si aprono le camere di degenza e gli ambienti comuni. Tra la sala da pranzo e il soggiorno non ci sono barriere fisiche e/o visive: questo consente facilità di controllo per l'operatore dal desktop e l'immediata percezione dei vari ambienti per il paziente.

Le camere di degenza alternano la condivisione dei bagni: alcune possiedono il bagno privato, altre lo condividono a gruppi di due (fig.1).

### **Unità ambientali**

Il nucleo protetto prevede due camere doppie, tre camere singole con relativi bagni, una zona pranzo, un soggiorno, un bagno assistito, una postazione di controllo denominata Consolle Philips (poi CP), due ripostigli.

### **Accesso**

L'accesso al reparto, situato al piano terra, avviene attraverso un cancello di metallo che si apre automaticamente digitando un codice in possesso di medici e infermieri (fig.2); varcato questo si può decidere di accedere al nucleo o passando per uno spazio esterno, detto "aia", attraverso un ulteriore cancello analogo al primo (fig.3) o tramite un doppio sistema di porte vetrate a due ante azionate dalla CP (fig.4).

### **Sistema di controllo**

In tutti gli ambienti, interni ed esterni (esclusi i bagni), sono state installate delle telecamere che funzionano anche durante la notte grazie ad un sistema a raggi infrarossi. Il monitoraggio degli spostamenti dei malati avviene dalla CP (fig.5), una postazione di controllo che consente, tramite due schermi, di visualizzare contemporaneamente cosa accada in ogni parte del nucleo. Tutte le segna-



Fig.2



Fig.3



Fig.4

lazioni di allarme, di tipo sonoro, arrivano alla CP.

Grazie alla sua collocazione, la CP è pensata strategicamente in modo che gli operatori possano osservare contemporaneamente più ambienti. Dalla CP vengono anche regolati il microclima e la diffusione sonora: il primo è regolato in tutti gli ambienti tenendo conto anche delle esigenze del singolo paziente, il secondo consente di trasmettere musica e annunci nel nucleo e negli spazi esterni, prevedendo la possibilità di limitarli anche ad una specifica area della struttura.

### **Sistema di illuminazione**

Il sistema di illuminazione HELIO garantisce (fig.6) – in tutto il nucleo – durante il giorno la regolazione del livello di luminosità in funzione della luce esterna mentre, nelle ore notturne, sono programmate specifiche condizioni di illuminazione con accensione automatica.

HELIO funziona in maniera tale che il passaggio del paziente in una determinata zona solleciti automaticamente l'accensione della luce e il suo spegnersi quando l'area viene abbandonata.

Ad esempio, una sequenza di rilevamento segnala se il paziente si è alzato dal letto ed è entrato in bagno: a quel punto si attiva un'illuminazione graduale, antiabbagliamento, che lo segue nel suo percorso; si ripristina lo stato iniziale al termine dell'operazione.

L'operatore, inoltre, può regolare l'intensità della luce a secondo della necessità con un telecomando, dalla posizione in cui si trova in quell'istante.



Fig.5



Fig.6

Il controllo della luminosità nell'intero nucleo avviene automaticamente in base alle condizioni ambientali esterne tramite un sistema che preordina il movimento delle tende e garantisce un'intensità luminosa costante e qualitativamente idonea. Ad esempio, quando le tende si abbassano il sistema di illuminazione ripristina il livello della luce.

## **Analisi delle unità ambientali**

### **Camera di degenza**

Ogni camera è diversa dalle altre nella definizione cromatica, nella disposizione degli arredi, nella possibilità di condividere o meno i bagni, con l'obiettivo di sperimentare la soluzione più idonea e verificarla successivamente, previo monitoraggio (figg.7, 8).

Circa la definizione cromatica, questa caratterizza, in ogni camera, omogeneamente gli arredi, le lenzuola e il rivestimento del pavimento.

Le pareti sono rivestite fino ad un'altezza circa di due metri da una boiserie in legno naturale e poi presentano una normale finitura bianca, come il soffitto.

La camera tipo presenta letti con sponde mobili (posizionati in modo che sia sempre possibile la visuale esterna anche mantenendo la posizione supina), un tavolino, comodini, privi di lampade da tavolo, con cassette montati su guide scorrevoli con fermo di estraibilità e mensole. Ognuna di queste componenti di arredo è infissa alla boiserie, presenta gli spigoli arrotondati ed è trattata



Fig.7



Fig.8



Fig.9



Fig.10

con il colore che caratterizza di volta in volta la camera.

Solo una delle camere presenta un armadio, al fine di verificare la possibilità di una sua gestione da parte del malato (attualmente il resto degli armadi è addossato ad una parete della sala da pranzo ed è affidato alla gestione degli operatori).

Le ampie finestre si aprono sul giardino Alzheimer e sull'aia e sono dotate di tende, con movimento preordinato dalla CP, presenti anche negli ambienti comuni.

La porta di ingresso alle camere di degenza (così come ai servizi igienici), denominata porta Alzheimer (figg.9, 10), è stata concepita con un battente apribile a spinta in entrambi i sensi, per facilitarne l'uso da parte del malato. Presenta inoltre un oblò che consente tanto il controllo del paziente, quanto il riconoscimento della stanza come propria da parte dello stesso. A questo scopo, inoltre, tali porte sono state dotate di una casella, dove è possibile inserire il nome del paziente o degli elementi grafici di identificazione.

Le porte delle camere si differenziano da quelle di accesso ai bagni per una diversa tonalità di colore: mentre le prime hanno una finitura in betulla lucida, le seconde sono di un colore rosato.

## **Bagno**

Nel nucleo sono presenti quattro bagni, dei quali uno assistito: dei tre bagni affiancati alle camere, uno è ad uso esclusivo di una stanza doppia, gli altri due sono condivisi dalle due camere limitrofe.

La condivisione del bagno da parte di due camere presenta un sistema tale che consente alla porta di accesso al bagno dall'altra



Fig.11



Fig.12



Fig.13



Fig.14

camera di chiudersi automaticamente qualora qualcuno usufruisca del servizio igienico.

I sanitari, della ditta Bocchi di Milano, prevedono un lavabo a mensola ad inclinazione regolabile, dotato di miscelatore monocomando a leva lunga, e un vaso dotato di doccetta per la pulizia (figg.11,12). Sono presenti ovviamente anche i maniglioni di sostegno, posti a fianco del lavabo e del wc.

Non sono presenti specchi.

### **Bagno assistito**

Il bagno assistito, oltre ad ospitare un lavabo e una tazza wc del tutto uguali a quelli dei bagni delle camere, presenta una vasca assistita della ditta Bocchi (fig.13): una volta riempita, la possibilità di una sua inclinazione consente di far rifluire l'acqua in una sorta di bacino interno e di far accedere il paziente grazie ad uno sportello laterale. Il successivo riposizionamento della vasca permette al personale infermieristico di lavare il paziente. E' possibile regolare l'inclinazione della vasca e sollevarla per praticare al malato una doccia.

### **Soggiorno**

Il soggiorno (fig.14) si affaccia sul giardino Alzheimer al quale si può accedere tramite due porte finestre i cui infissi, tinti di giallo, intendono richiamare l'idea dei colori solari dell'ambiente esterno. Fra le due porte si trova una finestra apribile solo nella sua parte superiore. Le pareti presentano carta da parati di colore beige e sono



Fig.15



Fig.16



Fig.17



Fig.18

dotate di corrimano di sostegno in legno naturale. Le poltrone del soggiorno, realizzate con un imbottito rivestito di tela rosa, presentano poggiatesta e sono disposte circolarmente.

### **Sala da pranzo**

La sala da pranzo (figg.15,16), rettangolare, affaccia sull'aia ed è arredata con due tavoli, ciascuno da quattro posti, disposti al centro. Le due pareti utilizzabili presentano una il blocco della cucina con fornelletti a induzione elettromagnetica (per evitare che il paziente possa bruciarsi), l'altra gli armadi dei pazienti gestiti dagli operatori. Gli armadi, così come le altre componenti di arredo, si presentano di colore alternativamente giallo e rosa e sono dotati di maniglie realizzate con materiale plastico e antiurto, come quelle dei cassetti, montati su guide scorrevoli con fermo di estraibilità.

### **Cucina terapeutica**

La cucina, oltre ad essere destinata alla consumazione dei pasti da parte dei pazienti, consente, con l'ausilio degli operatori, lo svolgimento di attività terapeutiche legate alla preparazione di cibi semplici.

### **Dati descrittivi del giardino**

Il giardino Alzheimer (figg.17,18) si estende su una superficie recintata di 280 mq ed è complanare col reparto.

L'accesso al giardino è consentito dal solo soggiorno ed è previsto



Fig.19



Fig.20



Fig.21

ventiquattro ore su ventiquattro. Il giardino è controllato tramite un sistema di telecamere a raggi infrarossi collegati alla CP (fig.19). Dalla sala da pranzo si accede ad un ulteriore spazio all'aperto, e cioè alla cosiddetta "aia" (fig.20), destinata a riprodurre una tipologia di ambiente propria degli anziani del luogo.

Il giardino non presenta un percorso di vagabondaggio ben definito e si articola come un'area piastrellata, intervallata da aiuole prive di cordoli.

L'illuminazione avviene tramite plafoniere disposte sul muro di cinta e un sistema di punti luce schermati, posizionati sul pavimento, aventi lo scopo di indicare il percorso (fig.21).

Al momento del sopralluogo (febbraio 2000), il giardino, in via di completamento, non presentava ancora una sistemazione a verde, ma nelle intenzioni della progettista c'è quella di ricorrere a specie che stimolino l'olfatto, senza essere pericolose o velenose, e che, attraverso la fioritura stagionale, sollecitino nel malato l'orientamento temporale.

### **Scheda critica**

Il reparto Alzheimer presso il Pensionato San Giuseppe di Quattro Castella, in provincia di Reggio Emilia, è concepito come un laboratorio sperimentale: infatti, vi sono state messe a punto soluzioni particolari con l'idea di monitorare le reazioni del malato, al fine di formulare in seguito soluzioni definitive.

Il nucleo è il risultato di una riconversione compiuta in una por-

zione del pensionato e pertanto le scelte di progetto sono state in parte vincolate dalla preesistente articolazione dello spazio e dall'esiguità della superficie a disposizione.

L'aspetto morfologico del nucleo si avvicina all'obiettivo progettuale costituito dalla familiarità dell'ambiente: la dimensione è certamente domestica (la ricettività, di appena sette malati, è condizione ottimale per le esigenze sia degli ospiti che degli operatori) e le caratteristiche del nucleo sono più simili a quelle di una comune abitazione, che a quelle di un contesto ospedaliero.

Circa la tipologia, la collocazione del reparto al piano terra e la complanarità col giardino rendono gli spostamenti semplici e permettono al malato di fruire dell'area verde autonomamente e al tempo stesso nella massima sicurezza.

L'accesso al giardino avviene dal soggiorno, ma non dalle camere di degenza.

Gli ambienti comuni non presentano fra loro barriere fisiche e/o visive, garantendo al malato la loro completa percezione e facilitando al personale l'attività di controllo visivo diretto.

I vincoli della preesistente articolazione dello spazio e l'esiguità della superficie a disposizione hanno spesso condizionato il raggiungimento di alcuni obiettivi: così, se per un verso la continuità spaziale e visiva fra gli ambienti comuni consente al malato di muoversi liberamente e in condizioni di autonomia, dall'altro non è stato possibile organizzare un percorso di vagabondaggio vero e proprio.

Inoltre, l'apertura delle porte delle camere in entrambi i sensi se rende più facile la loro fruizione da parte del malato (che presenta difficoltà nel servirsi delle maniglie), può essere al contempo fonte di pericolo per chi transita lungo il corridoio.

Il reparto presenta una serie di tecnologie innovative, come il sistema di illuminazione HELIO che, studiato appositamente per garantire il benessere visivo del malato, consente all'interno del nucleo la regolazione dell'intensità della luce a secondo delle esigenze.

All'esterno, invece, le fonti di illuminazione scelte, installate a filo della pavimentazione, potrebbero essere interpretate come "vuoti" pericolosi e generare nel malato crisi di panico.

Il microclima e il sistema di diffusione sonora rispondono alle esigenze di benessere fisico, acustico e psicologico dell'ospite, così come l'attenzione riservata alla scelta dei materiali fonoassorbenti e fonoisolanti per evitare echi e riverberi e per isolare gli ambienti. La logica seguita per il sistema di controllo è stata quella di attuare un monitoraggio continuo, sostituendo in parte al personale infermieristico la tecnologia ossia – come viene definita dalla Philips stessa – "l'assistente invisibile". Infatti, un sistema di telecamere a raggi infrarossi, collegate agli schermi della CP, consente di controllare e monitorare i comportamenti dei pazienti in ogni istante della giornata.

Tale scelta, se per un verso è motivata dal tentativo di ridurre la presenza degli operatori (giudicata spesso dal malato come intrusiva), risponde soprattutto a esigenze di tipo gestionale-economico, dato che il numero degli operatori necessari diminuisce in ragione della precisione e dell'efficacia della "tecnologia invisibile".

Tuttavia è innegabile che la complessità e la numerosità dei disturbi comportamentali delle persone affette da demenza sia tale da rendere comunque insostituibile la presenza contemporanea di più operatori.

In certi casi si è preferito rinunciare alla presenza delle telecamere a raggi infrarossi: in bagno, per esempio, solo l'oblò delle porte consente all'operatore di sorvegliare il malato. La presenza dell'oblò sulle porte delle camere di degenza, se per un verso aiuta il malato a riconoscere la stanza come la propria, d'altra parte ne limita la privacy.

Per evitare situazioni di pericolo, il nucleo è dotato di false placche per gli interruttori dell'impianto elettrico, in realtà comandato dalla CP.

Queste, pur contribuendo a conferire al nucleo un'immagine il più

possibile somigliante a quella di un ambiente domestico, potrebbero generare nel malato, soprattutto quando è ancora parzialmente cosciente dei suoi comportamenti, un senso di frustrazione derivato dal tentativo disatteso di accendere la luce.

### **Fonti**

- Valla P., *Architettura e giardini per l'Alzheimer. Il progetto come strumento terapeutico*, Milano 1999
- Valla P., Quando il progetto è parte integrante della cura, in *Collettività e Convivenze*, Edizioni Unisco S.r.l., Milano, gennaio-febbraio 1999, n.1-2
- Sopralluogo e colloquio col personale medico e paramedico (febbraio 2000)

## **Giardino sperimentale per anziani ad autonomia limitata** Monza, Milano

### **Informazioni generali**

**Denominazione** Giardino sperimentale per anziani  
ad autonomia limitata

**Ubicazione** Monza, Milano, Italia

**Correlazione** Inserito nel Centro diurno per anziani  
Costa Bassa

**Ente amministratore** Cooperativa sociale La Meridiana

**Committente** Cooperativa sociale La Meridiana

**Progettista** Giovanni Ingrao, allestimento degli spazi  
esterni; con la consulenza della Cooperativa  
sociale La Meridiana di Monza e la collabo-  
razione dell'UILDM (Unione Italiana Lotta  
alla Distrofia Muscolare) di Monza e della  
Scuola Agraria di Monza

**Anno di costruzione** 1996

**Tipo di intervento** Progettazione di area verde

### **Dati dimensionali**

Superficie del giardino 6000 mq

Ricettività 40 malati

### **Dati descrittivi del giardino**

Il Giardino sperimentale per anziani ad autonomia limitata è situa-  
to all'interno del Parco di Monza, in posizione antistante il centro  
diurno per anziani Costa Bassa (fig.2).

L'accesso al lotto che ospita il centro diurno e il giardino avviene





Fig.2



Fig.3



Fig.4

Un corrimano in legno (dotato di tavolette in Braille per i non vedenti) guida l'intero percorso, offrendo all'anziano la possibilità del sostegno, ed è previsto solo su un lato per consentire l'accesso al prato, sull'altro lato del percorso (fig.5). Quest'ultimo racchiude un'area a prato non calpestabile ed è circondato da un'ulteriore fascia verde, in una parte della quale è prevista una zona che consente di sperimentare un progetto terapeutico, l'orticoltura.

Lungo il percorso anulare sono distribuite varie aree di sosta organizzate con panchine in legno, dall'aspetto tradizionale, la cui distanza l'una dall'altra è tale da permettere l'affiancamento di eventuali carrozzine (fig.6). Da ognuna di tali aree è possibile una visuale completa di tutto il giardino.

Attorno al percorso, oltre alle aree di sosta, sono distribuite aiuole con particolari specie vegetali atte a stimolare l'olfatto e l'odorato degli anziani, nonché nidi e contenitori per il becchime, posti su pali, per risvegliare la curiosità degli ospiti.

La vegetazione è il risultato di una scelta mirata a evitare situazioni di pericolo: le piante, mai velenose, si presentano con colori e profumi attraenti (lavanda, erba cipollina, rododendro).

Si sono inoltre evitati alberi a chioma larga o siepi che limitino la visuale, al fine di agevolare gli operatori nell'attività di controllo e gli ospiti nell'orientamento spaziale.

Infatti, non esistono telecamere e il controllo visivo dell'intera area è anche possibile da una piazzola centrale, posizionata all'ingresso del giardino (fig.7), così come dall'interno del centro diurno attraverso finestre e una porta a vetri.

Nel giardino viene sperimentata in chiave terapeutica l'orticoltura: così sono stati predisposti dei bancali e degli orti, ergonomicamen-



Fig.5



Fig.6



Fig.7

te progettati, per consentire agli anziani, qualsiasi sia la loro condizione fisica, la coltivazione di vegetali. Tale attività ha obiettivi occupazionali e riabilitativi e mira ad aumentare nel malato la fiducia nelle proprie capacità (figg.8,9,10).

Trattandosi di un giardino annesso ad un centro diurno, non è presente alcun sistema di illuminazione.

### **Scheda critica**

L'obiettivo della committenza del Giardino per anziani ad autonomia limitata è stato quello di realizzare un'area verde che potesse soddisfare le esigenze di un'utenza anziana allargata, eterogenea quindi nei tipi di deficit e nei comportamenti ad essi relativi.

L'attenzione posta alle necessità delle persone affette da demenza senile, così come degli ipovedenti o degli ospiti con problemi motori, si è tradotta in un progetto che tenta di consentire la fruibilità dello spazio verde e dei suoi arredi a ciascuno di questi gruppi: proprio per questo solo alcuni aspetti del progetto risultano corretti per il malato di Alzheimer.

Circa la tipologia, il lotto di terreno su cui insiste il giardino è di forma rettangolare e presenta un percorso il cui sviluppo anulare garantisce il vagabondaggio, specifica esigenza del malato di Alzheimer, e lo sostiene nell'orientamento spaziale: l'assenza di bivi e di incroci gli permette infatti di muoversi in libertà e sicurezza senza perdersi né confondersi, mentre le otto aree di sosta, organizzate con panchine in legno dall'aspetto familiare, e le aiuo-



Fig.8



Fig.9



Fig.10

le con essenze profumate assolvono all'esigenza tanto del riposo, quanto del benessere psicologico.

La condizione di complanarità fra il giardino e il centro diurno, destinato all'ospitalità di anziani in generale, rende inoltre facile ed autonoma l'accessibilità all'area verde da parte del malato.

Il giardino è privo di un sistema di illuminazione, benché necessario nel caso in cui si voglia usufruire dell'area in quelle stagioni in cui l'intensità della luce diurna è scarsa.

I materiali usati per gli arredi, il legno e il cotto, rispondono alla precisa volontà di creare un ambiente psicologicamente accogliente e familiare nell'aspetto, ma la pavimentazione, per i suoi intervalli di trama, risulta negativa per il malato di Alzheimer, che è soggetto, per la sua tendenza a trascinare i piedi, al pericolo delle cadute; inoltre le alternanze di tessitura dei piani di calpestio possono generare in lui crisi allucinatorie.

Quindi da un lato il progetto soddisfa molti degli specifici bisogni del malato di Alzheimer: lo sviluppo anulare del percorso, la presenza di spazi che consentono sia il riposo sia lo svolgimento di attività terapeutiche (per esempio, l'orticoltura), la scelta dei materiali, attenta alla continuità culturale con il *modus vivendi* dell'anziano, sono tutte caratteristiche coerenti all'obiettivo di sostenere le esigenze del malato di Alzheimer. Dall'altro, i particolari disturbi di carattere cognitivo e psicologico del demente fanno ritenere di difficile gestione la concomitanza della sua presenza con altri anziani, nello stesso ambito spaziale: le dimensioni eccessive dell'area, per esempio, possono causargli crisi di ansia con deleterie

ripercussioni sugli altri ospiti, così come creare difficoltà al controllo visivo da parte del personale. Ciò conferma come tali malati costituiscano un gruppo di riferimento che impone scelte progettuali mirate.

### **Fonti**

- Valla P., *Architettura e giardini per l'Alzheimer. Il progetto come strumento terapeutico*, Milano 1999
- Sopralluogo e colloquio col personale medico e paramedico (gennaio 2000)

### **Informazioni generali**

<b>Denominazione</b>	Casa di Narnali
<b>Ubicazione</b>	Narnali, Prato, Italia
<b>Correlazione</b>	Inserito nella RSA di Narnali (Po)
<b>Tipo di nucleo</b>	Centro diurno
<b>Ente amministratore</b>	ASL 4, Prato
<b>Committente</b>	ASL 4, Prato
<b>Anno di costruzione</b>	1998
<b>Tipo di intervento</b>	Riconversione di una parte della RSA

### **Dati dimensionali**

Superficie del nucleo 300 mq  
Ricettività 10 malati

### **Dati descrittivi dell'edificio**

#### **Caratteristiche planimetriche e distributive**

Il nucleo è situato al piano terra della RSA di Narnali (Prato). Presenta una pianta rettangolare e la distribuzione degli ambienti si articola lungo un corridoio, a destra e a sinistra del quale si aprono le varie unità ambientali.

Tutte queste, ad eccezione della camera di degenza, presentano un accesso diretto all'area esterna (fig.1).

Il corridoio è interrotto nel suo sviluppo da un divano che, lì posto a definire il confine del nucleo rispetto alla RSA, costituisce una barriera fisica al vagabondare del malato.



Fig.1

### **Unita' ambientali**

Il nucleo prevede due locali soggiorno, due sale da pranzo con cucinotto, una camera di degenza, cinque bagni non assistiti, un'infermeria e un locale per la registrazione degli ospiti.

### **Accesso**

L'accesso al lotto, sul quale insiste la RSA, avviene attraverso un cancello di circa 150 cm, privo di telecamere di controllo e azionato dall'interno dell'edificio.

Una porta vetrata non controllata, dotata all'interno di maniglione antipánico, permette di accedere al nucleo vero e proprio (fig.2); dalla stessa porta i pazienti possono liberamente raggiungere lo spazio verde, collocato a fianco del nucleo, e non ancora realizzato con modalità dedicate alla malattia.

### **Sistema di controllo**

Non è stato previsto un sistema di controllo di tipo tecnologico.

## **Sistema di illuminazione**

L'illuminazione artificiale è ottenuta tramite luci al neon.

Non sono previste lampade da tavolo.

## **Analisi delle unità ambientali**

### **Camera di degenza**

Trattandosi di un centro diurno è presente una sola camera per consentire l'eventuale richiesta di riposo di un malato.

Questa presenta un letto di tipo comune privo di sponde mobili, un armadio con ante e scaffali a vista e una poltrona.

Tali componenti di arredo sono del tutto simili a quelle di una comune abitazione e presentano colori pastello (fig.3).

Le pareti sono bianche e il pavimento è in piastrelle grigie. La porta d'ingresso alla camera, dotata di maniglia a pomello, è evidenziata con un colore brillante e ad essa è affisso un cartello con una scritta che indica la funzione di quella determinata unità ambientale (fig.4).

### **Bagno**

Nel nucleo sono presenti cinque bagni, la dotazione dei quali consiste in un wc e in un lavabo con rubinetteria a leva.

La porta di accesso ai bagni è segnalata anch'essa con un cartello.

### **Soggiorno**

La prima unità ambientale che si incontra appena entrati nel nucleo è il soggiorno destinato alle attività riabilitative (fig.5).

Poltrone e divani in vimini, con cuscini di colore verde pastello, sono disposti attorno a tavoli e presentano un aspetto domestico e familiare.

Un'altra stanza, di dimensioni minore rispetto al soggiorno, consente conversazioni più intime e una maggiore privacy: anche qui sono stati adottati poltrone e divani di colore contrastante rispetto a quello della parete, bianca come in tutto il resto del nucleo (fig.6).



Fig.2



Fig.3



Fig.4



Fig.5

### **Sala da pranzo**

La sala da pranzo è costituita da due ambienti contigui e privi di barriere visive o fisiche. L'arredo della sala da pranzo, costituito da una credenza, un mobile con vetrina, un frigorifero, due tavoli con sedie, è di tipo familiare ed è di colore blu (fig.7).

Alle pareti sono appesi quadri che riproducono nature morte (fra le quali un cesto di frutta), al fine di aiutare il malato a ricordare la destinazione d'uso della sala da pranzo (fig.8).

### **Cucina terapeutica**

Il nucleo presenta, all'interno della sala da pranzo, un cucinotto di tipo comune, gestito prevalentemente dagli operatori, dove gli ospiti vengono coinvolti, a fini terapeutici, nella preparazione di cibi semplici.

### **Scheda critica**

I servizi socio-sanitari della Regione Toscana hanno privilegiato un tipo di assistenza all'anziano demente che favorisce la sua permanenza nell'ambiente familiare, attivando mirati interventi domiciliari e fornendo supporto alla famiglia per periodi determinati.

I servizi sono organizzati secondo un modello a rete, il cui motore è rappresentato dalla Unità Valutativa Geriatrica (U.V.G.), un gruppo multidisciplinare che si occupa dell'anziano e delle sue esigenze a livello sanitario. I nodi fondamentali della rete sono l'ospedale, l'assistenza domiciliare integrata e le residenze sanitarie assi-



Fig.6



Fig.7



Fig.8

stenziali (RSA), all'interno delle quali è prevista la creazione di centri dedicati alle specifiche esigenze del malato di Alzheimer. L'area di Prato ha recepito con particolare sollecitudine questa direttiva regionale ed ha realizzato all'interno di una delle sue RSA un nucleo per l'accoglienza diurna. Il centro diurno di Narnali (Po) ospita, quindi, dal lunedì al sabato, dalle 8.30 alle 19.00, dieci anziani che si trovano nella fase intermedia della malattia.

Poiché vincolato nell'articolazione degli spazi dalla struttura preesistente, il nucleo, si articola lungo un corridoio che non ha le caratteristiche di un percorso di vagabondaggio. Per lo stesso motivo esso presenta la netta delimitazione fisica di ogni unità ambientale che si riverbera sulla già scarsa capacità di orientamento del malato.

Dal punto di vista morfologico, le caratteristiche di familiarità del nucleo contribuiscono al benessere psicologico e all'orientamento dell'ospite all'interno dell'ambiente: ad esempio, gli arredi della cucina terapeutica e della sala da pranzo presentano un aspetto del tutto simile a quello che si incontra nella maggior parte delle cucine-tinello delle persone anziane di oggi. Essi, inoltre, si distinguono cromaticamente dagli altri ambienti, al fine di sostenere l'orientamento spaziale del malato.

L'illuminazione naturale del soggiorno è affidata a piccole aperture (quasi delle feritoie) che riducono l'intensità della luce naturale all'interno dell'ambiente. Dal punto di vista della sicurezza, la mancanza di un sistema di controllo di tipo tecnologico è stata voluta per accentuare il carattere di domesticità della struttura,

anche se ciò comporta problemi al personale d'assistenza per l'assenza di opportune delimitazioni con la RSA e con l'esterno, atte ad evitare i tentativi di fuga.

Il mancato adattamento della struttura preesistente alle esigenze del nuovo gruppo di fruitori si riscontra in altri particolari: ad esempio nella tessitura del pavimento del corridoio. Qui, i riquadri di mattonelle di un colore diverso rispetto a quello del resto della pavimentazione sono interpretati da alcuni malati come buchi pericolosi o variazioni di pendenza, di fronte ai quali il loro comportamento è quello di camminare rasente i riquadri stessi, nel tentativo di evitare il supposto baratro. Ugualmente le maniglie a pomello delle porte sono difficili da usare per il malato.

Per quanto riguarda il sistema di segnaletica, poiché il livello di deficienza cognitiva dei malati non è omogeneo, il ricorso al solo lettering appare riduttivo; esso potrebbe essere integrato da una gamma diversificata di segnali, iconici e cromatici.

### **Fonti**

- Sopralluogo e colloquio col personale medico e paramedico  
(gennaio 2000)

**Informazioni generali**

**Denominazione** Nuclei Alzheimer presso l'Istituto geriatrico Camillo Golgi

**Ubicazione** Abbiategrasso, Milano, Italia

**Correlazione** Inserito nell'Istituto geriatrico Camillo Golgi

**Tipo di nucleo** Residenza assistita a carattere temporaneo e residenza assistita a carattere permanente

**Ente amministratore** II.PP.A.B. - Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza

**Committente** II.PP.A.B. - Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza

**Progettista** Umberto Capelli, progetto architettonico;  
Rudy Masella, direzione dei lavori

**Anno di costruzione** 1994-1995

**Tipo di intervento** Nuova costruzione

**Dati dimensionali**

Superficie dei due nuclei 2025 mq

Superficie del giardino "a" 860 mq

Superficie del giardino "b" 1064 mq

Ricettività 40 malati

**Dati descrittivi dell'edificio**

**Caratteristiche planimetriche e distributive**

I nuclei Alzheimer di Abbiategrasso sono costituiti da due residen-



Fig.1

ze assistite, una a carattere temporaneo, una permanente, e sono inseriti nell'Istituto geriatrico Camillo Golgi.

L'edificio che ospita i due nuclei Alzheimer rispetta le caratteristiche morfologiche della struttura settecentesca dell'Istituto geriatrico a cui è collegato; ne riproduce, cioè, la stessa tipologia a corte e, secondo la logica dell'impianto claustrale, presenta un giardino al suo interno (fig.1).

Ogni piano è diviso longitudinalmente in due metà, che presentano simmetricamente la stessa articolazione di camere e locali di servizio. Una volta varcato l'ingresso, un percorso ad anello consente di accedere, sul lato ad esso esterno, alle camere di degenza e ai relativi servizi, su quello interno, oltre ad alcune camere di degenza, a locali per le visite mediche, a bagni assistiti, a spogliatoi e a una biblioteca per il personale. Su tre dei quattro lati che racchiudono la corte si aprono, a destra e a sinistra del percorso, i locali soggiorno, le sale da pranzo e la stanza destinata al controllo tramite monitor: da questi si accede al giardino, interno alla corte stessa.

### **Unità ambientali**

I nuclei prevedono venti camere di degenza singole e dieci doppie con bagni condivisi da ogni due camere, due locali soggiorno, quattro sale da pranzo, due bagni assistiti, una piccola cucina di piano, un ambiente per la terapia occupazionale, quattro locali con relativi servizi igienici per il personale medico e infermieristico, una biblioteca e due spogliatoi per il personale con relativi servizi igienici.

### **Accesso**

L'accesso al reparto avviene attraverso una porta che si apre solo in base a un codice in possesso di medici e infermieri.

### **Sistema di controllo**

Un sistema di controllo centralizzato, costituito da telecamere collegate ad una postazione dotata di computer, permette di monitorare i comportamenti dei malati ovunque essi si trovino. Ai piedi del letto sono collocati dei sensori capaci di rilevare la variazione di pressione, qualora il paziente si alzi.

Il sistema funziona per allarmi sonori progressivi: se il malato si alza, alla postazione di controllo arriva un primo segnale di allarme; se la permanenza nel bagno si prolunga, l'allarme si fa più intenso; se il paziente esce nel corridoio o entra in un'altra camera il segnale di allarme registra la massima sonorità.

Le camere di degenza sono dotate anche di rilevatori volumetrici, la cui attivazione, prevista solo durante la notte, dà luogo a differenti soglie di allarme corrispondenti a tre eventi critici: 1) abbandono del letto; 2) uscita dalla camera e mancato rientro nell'arco di un tempo predefinito; 3) uscita dall'anticamera.

## **Analisi delle unità ambientali**

### **Camera di degenza**

Le camere di degenza sono a uno o a due letti e sono collegate a gruppi di due per mezzo di un'anticamera che dà anche accesso al bagno comune.

La camera tipo presenta letti con sponde mobili, un tavolino, comodini, armadi e poltrone.

Per facilitare l'orientamento, le porte delle stanze, viste dall'anticamera, hanno un colore diverso l'una dall'altra. Inoltre, sono dotate di oblò, per consentire tanto il controllo del paziente, quanto il riconoscimento della stanza come propria da parte dello stesso malato. La pavimentazione è in linoleum ed è uniforme nel colore.

## **Bagno**

I bagni delle camere di degenza sono dotati di una tazza wc fornita di doccetta e di maniglioni di sostegno, di una doccia con seggiolino, di un lavabo con poggiagomiti.

Il bidet e lo specchio sono assenti.

Le porte sono di un colore diverso rispetto a quello delle camere di degenza e sono dotate di oblò.

## **Bagno assistito**

I bagni assistiti ospitano, oltre ai sanitari già descritti, una vasca assistita al posto della doccia col seggiolino.

## **Sala per la terapia occupazionale**

I nuclei possiedono una stanza destinata alla riabilitazione psicomotoria.

Si tratta di un ambiente che prevede più punti di interesse: una cucina terapeutica a scomparsa, che permette di preparare pasti semplici con l'ausilio di un operatore; un computer per consentire al malato l'accesso ad alcuni siti di cantanti del passato secondo un programma di stimolazione multimediale già applicato con esiti positivi in Finlandia; una vecchia macchina da cucire Singer; un recinto gommoso dove i malati possono muoversi come meglio credono senza alcun pericolo.

## **Soggiorno**

I locali soggiorno sono passanti rispetto al corridoio che li divide in due zone, una arredata con tavoli e sedie per le attività di gruppo e l'altra con poltrone di aspetto familiare disposte a circolo.

Da quest'ultima zona si accede al giardino.

## **Sala da pranzo**

Le sale da pranzo sono anch'esse passanti rispetto al corridoio e pertanto individuano ognuna due ambienti, da uno dei quali si accede al giardino.

### **Cucina terapeutica**

La preparazione di cibi da parte dei malati, a fini terapeutici, avviene tramite una cucina a scomparsa collocata nell'ambiente destinato alle terapie occupazionali.

### **Dati descrittivi del giardino**

I nuclei presentano due giardini ad essi complanari. Il primo è situato al centro della corte, circondato dal resto dell'edificio, e presenta un percorso anulare, scandito da aiuole e da aree di sosta accessibili dal percorso stesso. L'altro, destinato ai malati che si trovano al primo stadio della malattia, è compreso fra il vecchio e il nuovo corpo di fabbrica e si articola come uno spazio urbano, del tutto pavimentato e privo di percorsi dedicati.

L'accesso al giardino avviene dai locali soggiorno e dalle sale da pranzo ed è controllato, così come il resto dell'area, da telecamere a raggi infrarossi collegate alla postazione di controllo.

Le piante sono scelte fra quelle non tossiche per motivi di sicurezza. Il loro aspetto cambia con le stagioni, in modo da stimolare nel paziente l'orientamento temporale.

### **Scheda critica**

L'Istituto Golgi di Abbiategrasso è nella Provincia di Milano un presidio di primaria importanza per l'assistenza ai malati di Alzheimer. Non solo, infatti, è un Centro Regionale per la diagnosi e per l'assistenza della malattia di Alzheimer (CRA) nel Piano Alzheimer della Regione Lombardia, ma collabora anche con Moyra Jones nell'applicazione del modello assistenziale canadese Gentle Care.

L'edificio, sorto ai tempi di Maria Teresa d'Austria per l'assistenza ai poveri con il nome di Pia Casa degli schiffosi e degli incurabili, oggi, pur mantenendo inalterata la fisionomia esterna di palazzo settecentesco, è stato trasformato in un moderno istituto geriatrico

che, fra l'altro, ospita due nuclei Alzheimer destinati ad accogliere pazienti dementi in degenza sia riabilitativa (IDR), che continuativa (RSA). Nemmeno l'intervento progettuale sugli spazi destinati all'Alzheimer ha alterato la tipologia preesistente. I due nuclei insistono quindi su una corte risolta a giardino dedicato. Secondo alcuni medici e operatori, tale soluzione a corte con area verde al centro risulta ottima perché garantisce al malato la massima libertà di movimento nella massima sicurezza. La corte, infatti, non solo consente lo sviluppo anulare del percorso interno, in questo caso ritmato da locali di soggiorno passanti, ma permette anche una fruizione del giardino in condizioni di autonomia e di sicurezza.

Il preesistente impianto tipologico si è dimostrato flessibile per una distribuzione degli ambienti correlata alle esigenze del malato, ma poco felice per il controllo visivo diretto da parte degli operatori. Ciò ha determinato il ricorso a sistemi di controllo di tipo tecnologico e ad una presenza consistente di operatori per sorvegliare con efficacia i malati. I nuclei e il giardino sono complanari, ma gli accessi all'area esterna sono pochi, considerato che sono possibili solo in tre punti del percorso, lungo circa 171 metri.

Circa le dotazioni tecnologiche, il reparto presenta un sistema di controllo che, tramite telecamere e rilevatori volumetrici, consente di sorvegliare i malati. Tali dotazioni, giustamente, non sono state accompagnate da una riduzione di personale specializzato, fondamentale e insostituibile nell'assistenza alla persona colpita da demenza. Nel complesso i due nuclei, soddisfacendo quasi del tutto sia i requisiti di natura dimensionale, sia quelli tipologico-distributivi e tecnologici, costituiscono in Italia uno dei migliori esempi di ambiente protesico dedicato ai malati di Alzheimer.

### **Fonti**

- Valla P., *Architettura e giardini per l'Alzheimer. Il progetto come strumento terapeutico*, Milano 1999

- Sopralluogo e colloquio col personale medico e paramedico (gennaio 2000)

# Casa di Riposo Santa Maria della Misericordia

Montespertoli, Firenze

## Informazioni generali

**Denominazione** Nucleo Alzheimer presso la Casa di Riposo Santa Maria della Misericordia

**Ubicazione** Montespertoli, Firenze, Italia

**Correlazione** Inserito nella Casa di Riposo Santa Maria della Misericordia

**Tipo di nucleo** Residenza assistita a carattere temporaneo

**Committente** Casa di Riposo Santa Maria della Misericordia

**Anno di costruzione** 1999

**Tipo di intervento** Riconversione di una parte del secondo piano della Casa di Riposo

## Dati dimensionali

Superficie del nucleo 320 mq

Ricettività 13 malati

## Dati descrittivi dell'edificio

### Caratteristiche planimetriche e distributive

Il nucleo Alzheimer di Montespertoli è una residenza assistita a carattere temporaneo inserita al secondo piano della Casa di Riposo Santa Maria della Misericordia.

A causa dei vincoli dettati dalla superficie e dalla volumetria preesistenti, il nucleo si articola su due livelli, sfalsati di circa 150 cm e collegati da una scala. Al livello più basso, lungo un corridoio, si aprono l'infermeria, le camere dei malati più gravi e il bagno assi-

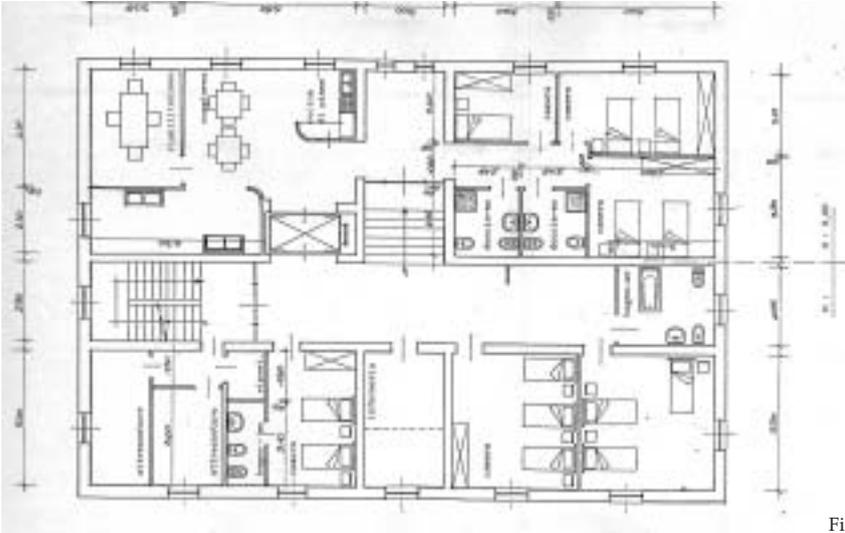


Fig.1

stato: salite le scale, a destra sono distribuite le camere degli ospiti che mantengono ancora inalterata parte della loro facoltà di deambulazione e due servizi igienici comuni, mentre a sinistra si trovano la sala destinata alla riabilitazione, una piccola zona per le proiezioni televisive e un angolo cucina con la sala da pranzo (fig.1).

### Unità ambientali

Il nucleo prevede, al livello più basso, due camere di degenza triple, una doppia dotata di servizio igienico, un'infermeria e un bagno assistito, mentre al livello più alto si trovano una camera singola, due doppie, due bagni, una sala destinata alla riabilitazione, un angolo tv, una cucina di piano con la sala da pranzo.

### Accesso

Entrati nella Casa di Riposo, l'accesso al reparto, situato al secondo piano, avviene tramite un ascensore, azionato solo dai medici e dagli infermieri tramite un codice.

### Sistema di controllo

Non è stato previsto un sistema di controllo di tipo tecnologico.



Fig.2



Fig.3



Fig.4



Fig.5

### **Sistema di illuminazione**

L'illuminazione artificiale avviene tramite luci al neon.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camera di degenza**

La camera di degenza tipo presenta letti comuni con struttura in metallo, un semplice comodino con una lampada, un armadio e una sedia di tipo comune (figg.2,3). Le pareti sono bianche e il pavimento è realizzato in piastrelle di colore blu. La porta d'ingresso alla camera è in legno e ne conserva il colore, differenziandosi da quella rossa dei bagni e da quella gialla della sala destinata alla riabilitazione (figg.4,5,6). Un foglio affisso alla porta presenta il disegno del letto, l'indicazione della destinazione d'uso e il nome dei pazienti ospiti.

#### **Bagno**

I bagni sono tre e presentano un water bianco di tipo tradizionale con la tavola colorata di rosso per richiamare l'attenzione del malato (fig.7), un bidet di tipo comune, una doccia rudimentale, costituita da una sedia da giardino in plastica e metallo circondata da un box con antine ripiegabili, e un lavabo con rubinetteria ad avvita-

#### **Bagno assistito**

Il bagno assistito è dotato di sanitari della ditta Bocchi di Milano: il water presenta un incavo per facilitare le operazioni di igiene,



Fig.6



Fig.7



Fig.8



Fig.9



Fig.10

ma è sprovvisto di doccetta (fig.8); la vasca, con accesso frontale, è concepita in modo che il paziente possa stare seduto durante le operazioni di lavaggio (fig.9). La seduta funge anche da tazza wc e la regolazione dell'acqua è affidata ad un sistema di miscelazione antiscottatura. Sono presenti inoltre un lavabo e un bidet di tipo normale.

### **Soggiorno**

Il soggiorno è pensato come una sala destinata alla riabilitazione e all'orientamento ed è arredato con un tavolo circondato da sedie attorno al quale si svolgono attività di gruppo; alle pareti sono appesi dei pannelli che indicano il giorno, il mese e l'anno con lo scopo di mantenere viva la percezione temporale.

### **Sala da pranzo**

La sala da pranzo è realizzata in modo tale da creare un unico ambiente con la piccola cucina di piano: è uno spazio dall'aspetto domestico e familiare, molto simile a quello di una comune abitazione (fig.10). Esso presenta quattro tavoli da quattro posti ciascuno: le superfici di rivestimento di tavoli e sedie sono di colore blu per renderli evidenti rispetto alle pareti che invece sono tinte di rosa. Il rivestimento delle sedie è in tessuto impermeabile per motivi di igiene.

### **Cucina terapeutica**

Le pietanze provengono dalla cucina centrale della casa di riposo,

ma al piano è possibile preparare dei pasti semplici con l'ausilio degli operatori, al fine di stimolare le capacità residue dei pazienti in tale attività occupazionale.

L'arredo della cucina è molto simile a quello di una comune abitazione: presenta pensili le cui ante si aprono grazie a maniglie metalliche dalla superficie riflettente, un doppio lavabo e il blocco della cucina, dotata di fornelli di tipo comune.

### **Scheda critica**

Il nucleo è il risultato di una riconversione compiuta al secondo piano della casa di riposo, pertanto la preesistente articolazione dello spazio ha vincolato le scelte di progetto, condizionando la soluzione distributiva allo spazio dato. Ad esempio, la collocazione del reparto su due livelli (sfalsati di circa 150 cm) costringe alla presenza di una scala che, per quanto delimitata da lastre di vetro alte circa 90 cm e provvista di pedate con strisce anticaduta, costituisce una barriera al libero percorso del malato. Ancora la preesistente articolazione dello spazio ha impedito la realizzazione di un percorso di vagabondaggio, negando al malato la possibilità di una libera e autonoma deambulazione. Gli ambienti comuni non presentano barriere fisiche e/o visive fra loro, garantendo al malato la loro completa percezione e facilitando al personale l'attività di controllo visivo diretto. E' presente una zona destinata alle proiezioni televisive, ma l'accesso non è limitato, con l'implicita possibilità che alcuni pazienti possano essere turbati da suoni e immagini.

Da un punto di vista morfologico, la zona giorno presenta una dimensione domestica; le camere di degenza, invece, sono asettiche e impersonali. I bagni, fatta eccezione per quello assistito, presentano sanitari a volte rudimentali e improvvisati, come la doccia con antine ripiegabili dotata di una sedia simile a quella da giardino.

E' stata posta attenzione nell'individuazione delle potenzialità offerte dai contrasti cromatici, utili a compensare le alterazioni cognitive e visive dei malati di Alzheimer: i corridoi di sostegno

e gli arredi della sala da pranzo contrastano nettamente con il colore della parete, così come diverso è il colore delle porte in funzione delle differenti destinazioni d'uso delle singole unità ambientali alle quali danno accesso.

La parete esterna dell'ascensore che conduce al reparto presenta invece un rivestimento metallico, traslucido e riflettente, potenziale causa di crisi allucinatorie per il malato di Alzheimer.

Va notato che la collocazione del reparto al secondo piano impedirà gli spostamenti autonomi da parte dei malati nel raggiungere con facilità il giardino, quando in futuro - come auspicato - verrà progettato.

### **Fonti**

- Sopralluogo e colloquio col personale medico e paramedico (gennaio 2000)

**Informazioni generali**

**Denominazione** Nuclei Alzheimer presso Il Melo, Centro di cooperazione sociale

**Ubicazione** Gallarate, Varese, Italia

**Correlazione** Inseriti nella casa di riposo privata Il Melo

**Tipo di nucleo** Residenza assistita a carattere permanente

**Ente amministratore** Il Melo, Centro di cooperazione sociale, Gallarate, Varese

**Committente** Il Melo, Coop. S.r.l.

**Progettista** Marco Foglia, progetto architettonico

**Anno di costruzione** 1999

**Tipo di intervento** Riconversione di una parte della casa di riposo, già destinata a residenza sanitaria

**Dati dimensionali**

Superficie dei due nuclei 884 mq

Superficie del giardino d'inverno 320 mq

Ricettività 32 malati

**Dati descrittivi dell'edificio**

**Caratteristiche planimetriche e distributive**

I due nuclei Alzheimer, situati al secondo piano della casa di riposo, insistono su una superficie rettangolare allungata e sono collocati uno di seguito all'altro lungo un corridoio (fig.1).

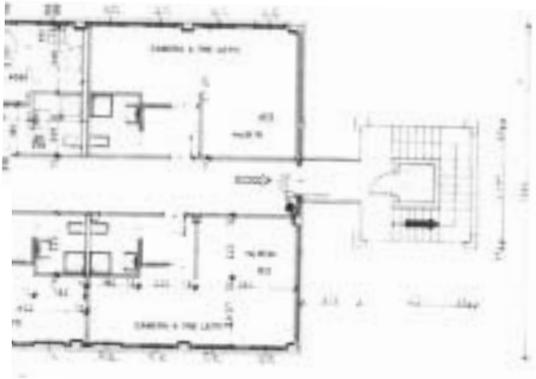


Fig.1

La distribuzione degli ambienti è la stessa per entrambi i nuclei: lungo il corridoio a fondo cieco si aprono le camere di degenza, gli spazi comuni, una cucina di piano, un locale per il personale. Due dei tre locali soggiorno (quelli destinati anche all'attività del pranzo) non presentano barriere fisiche rispetto al corridoio.

### **Unità ambientali**

I nuclei prevedono quattro camere singole, cinque doppie, sei triple, quattordici bagni per i malati, due bagni per il personale, due bagni assistiti, due zone pranzo, un soggiorno, una cucina di piano, due ripostigli.

### **Accesso**

L'accesso ai nuclei è unico e avviene attraverso una porta la cui apertura è azionata tramite una scheda magnetica in possesso di medici e infermieri.

### **Sistema di controllo**

Non è previsto un sistema di controllo di tipo tecnologico.

### **Sistema di illuminazione**

L'illuminazione naturale è garantita da finestrate presenti in ogni singolo ambiente, fatta eccezione per i servizi igienici, mentre il sistema di illuminazione artificiale avviene tramite luci al neon.



Fig.2



Fig.3



Fig.4



Fig.5

## **Analisi delle unità ambientali**

### **Camera di degenza**

Le camere presentano diverse soluzioni distributive: quella che raggruppa una camera singola e una doppia, collegate da un disimpegno, sul quale si apre anche la porta del bagno; quella a tre letti con disimpegno sul quale si apre la porta del bagno; quella di gruppi di due camere doppie, servite da un'anticamera e precedute da un disimpegno sul quale si apre il bagno comune.

L'arredamento è uguale per tutte le camere, ad esclusione della definizione cromatica, diversa per i due nuclei, tanto che si parla di "nucleo verde" e di "nucleo giallo" (figg.2,3).

L'anticamera, delimitata a destra e a sinistra da due mobili con scaffali, alti circa 200 cm, ospita un divano e una poltrona (figg.4,5); la camera vera e propria presenta letti con sponde mobili, comodini con cassetti, mensole e armadi (fig.6).

Tali componenti di arredo sono in legno e la soluzione cromatica (il giallo o il verde a seconda del nucleo) caratterizza integralmente e omogeneamente ogni particolare e ogni finitura, dalle lenzuola al rivestimento del pavimento.

Le pareti dietro la testata dei letti sono rivestite, fino ad un'altezza circa di 180 cm, da una boiserie in legno naturale, per il resto presentano una normale finitura bianca, come il soffitto.

Le porte d'ingresso alle camere sono tutte dello stesso colore e, a fianco, presentano una targa con il nome degli ospiti e una figura colorata (fig.7).



Fig.6



Fig.7



Fig.8

## **Bagno**

I bagni hanno una porta scorrevole bianca, dotata di maniglione colorato, le cui dimensioni consentono l'ingresso di una sedia a ruote.

Il lavabo, dotato di poggiagomiti e di rubinetteria con comando a leva, è sormontato da uno specchio (fig.8); la tazza wc è sospesa, per rendere più agevoli le operazioni di pulizia, ed è dotata di doccetta per l'igiene del malato; la doccia si compone di un seggiolino e di un maniglione di sostegno per dare sicurezza al paziente durante il lavaggio (fig.9); è assente il bidet.

## **Bagno assistito**

Il bagno assistito, oltre ad ospitare un lavabo e una tazza wc del tutto uguali a quelli dei bagni delle camere, presenta una vasca assistita.

## **Soggiorno**

I nuclei presentano tre sale polivalenti che si prestano sia allo svolgimento delle attività occupazionali, sia ad accogliere i pazienti durante le ore dei pasti.

Il rivestimento delle pareti è in legno e quello della pavimentazione è in linoleum.

E' presente la televisione (fig.10).

## **Sala da pranzo**

Dotata di tavoli e sedie disposti al centro della stanza, è affiancata da una cucina di piano a supporto di quella centrale, dalla quale provengono i pasti.



Fig.9



Fig.10



Fig.11



Fig.12

### **Cucina terapeutica**

Non è presente la cucina terapeutica. La cucina di piano è di uso esclusivo del personale.

### **Dati descrittivi del giardino**

Sullo stesso piano dei nuclei è situato un giardino d'inverno, cioè uno spazio chiuso che ricostruisce artificialmente un'area verde dedicata. Esso non è direttamente collegato ai due nuclei e per accedervi è necessario abbandonare l'area protetta e attraversare la cappella della casa di riposo.

L'accesso al giardino è controllato da un codice in possesso degli operatori ed è consentito solo se accompagnati da questi ultimi.

Articolato su una superficie di circa 300 mq, il giardino presenta una zona rettangolare di circa 120 mq, detta "piazza", e un'area dotata di numerosi punti di attrazione che delimitano un percorso circolare.

Data l'artificialità dell'area verde, la vegetazione è simulata con una carta da parati che ricrea un finto bosco a grandezza naturale, benché sia prevista una zona dove coltivare alcune piante scelte fra quelle non tossiche (fig.11).

Nella cosiddetta "piazza", delimitata da panchine e piantumazioni perimetrali, gli ospiti possono assecondare la pulsione al vagabondaggio e dedicarsi ad attività varie, dal gioco delle bocce a quello del bowling. Nell'altra zona, circondata da una terrazza e da due piccole serre, separate una dall'altra da una sorta di cortile-aiola al



Fig.13



Fig.14



Fig.15



Fig.16

chiuso (fig.12), si svolgono la maggior parte delle attività. Al suo centro è presente un gazebo che ricorda l'atmosfera del rifugio, del riparo: monopanche, disposte circolarmente intorno ad un acquario, consentono la sosta, allietata da suoni naturali e suggestive atmosfere musicali (fig.13). Intorno al gazebo sono sistemate zone di stimolo per i malati: una è la cosiddetta area "en plein air", un angolo-bosco realizzato con materiali sintetici, dotato di appariscenti sedute che simulano tronchi di albero e di "poltrone sacco" che dovrebbero suggerire massi o pietre (figg.14,15). Un'altra, caratterizzata da riferimenti agresti, evocativi delle attività svolte nell'aia e nel cortile, ospita, oltre a polli e conigli, due piccoli orti con bancali rialzati; sono presenti, inoltre, oggetti di vario tipo come ruote, pompe di biciclette, centrifughe per insalate, sgranatori manuali per il granturco (per la preparazione dei cibi destinati agli animali), al fine di consentire agli ospiti la libertà inventiva e manipolativa. Un'altra zona consiste nell'angolo dei ricordi che simula una soffitta e contiene oggetti destinati a stimolare nel malato la memoria del passato: un pianoforte, sedie a dondolo, un passeggino, un vestito da sposa, stoffe che ricordano quelle del passato, sia nella tessitura che negli odori che emanano (figg.16,17,18). Ancora una piccola casa in legno, simile ad uno chalet, presenta, al suo interno, una poltrona e una radio anni '30, funzionante (fig.19). Due ampie voliere, ricavate nei muri perimetrali delle serre e dotate di vetri antisfondamento, ospitano piccoli roditori e volatili da cortile accuditi dagli stessi ospiti (fig.20).



Fig.17



Fig.18



Fig.19



Fig.20

### Scheda critica

Il Melo opera dal 1980 nell'ambito dei servizi socio-sanitari e culturali destinati alle persone anziane attraverso attività di ricerca, progettazione e sperimentazione di modelli socio-assistenziali innovativi. I due nuclei Alzheimer, risultato di una recente riconversione compiuta in una parte della casa di riposo, si inseriscono nel progetto volto a sperimentare gli effetti che un ambiente protettivo esercita sulle persone colpite da malattia di Alzheimer.

I vincoli della preesistente articolazione dello spazio hanno limitato le scelte progettuali: l'impianto di andamento rettangolare e allungato ha condizionato le soluzioni distributive, riducendo l'organizzazione del nucleo ad una sequenza ripetitiva e monotona di camere di degenza e di pochi spazi comuni, simmetricamente disposti lungo un corridoio centrale, a fondo cieco, di sviluppo eccessivo. Tale distribuzione risulta penalizzante per una persona colpita da malattia di Alzheimer, che necessita di spazi fra loro aperti, atti al vagabondaggio e all'attività esplorativa. Inoltre, la stessa attività di controllo visivo diretto da parte degli assistenti sanitari ne risulta svantaggiata.

La soluzione morfologica dei corridoi è asettica e le loro pareti presentano un rivestimento traslucido, possibile causa di crisi allucinatorie per il malato. La scelta di caratterizzare cromaticamente i due nuclei – uno in giallo, l'altro in verde - è invece utile per l'orientamento spaziale. Per contro le camere di degenza sono accoglienti e familiari, concepite come monocali dove è possibile accogliere comodamente familiari e amici in visita diurna. Esse

presentano un disimpegno che garantisce la privacy, ma può anche essere motivo di disorientamento per il malato a causa della presenza di ben tre porte. Il bagno non ha un accesso diretto dalle camere e ciò ne rende difficile l'individuazione.

La mancanza di reciprocità diretta fra i nuclei e il giardino d'inverno impedisce agli ospiti spostamenti autonomi e li vincola alla presenza degli operatori.

Il giardino d'inverno risponde al tentativo di costruire artificialmente un'area verde ricca di stimoli e di interessi: organizzata con fantasia e cura meticolosa (si pensi alle modificazioni in chiave antinfortunistica delle attrezzature), essa presenta numerose e singolari attrattive che incuriosiscono il malato, il quale ha la possibilità di esplorare e manipolare liberamente oggetti della memoria, piante, animali, etc.

Il suo accurato progetto è perciò utile e lodevole, nonostante la penalizzante assenza di reciprocità con il nucleo.

### **Fonti**

- Chiodini P., "Un luogo per l'identità: realizzazione di un Giardino d'Inverno in una struttura residenziale per persone anziane affette da demenza tipo Alzheimer", in Atti del Convegno *Où habitera la personne âgée du troisième millenaire?*, Gallarate (Va) 1999

- Sopralluogo e colloquio col personale medico e paramedico (gennaio 2000)

### **Informazioni generali**

<b>Denominazione</b>	Nucleo Alzheimer presso l'Istituto Ospedaliero di Sospiro
<b>Ubicazione</b>	Sospiro, Cremona, Italia
<b>Correlazione</b>	Inserito nell'Istituto Ospedaliero di Sospiro
<b>Tipo di nucleo</b>	Residenza assistita a carattere permanente
<b>Committente</b>	Istituto Ospedaliero di Sospiro
<b>Progettista</b>	Adriano Faciocchi, progetto architettonico
<b>Anno di costruzione</b>	1997
<b>Tipo di intervento</b>	Riconversione del reparto terapeutico maschile

### **Dati dimensionali**

Superficie del nucleo 680 mq  
Ricettività 20 malati

### **Dati descrittivi dell'edificio**

#### **Caratteristiche planimetriche e distributive**

Il reparto è situato al piano terra dell'ospedale di Sospiro, in una parte del plesso, protetta e resa autonoma da quest'ultimo (fig.1). Presenta un asse di distribuzione centrale che nei pressi dell'ingresso si apre verso due ambienti, soggiorno e pranzo, disposti specularmente, senza alcuna divisione fra loro. Sul lato destro del corridoio, si situa la stanza di soggiorno che dà adito ad una sala polivalente, destinata prevalentemente alla riabilitazione. Lungo

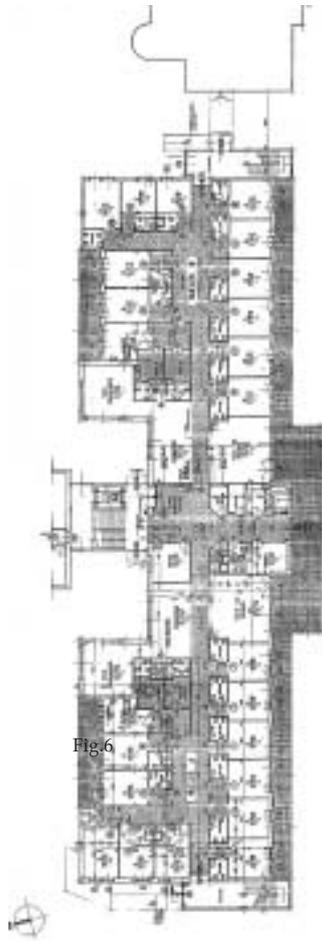


Fig.1

questo lato del corridoio si aprono poi le camere di degenza, nove da due posti e due da un posto, dotate di servizi autonomi, e due bagni assistiti con due locali destinati a lavanderia. Sul lato sinistro si situa la stanza da pranzo che dà accesso a un portico e a un'area verde, ancora da progettare.

La stanza dello staff, limitrofa all'ingresso, presenta una parete vetrata rivolta all'interno del nucleo, che facilita il controllo visivo. Tra la sala da pranzo e il soggiorno non ci sono barriere fisiche e/o visive: questo consente facilità di controllo per l'operatore e l'immediata percezione dei vari ambienti per il paziente.

### **Unità ambientali**

Il nucleo protetto prevede nove camere doppie e due camere singole con relativi bagni, una sala da pranzo, un soggiorno, una sala polivalente, due bagni assistiti, una postazione di controllo, locali di lavanderia.

### **Accesso**

Un atrio comune al resto dell'ospedale consente l'accesso al nucleo Alzheimer tramite una porta dotata di un codice in possesso di medici e infermieri (fig.2).

Tale porta è costituita da tre elementi che scorrono su un binario, dei quali due vanno a battere sul terzo.

### **Sistema di controllo**

Ad eccezione dell'accesso, controllato da dispositivi elettronici computerizzati, il nucleo non presenta altri sistemi di controllo. Per evitare possibili fughe, i malati sono stati dotati di un piccolo sensore, applicato su uno dei loro indumenti, collegato ad un sistema di allarme che permette al personale di individuare chi abbandona l'area protetta. Lo staff, inoltre, può controllare i pazienti da una stanza limitrofa all'ingresso, grazie ad una parete vetrata rivolta all'interno del nucleo.

### **Sistema di illuminazione**

L'illuminazione artificiale avviene tramite luci al neon.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camera di degenza**

La camera tipo ospita due letti con sponde mobili, comodini, mensole e armadi, questi ultimi gestiti dai familiari e dagli infermieri (fig.3). La camera è dotata di tende di tipo comune.

Le porte d'ingresso alle camere di degenza sono tutte dello stesso colore rosso e non presentano alcun segno di riconoscimento parti-



Fig.2



Fig.3



Fig.4



Fig.5

colare, né rispetto alle porte di altri ambienti, né fra loro, a parte il nome del paziente su una targhetta (fig.4).

## Bagno

Ogni camera ha il proprio bagno con sanitari di tipo comune. Il lavabo, sormontato da uno specchio, e il bidet presentano una rubinetteria con comando a leva (figg.5,6); la doccia non possiede il piatto poiché il progettista ha ritenuto che poteva essere interpretato dal malato come un buco e costituire causa di disorientamento. Il pavimento è in piastrelle e le pareti sono dotate di maniglioni di sostegno.

## Bagno assistito

I bagni assistiti sono due, dei quali solo uno presenta una stanza di preparazione al bagno antistante il servizio igienico vero e proprio, e sono dotati di vasca con accesso frontale (fig.7). L'erogazione dell'acqua avviene attraverso la doccetta, la sua regolazione è affidata ad un sistema di miscelazione antiscottatura, la seduta funge anche da tazza wc, con cassetta di scarico incorporata.

## Soggiorno

Sul soggiorno si affaccia la parete vetrata della stanza dalla quale lo staff sorveglia i malati. Esso presenta poltrone imbottite, rivestite di tela azzurra distribuite l'una contro l'altra al centro dell'ambiente. La sala polivalente ad esso connessa, destinata alle attività di riabilitazione presenta tavoli, sedie e poltrone dello stesso colore azzur-



Fig.6



Fig.7



Fig.8



Fig.9

ro dell'unica parete colorata (fig.8). Tale sala è dotata di una televisione (fig.9). La pavimentazione è in piastrelle e presenta riquadri di colore diverso rispetto al campo.

### **Sala da pranzo**

La sala da pranzo si differenzia dagli altri ambienti esclusivamente per il colore di una delle sue pareti. Presenta inoltre una parete con porta finestra verso un'area esterna, dove sarà realizzato un giardino Alzheimer.

Fra la sala da pranzo e il soggiorno non ci sono barriere visive, ma l'accesso al paziente è impedito, durante le ore non destinate ai pasti, da un cordone che corre da parete a parete.

### **Scheda critica**

Il nucleo è il risultato della riconversione di un reparto dell'ospedale alle esigenze specifiche del malato di Alzheimer: la preesistente articolazione dello spazio ha quindi condizionato le scelte progettuali e l'intervento nella sua possibilità di rispondere in modo più consona alle sue necessità.

La collocazione del reparto a piano terra rende facili gli spostamenti e garantisce la complanarità e la reciprocità col giardino, di prossima realizzazione, ma la soluzione distributiva prevede un corridoio che si apre sulle aree comuni e il cui andamento non lo configura come un vero e proprio percorso di vagabondaggio.

La soluzione morfologica del nucleo è molto simile a quella di un

ospedale, sia nelle camere di degenza che negli ambienti comuni. Il sistema di controllo, affidato ad alcuni sensori, applicati agli indumenti degli ospiti, sensibili ai dispositivi di allarme posti alle porte che collegano con l'esterno, rischia di essere frustrante per il paziente. Per di più la stanza dello staff, dalla quale è possibile il controllo visivo del nucleo, è priva di un accesso diretto al nucleo stesso, tanto che il personale per accedervi è costretto ogni volta a utilizzare la porta principale dotata di codice.

Le porte d'ingresso alle camere di degenza non presentano alcun segno di identificazione, fondamentale per i deficit mnemonici dei malati di Alzheimer. Per quanto riguarda i bagni, i sanitari sono dotati di rubinetteria con comando a leva, difficile da utilizzare per il malato se non abbia già fatto parte del suo patrimonio di esperienze. Inoltre la presenza dello specchio può turbare il malato, il quale, vedendo la propria immagine riflessa, potrebbe non riconoscerla e avere crisi di ansia.

I contrasti cromatici sono deboli e contribuiscono relativamente a compensare le alterazioni visive del paziente: per esempio, nella sala polivalente la tonalità delle sedie e dell'unica parete colorata è molto simile, con la conseguenza che il malato potrebbe non cogliere la distanza fra la seduta e la parete, correndo il rischio di cadere. La pavimentazione presenta riquadri di mattonelle di un colore diverso rispetto a quello dello sfondo: è opportuno evitarli, in quanto questi sono interpretati da alcuni malati come vuoti pericolosi o variazioni di pendenza. Inoltre, il cordone che separa la sala da pranzo dal soggiorno costituisce un ostacolo alla libera deambulazione del paziente nella sua irrefrenabile ed afinalistica pulsione al girovagare.

### **Fonti**

- Sopralluogo e colloquio col personale medico e paramedico  
(febbraio 2000)

**Informazioni generali**

<b>Denominazione</b>	Stella del Colle
<b>Ubicazione</b>	Firenze, Italia
<b>Correlazione</b>	Struttura autonoma
<b>Tipo di nucleo</b>	Centro diurno Alzheimer
<b>Ente amministratore</b>	Consorzio Zenit s.c.c.r.l.
<b>Committente</b>	Consorzio Zenit s.c.c.r.l.
<b>Progettista</b>	M. Grazia Cimbelli, progetto architettonico
<b>Anno di costruzione</b>	1998
<b>Tipo di intervento</b>	Riconversione

**Dati dimensionali**

Superficie del nucleo 324 mq  
Ricettività 25 malati

**Dati descrittivi dell'edificio**

**Caratteristiche planimetriche e distributive**

Il reparto è situato al piano terra di un edificio preesistente ed è circondato da un giardino ancora da progettare secondo modalità dedicate. La pianta presenta un andamento a L (fig1): dall'atrio d'ingresso, situato in prossimità dell'incrocio fra i due bracci, si accede sulla destra ad un'ampia sala destinata alla riabilitazione, sulla sinistra al cucinotto, alla sala da pranzo, al soggiorno, all'ambulatorio medico.



Fig.1

### **Unità ambientali**

Il centro diurno prevede un atrio d'ingresso, una sala da pranzo, un cucinotto, un soggiorno, una sala destinata alla riabilitazione, un ambulatorio, un ufficio, sei bagni, un ripostiglio, un deposito, uno spogliatoio per il personale.

### **Accesso**

L'ingresso al lotto sul quale insiste il reparto avviene tramite un cancello temporizzato, azionato dagli operatori (fig.2); seguendo un percorso in ghiaio si giunge ad una rampa di scale (fig.3), oltre la quale è situata la porta della struttura vera e propria, controllata manualmente dagli operatori.

### **Sistema di controllo**

Non è previsto un sistema di controllo di tipo tecnologico.

### **Sistema di illuminazione**

L'ambiente è illuminato tramite lampadari di tipo comune. Inoltre, il reparto è dotato di finestre molto ampie che favoriscono una buona illuminazione naturale.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camera di degenza**

Trattandosi di un centro diurno non sono presenti camere di degenza.



Fig.2



Fig.3



Fig.4



Fig.5

### **Bagno**

I sei bagni presentano sanitari di tipo comune e sono dotati di maniglioni di sostegno orizzontali e verticali. Non è presente il bidet.

### **Soggiorno**

Il soggiorno è dotato di poltrone e di divani disposti circolarmente per favorire la conversazione fra gli ospiti, di piccoli tavoli con sedie, di una vecchia credenza, di pannelli indicanti la data del compleanno di ciascun ospite e di stampe di Firenze (fig.4). La pavimentazione è in linoleum verde chiaro e le finestre sono dotate di tende gialle.

Poiché i malati hanno una ridotta sensibilità al contrasto visivo, i singoli elementi di arredo presentano colori decisi e diversi fra loro al fine di favorirne l'individuazione con immediatezza.

La sala destinata alla riabilitazione, per le sue dimensioni, consente di svolgere attività occupazionali di gruppo (fig.5) e presenta anche un angolo tv. Durante il pranzo, i pazienti non autonomi vengono accolti in questa sala, per evitare di scoraggiare gli altri ospiti.

### **Sala da pranzo**

La sala da pranzo presenta tavoli da quattro posti ciascuno e, su due pareti, un mobile bianco con scaffali sia a vista, sia chiusi.

Le componenti di arredo presentano colori decisi e diversi fra loro, come nel soggiorno. In prossimità della sala da pranzo, ma non

direttamente collegata a questa, si trova una piccola cucina dalla quale provengono i pasti.

### **Scheda critica**

Il centro diurno è il risultato di una collaborazione fra il comune di Firenze, l'ospedale I Fraticini e la cooperativa di servizi sociali Antares. Istituito con lo scopo di sostenere le famiglie dei malati, il centro diurno è strutturato come un servizio per quei pazienti che vivono ancora presso il proprio domicilio, dei quali si vuole ritardare l'istituzionalizzazione.

Dal punto di vista distributivo, il nucleo è rialzato di circa un metro da terra: ciò implica la presenza di scale di accesso, negative per il malato di Alzheimer. Vi manca una camera di degenza, comunque utile nonostante il carattere di residenza solo diurna della struttura. Inoltre è privo di un percorso di vagabondaggio, benché l'accessibilità di ogni spazio garantisca all'ospite la possibilità di deambulare liberamente in ogni ambiente, in assenza di barriere. L'organizzazione degli spazi privilegia la semplicità dello schema distributivo in modo da renderlo facilmente comprensibile al malato. Da un punto di vista morfologico, il nucleo risulta accogliente e lontano da quella asetticità propria dei contesti ospedalieri. Sfrutta le potenzialità offerte dai contrasti cromatici che, fra l'altro, contribuiscono a conferire vivacità all'ambiente, è bene illuminato e ha una connotazione di familiarità. La pavimentazione, nel passaggio da un'unità ambientale all'altra, individua delle soglie, interpretabili da alcuni pazienti come vuoti pericolosi o variazioni di pendenza. Nel complesso, esso presenta quelle caratteristiche di familiarità che sono uno fra gli obiettivi più importanti di un progetto a misura di Alzheimer.

### **Fonti**

- Sopralluogo e colloquio col personale medico e paramedico  
(gennaio 2000)

### Informazioni generali

**Denominazione** Giardino Alzheimer di Villa Serena

**Ubicazione** Montaione, Firenze, Italia

**Correlazione** Inserito nella Casa di Riposo Villa Serena

**Committente** Casa di Riposo Villa Serena

**Progettista** Giovanni Roselli, allestimento degli spazi esterni

**Anno di costruzione** 1998

**Tipo di intervento** Progettazione di area verde

### Dati dimensionali

Superficie giardino 700 mq

Ricettività 12 malati

### Dati descrittivi del giardino

Il giardino Alzheimer della Casa di Riposo Villa Serena è la prima area verde progettata in Toscana secondo modalità dedicate alle persone colpite da demenza (fig.1).

È recintato con una rete metallica sostenuta da palificazioni in ferro e occultata da rampicanti e siepi. A tratti la rete di recinzione presenta delle "finestre" sull'esterno per consentire la visuale oltre il giardino stesso.

L'accesso avviene da una porta, realizzata con un telaio metallico e un tamponamento in rete metallica, che si apre e si chiude manualmente e non presenta alcun sistema di controllo.

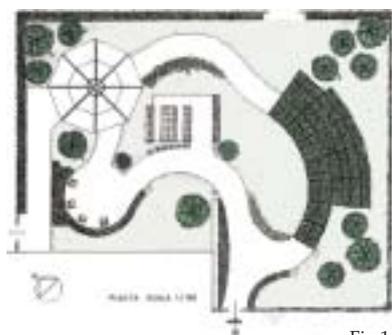


Fig.1

La distribuzione planimetrica del giardino è stata organizzata attorno ad un percorso ad anello, privo di bivi o di incroci, circondato e racchiuso da un'area a prato calpestabile.

Il percorso ha una pavimentazione in piastrelle di cotto ed è privo di corrimano di sostegno.

Lungo di esso, ben visibili da ogni punto dell'area, si trovano un pergolato, un gazebo, un'area di sosta non riparata, utilizzabili per fare riposare i malati durante il loro vagabondaggio, per aggregarli in attività comuni, per farli pranzare all'aperto durante la stagione estiva (figg.2,3,4).

È anche presente una voliera per stimolare e incuriosire i pazienti e un piccolo spazio dove praticare giardinaggio e orticoltura.

Una particolare attenzione è stata dedicata alla vegetazione: piante non velenose, profumate e stagionali, tali che possano aiutare il paziente a mantenere viva la dimensione temporale, si alternano ad alberi ad alto fusto, lungo la recinzione.

Non è presente alcun sistema di illuminazione.

### **Scheda critica**

Il giardino Alzheimer della Casa di Riposo Villa Serena è stato realizzato per consentire agli ospiti del nucleo protetto, situato al secondo piano dell'edificio che lo ospita, la vita all'aperto nella stagione estiva.



Fig.2



Fig.3



Fig.4

Il lotto di terreno, su cui insiste il giardino, di forma rettangolare, ha consentito la realizzazione di un percorso a sviluppo anulare che assolve all'esigenza del vagabondare, propria del malato di Alzheimer, e lo aiuta nell'orientamento spaziale: l'assenza di bivi e di incroci gli permette, infatti, di muoversi in libertà e sicurezza senza perdersi né confondersi, mentre le tre aree di sosta, organizzate con panchine in legno dall'aspetto familiare, assolvono all'esigenza del riposo.

Le dimensioni contenute del giardino consentono poi agli assistenti sanitari un efficace controllo visivo diretto.

Il giardino è privo di un sistema di illuminazione, necessario nel caso in cui si voglia usufruire dell'area nelle stagioni nelle quali l'intensità della luce è scarsa o nelle ore notturne negando la possibilità ai malati di utilizzare tale spazio in ogni momento della giornata e dell'anno.

Inoltre la presenza di alberi ad alto fusto e con grande chioma, posizionati all'interno dell'area destinata a prato, è causa di estese zone di chiaro-scuro durante tutte le ore diurne.

I materiali usati per gli arredi, il legno e il cotto, rispondono alla precisa volontà di creare un ambiente psicologicamente accogliente e familiare nell'aspetto.

Il percorso è privo di corrimano di sostegno e presenta una pavimentazione in piastrelle di cotto le cui fughe, piuttosto larghe, potrebbero essere causa per il malato di incidenti o di crisi allucinatorie, così come il dislivello che il terreno manifesta in alcuni punti.

Il gazebo è poco sfruttato in quanto esposto a sud-est e, quindi, assolato per gran parte della giornata.

Le fioriere predisposte per l'orticoltura, alte solo 50 cm da terra, sono poco comode sia per chi è in grado di lavorare in posizione eretta, sia per chi si muove su sedia a ruote.

### **Fonti**

- *l'Alzheimer*, mensile dell'AIMA, Associazione Italiana malattia di Alzheimer, Firenze, settembre 1998, n.6
- *l'Alzheimer*, mensile dell'AIMA, Associazione Italiana malattia di Alzheimer, Firenze, giugno 1999, n.5
- Sopralluogo e colloquio col personale medico e paramedico (gennaio 2000)

**Meadows Mennonite Alzheimer's/Dementia Care Unit**  
Chenoa, USA

**Informazioni generali**

<b>Denominazione</b>	Meadows Mennonite Retirement Community
<b>Ubicazione</b>	Chenoa, Illinois, USA
<b>Correlazione</b>	Inserito nel centro per anziani Meadows Mennonite Retirement Community
<b>Tipo di nucleo</b>	Residenza assistita a carattere permanente
<b>Ente amministratore</b>	Meadows Mennonite Retirement Community
<b>Committente</b>	Meadows Mennonite Retirement Community
<b>Progettista</b>	OWP & P Architects, Inc., progetto architettonico e architettura degli interni; Gredider Landscaping, allestimento degli spazi esterni
<b>Anno di costruzione</b>	1997
<b>Tipo di intervento</b>	Riconversione, con nuove aggiunte pari all'8% dell'insieme

**Dati dimensionali**

Superficie del lotto 10000 mq  
Superficie del nucleo 2300 mq  
Superficie del giardino 1000 mq  
Ricettività 22 malati



Fig.1

## Dati descrittivi dell'edificio

### Caratteristiche planimetriche e distributive

L'edificio è inserito nel centro per anziani Meadows Mennonite Retirement Community e si articola su un unico livello, a piano terra.

Sulla sinistra dell'ingresso, comune al centro per anziani e al nucleo per malati di Alzheimer, è presente una zona filtro di forma rettangolare, che include l'accesso vero e proprio al nucleo e alcuni servizi per i residenti, i quali possono accedervi solo se accompagnati dal personale.

Alla zona filtro si collega il corpo principale, disposto perpendicolarmente ad essa e organizzato con una pianta rettangolare, che presenta un corridoio centrale anulare intorno al quale e al cui centro insistono le varie unità ambientali.

Al centro del corridoio si trovano la cucina terapeutica, la cucina per la preparazione dei pasti dei residenti, la postazione per il personale, gli ambienti per il pranzo e gli spazi per le attività terapeutiche.

All'esterno sono collocati i bagni, il soggiorno e le camere (fig.1).



Fig.2



Fig.3

### **Unità ambientali**

Le unità ambientali che si individuano sono quattordici camere (delle quali sei singole e otto doppie), sedici bagni (dei quali due nel corridoio), una zona soggiorno, una cucina terapeutica, una cucina utilizzata per la preparazione del cibo, una postazione per il personale, due ambienti per il pranzo e per le attività terapeutiche. Le unità ambientali presenti nella zona filtro sono uno spazio di ingresso, un ambiente di controllo dell'ingresso, uno spazio per le cure estetiche, un'infermeria ed un bagno assistito.

### **Accesso**

L'ingresso alla struttura avviene tramite uno spazio comune anche al centro per anziani, dal quale si accede alla zona filtro, al cui interno è previsto un ambiente di controllo. L'andamento del percorso ingresso/uscita, non consentendo al malato di percepire l'allontanamento dell'eventuale parente in visita, riduce lo stress dovuto alla separazione dai familiari in visita.

### **Sistema di controllo**

Il personale controlla visivamente i residenti mediante la postazione centrale, collocata all'interno del corridoio anulare. Inoltre, un sistema di monitoraggio con telecamere a circuito chiuso rende possibile anche il controllo remoto.

### **Sistema di illuminazione**

Lungo il corridoio ad anello e nella zona che esso racchiude, l'illu-

minazione naturale è ottenuta con dei lucernari, mentre quella artificiale con degli elementi illuminanti posti sul soffitto e schermati da griglie in legno.

## **Analisi delle unità ambientali**

### **Camera di degenza**

Ogni camera di degenza presenta un bagno privato, un armadio a muro, ed un "armadio terapeutico" (detto "memory cabinet"), contenente quegli oggetti personali del paziente che possono stimolarlo nella memoria e agevolarlo nell'individuazione della propria stanza. Le porte delle camere di degenza somigliano agli ingressi di una normale abitazione.

### **Bagno**

I bagni, quattordici afferenti alle camere e due situati lungo il corridoio, presentano aerazione forzata e sono muniti di wc e di lavabo, ad eccezione di due bagni (nelle camere singole) che possiedono anche, rispettivamente, uno la vasca e l'altro la doccia.

I bagni afferenti alle camere sono disposti accanto alla porta di ingresso.

### **Bagno assistito**

Il bagno assistito è collocato nella zona filtro ed è affiancato all'infermeria, allo spazio per le cure estetiche e ad uno spogliatoio.

### **Soggiorno**

La zona soggiorno, costituita da un grande ambiente arredato come un salotto di una comune abitazione, si affaccia su un porticato che, a sua volta, si apre sul giardino.

Gli arredi sono di colori chiari sulle tonalità del marrone e del grigio e consistono in poltrone imbottite e tavolini ed armadi in legno.

Il pavimento è in legno chiaro (fig.2).

L'illuminazione artificiale è ottenuta con abat-jour collocate su

tavolini. L'illuminazione naturale è assicurata da ampie finestre, prospicienti sul giardino, dotate di mantovane, ma non di tende.

### **Sala da pranzo**

Sono presenti due zone pranzo collocate ai lati della cucina. Tali aree sono delimitate, rispetto al corridoio anulare, da una sorta di muretto (di circa 90 cm di altezza) dal ripiano in legno, intervallato da colonne bianche. Gli arredi sono in legno chiaro: le sedie, dotate di braccioli, presentano il piano di seduta e lo schienale imbottiti. Il pavimento è in legno chiaro.

Le zone pranzo sono anche utilizzate per lo svolgimento delle attività terapeutiche dei pazienti (fig.3).

### **Cucina terapeutica**

Lo spazio destinato alla cucina si trova all'interno del corridoio anulare ed è diviso in un ambiente per la cucina terapeutica e in uno, utilizzabile dal solo personale di servizio, per l'effettiva preparazione del cibo.

La cucina terapeutica ricorda quella di una normale abitazione, con arredi in legno chiaro e bianchi.

### **Dati descrittivi del giardino**

Il giardino, complanare con il reparto, è caratterizzato da un percorso anulare principale e da altri due, sempre anulari, ad esso complementari. Tali percorsi creano tre zone verdi, risolte a tappeto erboso o con arbusti.

La recinzione è schermata dalla vegetazione.

Al giardino si accede o da una zona porticata prospiciente il soggiorno o dal percorso anulare interno alla struttura.

Lungo i percorsi anulari dell'area verde sono presenti frequenti slarghi con panchine per la sosta. In alcuni casi tali aree sono affiancate da aiuole con il prato, in altri casi sono più riparate ed ombreggiate. Al centro del percorso principale è presente una vasca.

La vegetazione comprende diversi tipi di piante e di essenze, scelte fra quelle non velenose.

### **Scheda critica**

La residenza è organizzata in modo da garantire la facile deambulazione in condizioni di autonomia, tramite percorsi anulari, sia interni che esterni, fra loro complanari.

Il collegamento tra i vari ambienti comuni è immediato e privo di barriere fisiche e/o visive.

Benché la soluzione distributiva proposta sia attenta alle esigenze di vagabondaggio del malato, la soluzione morfologica dei percorsi interni può creare disorientamento da un punto di vista visivo: la presenza delle colonne che delimitano le zone pranzo, ad esempio, se permette la visione di tutti gli ambienti comuni, e quindi facilita l'attività di controllo, fornisce però una sovrabbondanza di informazioni visive.

L'illuminazione naturale è sfruttata il più possibile grazie ai lucernari che illuminano uniformemente gli ambienti comuni e il percorso anulare.

E' positiva la possibilità di personalizzare la camera di degenza così come è lodevole il carattere di familiarità che impronta gli ambienti comuni.

L'obiettivo dell'autonomia del paziente informa il progetto del giardino così come quello della fruibilità degli spazi da parte del paziente caratterizza l'organizzazione del centro.

### **Fonti**

- [www.aia.org/pia/DFA4/049/main.asp](http://www.aia.org/pia/DFA4/049/main.asp)
- [www.eciaaa.org/hsgmcln.htm](http://www.eciaaa.org/hsgmcln.htm)
- [www.bdcmag.com/archives/0499maturing.htm](http://www.bdcmag.com/archives/0499maturing.htm)
- [www.owpp.com](http://www.owpp.com)

**Informazioni generali**

**Denominazione** Special Care Unit and Wandering Garden,  
The Forest at Duke

**Ubicazione** Durham, North Carolina, USA

**Correlazione** Inserito nel centro per anziani  
The Forest at Duke

**Tipo di nucleo** Residenza assistita a carattere permanente

**Ente amministratore** The Forest at Duke

**Committente** The Forest at Duke

**Progettista** Alan Moore (AIA) e Calloway Johnson  
Moore & West (P.A.), W., progetto architettonico;  
Leslie Jarema, architettura degli interni;  
Charles E. Burkhead, allestimento degli  
spazi esterni

**Anno di costruzione** 1996

**Tipo di intervento** Riconversione

**Dati dimensionali**

Superficie del nucleo 300 mq

Superficie del giardino 700 mq

Ricettività 8 malati

**Dati descrittivi dell'edificio**

**Caratteristiche planimetriche e distributive**

L'edificio è inserito nel centro per anziani The Forest at Duke. Si

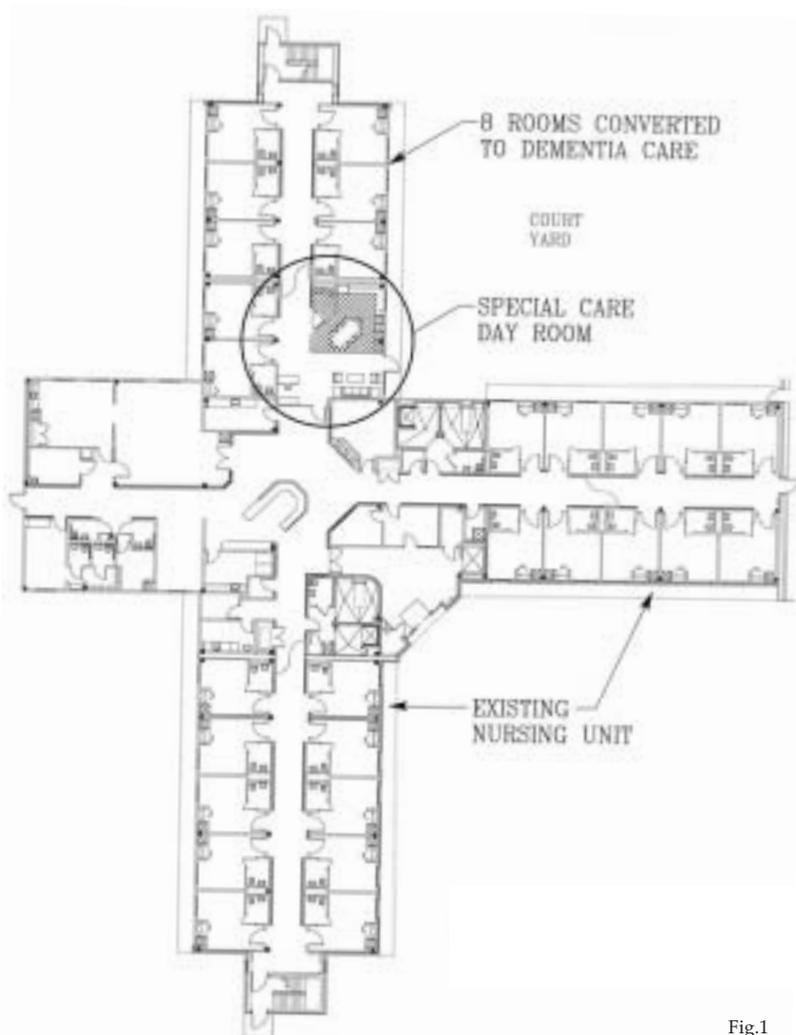


Fig.1

articola su un unico livello, a piano terra, ed è dotato di un giardino (fig.1). A pianta rettangolare, presenta una zona di ingresso e un corridoio su cui si affacciano le camere.

L'ingresso, dal quale è possibile controllare l'accesso al nucleo, comprende una cucina, un piccolo bagno, una zona soggiorno per le attività terapeutiche e per gli incontri con i familiari.

Il corridoio si sviluppa unicamente in direzione longitudinale e su esso si aprono le camere, dotate di bagni. In fondo al corridoio,

oltrepassata una porta che delimita e chiude il nucleo, è possibile accedere alle scale di collegamento con il piano superiore.

### **Unità ambientali**

Le unità ambientali che si individuano nell'edificio sono otto camere singole, nove bagni (di cui uno nella zona ingresso), una zona ingresso/soggiorno che include anche una cucina terapeutica.

### **Accesso**

Il nucleo occupa un'ala del centro per anziani e non possiede un accesso dedicato.

L'ingresso alla residenza avviene quindi per passaggi successivi: si accede al centro, si percorre un corridoio, si incontra uno spazio di accoglienza con un bancone, infine si entra nel nucleo.

### **Sistema di controllo**

Il controllo è possibile da una postazione collocata davanti alla porta di accesso al nucleo.

Inoltre, il personale usufruisce di un sistema di monitoraggio con telecamere a circuito chiuso.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camera di degenza**

Le camere, disposte lungo il corridoio, possiedono un bagno privato.

#### **Bagno**

I bagni, muniti di WC e di lavabo, sono nove, dei quali otto nelle camere e uno lungo il corridoio.

#### **Bagno assistito**

I bagni assistiti si trovano al di fuori dell'area protetta, lungo i corridoi del centro per anziani.

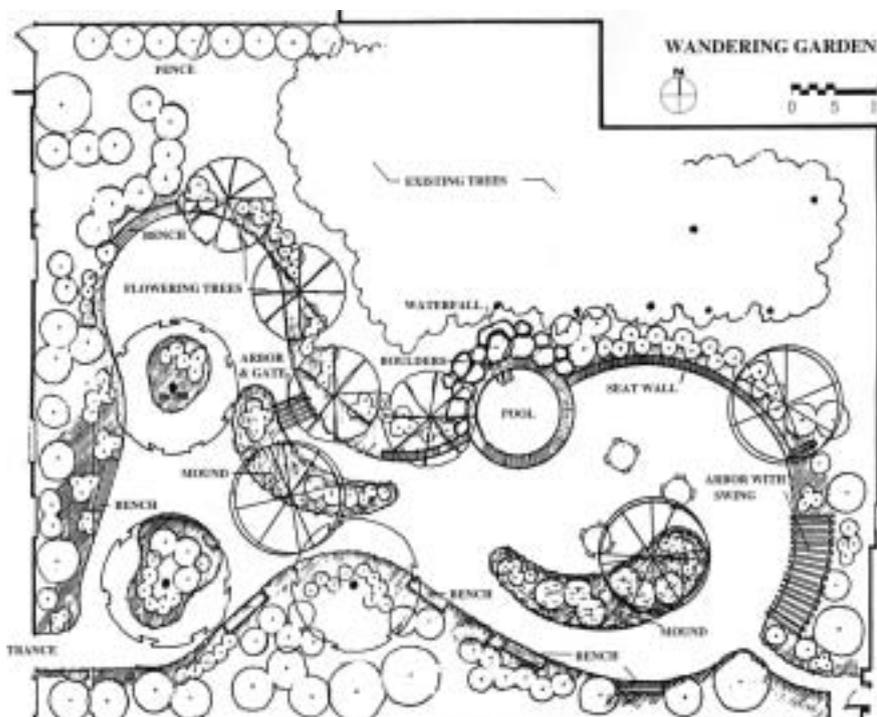


Fig.2

### **Soggiorno**

La zona soggiorno, costituita da un grande ambiente arredato come un salotto di una comune abitazione, comunica con la cucina. Dal soggiorno si accede al giardino. È arredato con mobili degli anni Cinquanta, ovvero di quel periodo che ha caratterizzato la giovinezza della maggior parte dei residenti (fig.3).

### **Sala da pranzo**

La sala da pranzo coincide con la cucina.

### **Cucina terapeutica**

La cucina terapeutica, posta accanto all'ingresso soggiorno e comunicante con esso, presenta un arredo che ricorda quello di una comune abitazione degli anni Cinquanta.

Gli armadi e gli accessori per la cucina sono di colore bianco, men-



Fig.3



Fig.4



Fig.5

tre sedie, sgabelli e tavoli, realizzati in metallo e legno laminato, sono colorati.

L'illuminazione è sia naturale che artificiale. La prima è garantita dalla finestra che si affaccia sul giardino, mentre la seconda è ottenuta mediante elementi incassati nel controsoffitto e nei mobili pensili.

### **Dati descrittivi del giardino**

Il giardino è delimitato su tre lati dagli edifici del centro per anziani, mentre il quarto lato è costituito da una recinzione occultata dalla vegetazione.

Una parte della recinzione è stata decorata con un affresco che propone elementi arborei su uno sfondo di cielo azzurro e nuvole bianche (fig.4). La complanarità fra il giardino e il nucleo consente ai malati di accedere al giardino autonomamente dall'ingresso soggiorno.

Il giardino si articola lungo un percorso anulare delimitato da un cordolo, che si sdoppia ad una sua estremità creando altri due percorsi anulari affiancati (figg.2, 5).

Ai bordi dei percorsi anulari si incontrano numerose panchine per la sosta e due dondoli posti sotto un piccolo pergolato in legno, nonché una vasca d'acqua.

La vegetazione comprende diversi tipi di piante e di essenze, scelte fra quelle non velenose.

### **Scheda critica**

L'obiettivo progettuale della familiarità e della riconoscibilità dell'ambiente è stato risolto in questo nucleo scegliendo arredi tipici degli anni Cinquanta: accorgimento che ha lo scopo di sostenere la memoria degli anziani che hanno vissuto la loro giovinezza in quel periodo. Tale soluzione appare una felice intuizione, ma del tutto contingente; la sua applicazione in altri centri deve essere valutata in relazione agli ospiti e rapportata alle specifiche realtà. Inoltre in un futuro, anche prossimo, dovrà essere aggiornata e contestualizzata al vissuto dei malati: gli anziani di oggi, infatti, hanno un bagaglio di conoscenze diverso da quelli di domani e una cucina degli anni Cinquanta può essere una soluzione utile per un settantenne odierno, ma non per un anziano di domani, giovane negli anni Ottanta quando erano in auge altri stili di arredo.

Benché gli ambienti siano complanari e facilmente accessibili, il nucleo è privo di un percorso anulare interno, per cui l'attività di vagabondaggio è possibile solo lungo i corridoi a sviluppo longitudinale e a fondo cieco, o tra la cucina e la zona soggiorno.

Al contrario, il giardino, notevolmente definito e studiato, presenta una discreta varietà di itinerari e di spazi di sosta. Ma si rileva come negativa la presenza del cordolo, di consistente altezza, che delimita il percorso e può essere causa di incidenti.

### **Fonti**

- [www.aia.org/pia/DFA4/170/main.asp](http://www.aia.org/pia/DFA4/170/main.asp)
- [www.forestduke.com](http://www.forestduke.com)
- [www.rodgersbuilders.com/forest.htm](http://www.rodgersbuilders.com/forest.htm)

# Sedgewood Commons Alzheimer's Care Facility

Falmouth, USA

## Informazioni generali

<b>Denominazione</b>	Sedgewood Commons Alzheimer's Care Facility
<b>Ubicazione</b>	Falmouth, Maine, USA
<b>Tipo di nucleo</b>	Residenza assistita a carattere permanente
<b>Ente amministratore</b>	Sedgewood Commons Alzheimer's Care Facility
<b>Tipo di intervento</b>	Nuova costruzione

## Dati dimensionali

Superficie del nucleo 4300 mq  
Superficie del giardino 1500 mq  
Ricettività 96 malati

## Dati descrittivi dell'edificio

### Caratteristiche planimetriche e distributive

Il nucleo, immerso nel verde, si articola su un unico livello ed è costituito da un corpo principale posto al centro, al quale sono collegate due ali.

Ogni ala dell'edificio è concepita per ospitare 14 malati (fig.1).

Si accede al nucleo dal corpo principale dell'edificio, che si articola nell'insieme degli spazi per le attività comuni e in zone riservate al personale.

All'interno del percorso anulare sono posizionate la cucina terapeutica, la cucina per la preparazione dei pasti per i residenti, la postazione per il personale, due zone soggiorno e gli ambienti per il pranzo e le attività terapeutiche.

All'esterno del percorso sono collocate le camere di degenza con i



Fig.1

relativi bagni. Lungo il percorso si incontra un ampio slargo organizzato a soggiorno che consente l'accesso al giardino.

### **Unità ambientali**

Ogni ala presenta dieci camere di degenza, sei singole e quattro doppie, delle quali sei sono corredate di bagno; altri quattro bagni sono collocati lungo il percorso di vagabondaggio.

Inoltre, al proprio interno sono presenti tre zone soggiorno, una cucina terapeutica, una cucina utilizzata per la preparazione del cibo, alcuni ambienti per il personale, due ambienti per il pranzo e altri per le attività terapeutiche.

### **Accesso**

L'ingresso ad ogni ala avviene tramite il corpo principale, che funziona da zona filtro (fig.2).



Fig.2



Fig.3

Dal corpo principale, attraversando una postazione di controllo, si accede al corridoio anulare.

### **Sistema di controllo**

Una postazione di controllo è situata all'ingresso del nucleo consentendo l'azione di monitoraggio visivo.

Inoltre, il personale infermieristico usufruisce di un sistema di monitoraggio attivo con telecamere a circuito chiuso. Tale sistema è posizionato in modo da non essere percepito dagli utenti del nucleo.

### **Sistema di illuminazione**

Lungo il percorso ad anello e nella zona interna ad esso, l'illuminazione è prevalentemente artificiale, con i corpi illuminanti posizionati sul soffitto in modo da garantire luce diffusa in assenza di zone d'ombra e quindi l'eliminazione del fenomeno di abbagliamento.

Nelle camere l'illuminazione naturale è garantita dalle finestre che si affacciano sul giardino.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camera di degenza**

Ogni ala del nucleo prevede dieci camere, delle quali sei singole e quattro doppie; due camere hanno il bagno privato ed otto ne condividono uno.

In ogni camera di degenza è presente un letto, un comodino, una cassettera, una sedia, un armadio ad ante in legno e due finestre. La morfologia degli arredi ha carattere di familiarità e di confortevolezza.

### **Bagno**

I bagni di ogni ala sono otto afferenti alle camere e due lungo il corridoio, tutti ad aerazione forzata. Per i primi è previsto l'accesso dalla camera stessa.

### **Soggiorno**

Sono presenti tre zone soggiorno, delle quali due sono poste simmetricamente nella zona centrale e presentano lo stesso arredo, mentre la terza, di dimensioni maggiori, è posizionata all'incontro dei due bracci della L, di fronte al giardino.

Le zone soggiorno sono arredate come dei comuni salotti. In particolare, gli arredi sono costituiti da sedie e tavolini in legno, armadi in legno colorati di bianco, poltrone e divani imbottiti (fig.3).

L'illuminazione naturale è possibile solo nel soggiorno più grande, dove è ottenuta grazie ad ampie finestre e alle vetrate che si affacciano sul giardino.

### **Sala da pranzo**

Le sale da pranzo sono collocate al centro del corridoio anulare, al lato della cucina. Gli arredi, in legno scuro, sono costituiti da sedie con braccioli, in legno e col piano di seduta imbottito e da tavoli ad unico sostegno centrale.

### **Cucina terapeutica**

La cucina si trova al centro del corridoio anulare e in prossimità delle sale da pranzo, dalle quali è separata mediante porte o aperture con parapetti ad un'altezza di circa 90 centimetri da terra.

Gli arredi della cucina terapeutica ricordano quelli di una comune abitazione e sono in legno colorato di bianco.

I tavoli presentano il piano in legno chiaro e le gambe in legno colorate di bianco. Non sono presenti sedie.

### **Dati descrittivi del giardino**

Il giardino è complanare alla struttura ed ha pianta quadrata. Ad esso si accede dal grande soggiorno disposto lungo il percorso anulare interno. Le porte finestre, che si affacciano sul giardino, conducono direttamente al percorso principale anulare esterno.

Tale anello è affiancato da alcuni percorsi dallo sviluppo contenuto, disposti simmetricamente rispetto ad esso; questi ultimi racchiudono delle zone verdi, risolte a tappeto erboso e arbusti, e sono dotati di panchine per la sosta, affiancate da aiuole, e ombreggiate dagli alberi.

La recinzione è occultata da una zona verde con siepi e vegetazione alta. La vegetazione comprende diversi tipi di piante. In particolare i percorsi anulari racchiudono aiuole fiorite e alberi di vario genere.

L'illuminazione artificiale è ottenuta mediante alti apparecchi monolampada, posizionati all'interno delle zone verdi, in prossimità dei percorsi.

### **Scheda critica**

Il nucleo presenta percorsi anulari sia interni che esterni fra loro complanari che garantiscono la facile deambulazione dei pazienti in condizioni di autonomia.

Le unità ambientali ad uso comune (per esempio la cucina e la sala da pranzo), data la loro posizione centrale ed interna, non presentano finestre ma sono dotate solo di illuminazione artificiale.

Riguardo alla distribuzione dei bagni, si individuano due camere doppie che condividono un bagno: si ritiene questa soluzione inadeguata alle necessità dei residenti.

Il benessere visivo dei pazienti è ottenuto utilizzando colori chiari;

talvolta il contrasto è poco incisivo, mentre in altri casi è ben risolto, per esempio nei soggiorni dove la pavimentazione è grigio scura, le pareti ed i soffitti sono bianchi e gli arredi del colore naturale del legno.

### **Fonti**

- [www.uwm.edu/Dept/IAE/sedge.htm](http://www.uwm.edu/Dept/IAE/sedge.htm)
- [www.smrinc.com](http://www.smrinc.com)

# Alzheimer's Care Unit, Assisted Living at Summerplace Portland, USA

## Informazioni generali

**Denominazione** Alzheimer's Care Unit, Assisted Living at Summerplace

**Ubicazione** Portland, Oregon, USA

**Correlazione** Inserito nel centro per anziani Assisted Living at Summerplace

**Tipo di nucleo** Residenza assistita a carattere permanente

**Ente amministratore** Assisted Living at Summerplace

**Committente** Assisted Living at Summerplace

**Progettista** Garth Brandaw (Curry Brandaw Architects), progetto architettonico; Cynthia Warner (Warner Design), architettura degli interni

**Anno di costruzione** 1997

**Tipo di intervento** Nuova costruzione

## Dati dimensionali

Superficie del lotto 10000 mq

Superficie del nucleo 600 mq

Ricettività 16 malati

## Dati descrittivi dell'edificio

### Caratteristiche planimetriche e distributive

Il centro per anziani Assisted Living at Summerplace si sviluppa su due livelli, con una pianta molto articolata, composta da un corpo



Fig.1

centrale dal quale si dipartono quattro bracci ad andamento irregolare (figg.1, 2).

Il nucleo per i malati di Alzheimer si colloca in uno di questi bracci, articolato su un unico livello, con pianta ad L e collegato al resto della struttura mediante una porta.

Al centro della struttura stessa si trovano l'ingresso dall'esterno, le zone riservate al personale, i locali di uso comune e gli accessi al giardino.

Nelle restanti parti sono disposte le camere con i relativi bagni. Tutti gli ambienti si affacciano su un lungo corridoio che si allarga alle estremità, mentre al centro confonde la sua direttrice di percorso negli ambienti di soggiorno.

### **Unità ambientali**

Le unità ambientali presenti sono l'ingresso, uno studio ed un altro



Fig.2

ambiente riservato al personale, il soggiorno, la cucina terapeutica, la zona pranzo, una stanza per gli incontri con i familiari, sedici camere singole con bagno, un bagno nel corridoio e due ripostigli.

### **Accesso**

Si accede al nucleo Alzheimer dal centro anziani attraverso una porta collocata all'estremità del corridoio principale.

L'ingresso al nucleo é possibile anche dall'esterno tramite il superamento di due porte consecutive, entrambe a due ante, che immettono direttamente nella zona centrale. In prossimità dell'ingresso dall'esterno sono collocati gli ambienti per il personale.

### **Sistema di controllo**

La collocazione degli ambienti riservati al personale in prossimità dell'ingresso del nucleo e la presenza di un sistema di telecamere a circuito chiuso facilitano l'attività di controllo sui pazienti.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camera di degenza**

Sono presenti sedici camere singole con bagno privato.

Ogni camera ha in dotazione un armadio a muro ed un'ampia finestra, mentre gli arredi – per scelta gestionale e indirizzo terapeutico – sono di proprietà del paziente, che ha quindi modo di personalizzare il proprio spazio privato.

La zona destinata alle camere di degenza è separata da quella degli



Fig.3

ambienti comuni da porte a doppia anta che il paziente può facilmente aprire spingendo in entrambe le direzioni.

### **Bagno**

Nel nucleo sono presenti sedici bagni afferenti alle camere e due lungo il corridoio, tutti ad aerazione forzata.

I bagni in camera sono dotati di lavabo, wc e vasca, mentre di quelli lungo il corridoio, uno è dotato di lavabo e wc, l'altro include anche una vasca.

### **Soggiorno**

Il soggiorno è collocato nella zona centrale, non è delimitato fisicamente dagli altri ambienti di uso comune e non presenta affacci sull'esterno. Esso è dotato di aerazione forzata e di illuminazione artificiale.

Gli arredi sono simili a quelli di un salotto domestico; in particolare, presenta poltrone imbottite, di aspetto confortevole e familiare, ed un caminetto.

È visivamente collegato ad un ambiente destinato agli incontri fra i pazienti e i loro familiari, la cui illuminazione naturale è garantita da una porta finestra che permette la vista e l'accesso autonomo al giardino.

### **Sala da pranzo**

La sala da pranzo è collocata al centro del nucleo, in prossimità della cucina terapeutica.

Gli arredi sono costituiti da tavoli di forma circolare a sostegno unico e da sedie con schienale e piano di seduta imbottiti.

La sala da pranzo possiede un accesso autonomo al giardino.

L'illuminazione naturale di questo ambiente è garantita dalla presenza di un'ampia finestra.

### **Cucina terapeutica**

La cucina terapeutica si trova al centro del nucleo, nello stesso ambiente della zona pranzo; possiede un accesso al giardino ed un'ampia finestra.

Gli arredi ricordano quelli di una normale abitazione, con pensili, con un piano di cottura a gas e un piano di lavoro ad isola (fig.3). Abitualmente, il cibo non viene preparato nel centro, ma portato al centro e preparato presso una cucina generale.

### **Scheda critica**

La residenza è organizzata in modo da garantire la libera e autonoma deambulazione dei pazienti.

Non presenta percorsi anulari, ma un corridoio che tenta di soddisfare l'esigenza di vagabondaggio mediante gli ampi slarghi posti alle sue estremità.

La presenza lungo il corridoio della porta a doppia anta serve a garantire privacy alla zona degenza, anche se può creare impedimento alla circolazione dei malati. La soluzione della sua apertura a spinta, valida in entrambe le direzioni, è stata pensata per andare incontro alla naturale tendenza a spingere anziché a tirare, tuttavia tale soluzione può costituire fonte di pericolo per chi si trova in prossimità della porta. L'attenzione per il benessere visivo dei pazienti è espressa dal ricorso a colori tenui e a luci indirette, mentre quella per il benessere psicologico dalla familiarità degli arredi e dall'organizzazione spaziale, così come dalla possibilità di personalizzare la camera di degenza, ulteriore occasione di stimolo per la memoria residua del paziente.

Inoltre, le caratteristiche di familiarità del nucleo contribuiscono all'orientamento spaziale dell'ospite all'interno dell'ambiente.

**Fonti**

- [www.aia.org/pia/DFA4/065/main.asp](http://www.aia.org/pia/DFA4/065/main.asp)
- [www.oregonlive.com/realestate/cover/98/or98009seniorshelter.html](http://www.oregonlive.com/realestate/cover/98/or98009seniorshelter.html)

## Louis Feinstein Alzheimer's Day Center Cranston, USA

### Informazioni generali

**Denominazione** Louis Feinstein Alzheimer's Day Center

**Ubicazione** Cranston, Rhode Island, USA

**Tipo di nucleo** Centro Diurno

**Ente amministratore** Louis Feinstein Alzheimer's Day Center

**Committente** City of Cranston

**Progettista** Robinson, Myrick and Associates,  
progetto architettonico

**Anno di costruzione** 1994

### Dati dimensionali

Superficie del lotto 70000 mq

Superficie del nucleo 560 mq

Ricettività 50 malati

### Dati descrittivi dell'edificio

#### Caratteristiche planimetriche e distributive

L'edificio è collocato all'interno di un parco e presenta una pianta rettangolare posta su un unico livello.

Il nucleo è strutturato in modo da garantire agli ospiti l'autonoma deambulazione in condizioni di sicurezza.

Esso presenta infatti un percorso anulare al cui centro si trovano gli ambienti destinati alla consumazione dei pasti, allo svolgimento delle attività terapeutiche e al controllo; al suo esterno, invece, sono collocate le camere di degenza e altri ambienti comuni.



Fig.1

L'ingresso si trova a metà di uno dei lati lunghi dell'edificio, rispetto al quale, a destra, si trovano gli ambienti ad uso del personale e, a sinistra, quelli per le attività terapeutiche e per il riposo dei pazienti (figg.1,2).

### Unità ambientali

Nella zona centrale si individuano uno spazio per le attività ricreative, utilizzato anche come sala da pranzo, ed una postazione di controllo.

Attorno a quest'area si articolano gli spazi per i pazienti e quelli per il personale.

I primi prevedono un grande soggiorno (fig.3), alcuni ambienti per le attività di piccoli gruppi (fig.4) e per il riposo, i bagni, la cucina terapeutica, una biblioteca ed una stanza per le cure estetiche, tutti raccordati da un percorso di vagabondaggio.



Fig.2



Fig.3



Fig.4

Gli spazi ad uso esclusivo del personale comprendono la cucina vera e propria, utilizzata per la preparazione del cibo, alcune stanze per le infermiere e per le visite dei medici.

### **Accesso**

L'ingresso alla struttura avviene dal piazzale esterno tramite un piccolo loggiato, dal quale si accede ad un ambiente-filtro, controllato dal personale e in posizione defilata rispetto alla zona di fruizione dei pazienti. Dalla zona filtro, attraverso un corridoio sul quale si affacciano un piccolo guardaroba ed i servizi igienici, si arriva all'area di pertinenza dei pazienti.

### **Sistema di controllo**

Il controllo diretto dei pazienti è possibile da una specifica postazione collocata al centro del percorso anulare, delimitata da un bancone semicircolare, con alle spalle una zona archivio. Al controllo visivo si affianca anche un sistema di monitoraggio con telecamere a circuito chiuso.

### **Sistema di illuminazione**

L'illuminazione naturale è integrata da punti luce posti a parete o a soffitto, collocati rigorosamente fuori dal campo visivo dei malati, in modo tale da non creare fenomeni di abbagliamento che possano turbare i pazienti. Inoltre il posizionamento dei corpi illuminanti, sia sulle pareti che sul soffitto, crea una luce ambiente uniforme, senza effetti di chiaro-scuro. Il percorso anulare, posto al centro dell'edificio, e la zona che esso delimita sono illuminati da una serie di finestre prospicienti sul giardino, da lucernari e dalla luce filtrata dalle pareti vetrate delle stanze lungo il percorso stesso.

## **Analisi delle unità ambientali**

### **Soggiorno**

Il soggiorno è posizionato all'estremità del nucleo e si affaccia sul giardino.

L'arredamento ricorda quello di un salotto domestico e si compone di poltrone e divani imbottiti, di tavolini in legno e di un caminetto, in modo da evitare ogni allusione ad uno spazio sanitario.

La zona soggiorno è circondata da ambienti per piccoli gruppi chiusi da porte vetrate, arredati con tavoli in legno scuro a sostegno centrale e con sedie imbottite, dalla struttura lignea e dai colori vivaci.

I pavimenti sono in legno.

### **Sala da pranzo**

La sala da pranzo, delimitata dal percorso anulare e affiancata alla postazione di controllo, è utilizzata, oltre che per la consumazione dei pasti, anche per lo svolgimento delle attività ricreative.

L'arredamento è costituito da tavoli a sostegno unico con ripiano di colore scuro e da sedie in legno chiaro con braccioli.

### **Cucina terapeutica**

La cucina terapeutica è collocata lungo uno dei lati lunghi del nucleo.

Essa è divisa da un bancone in due ambienti: uno per la preparazione del cibo ed uno simile ad una sala da pranzo, così da ricordare la distribuzione di una cucina domestica.

Inoltre, gli arredi sono familiari nell'aspetto e si presentano in legno tinteggiato di bianco.

### **Scheda critica**

La zona centrale del nucleo è organizzata in modo da garantire la massima autonomia dei pazienti.

La distribuzione degli spazi destinati alla vita comune, al centro

dell'organismo edilizio, garantisce al malato comprensibilità spaziale, facile accessibilità anche visiva, nonché capacità di orientamento.

Inoltre, tale distribuzione spaziale permette il controllo visivo da parte del personale, il quale, mentre è occupato nelle attività cui è preposto, può seguire continuamente con lo sguardo i pazienti e i loro spostamenti.

Gli ambienti comuni sono generalmente collegati fra loro in modo diretto e facilmente fruibile da parte dei malati, benché la presenza di porte vetrate possa essere occasione di disorientamento e di ansia per i pazienti.

Il malato, infatti, di fronte a superfici riflettenti, può smarrire temporaneamente la vista o il senso di sé, così come può interpretare la propria immagine riflessa come presenza reale di un'altra persona. L'attività di vagabondaggio è possibile unicamente nel percorso anulare centrale interno al nucleo, non essendo previsto un percorso all'aperto.

Il benessere visivo è garantito dal contrasto cromatico fra il pavimento in legno, pareti e gli arredi, ad eccezione dell'ambiente cucina, in cui questi elementi sono tutti bianchi.

La malattia di Alzheimer determina deterioramenti cognitivi, funzionali e comportamentali che causano la perdita della capacità di leggere la terza dimensione; a questo proposito, il ricorso ad arredi di colore bianco non facilita il malato nella corretta percezione della loro collocazione nello spazio, con la conseguente possibilità di incidenti.

Nella zona centrale, finestre e lucernari garantiscono un buon livello di illuminazione naturale.

L'orientamento spaziale è favorito dalla facile individuazione dei vari ambienti grazie all'assenza di barriere visive.

Il numero eccessivo di pazienti – di per sé, ed anche a causa della destinazione del nucleo a pazienti allo stadio avanzato della malattia – influisce negativamente sullo svolgimento dei programmi terapeutici in quanto il suo espletamento, poichè calibrato sulla

base dell'individualità clinica di ogni paziente, richiede una ridotta presenza di ospiti nella struttura.

Inoltre, viene penalizzata la qualità dell'ambiente stesso che non é in grado di offrire ai pazienti il comfort acustico di cui necessitano.

### **Fonti**

- [www.uwm.edu/Dept/IAE/fein.htm](http://www.uwm.edu/Dept/IAE/fein.htm)

- [www.ahlborg.com/feinstein.htm](http://www.ahlborg.com/feinstein.htm)

## Appartamenti pubblici sperimentali Tonsberg, Norvegia

### Informazioni generali

<b>Denominazione</b>	Appartamenti pubblici sperimentali
<b>Ubicazione</b>	Tonsberg, Oslo, Norvegia
<b>Correlazione</b>	Struttura autonoma
<b>Progettista</b>	Kjellaug S. Eggen, progetto architettonico; TED project (Technology Ethics and Dementia), in cooperazione con la Comunità Europea nell'ambito del BIOMED 2, sistemi tecnologici; Siemens, progetto degli impianti

**Anno di costruzione** 1996

**Tipo di intervento** Nuova costruzione

### Dati dimensionali

Superficie del nucleo 480 mq

Ricettività 8 malati

### Dati descrittivi dell'edificio

#### Caratteristiche planimetriche e distributive

Gli appartamenti pubblici sperimentali di Tonsberg sono stati concepiti come un quartiere residenziale su un unico livello immerso nel verde (figg.1,2).

L'impianto planimetrico si sviluppa ad H e prevede nelle ali sei miniappartamenti destinati ai malati ai primi stadi di demenza; un corridoio unisce le due ali e permette di accedere ad altri due alloggi e agli ambienti comuni.

Gli alloggi, ognuno di circa 45 mq, presentano la camera da letto,

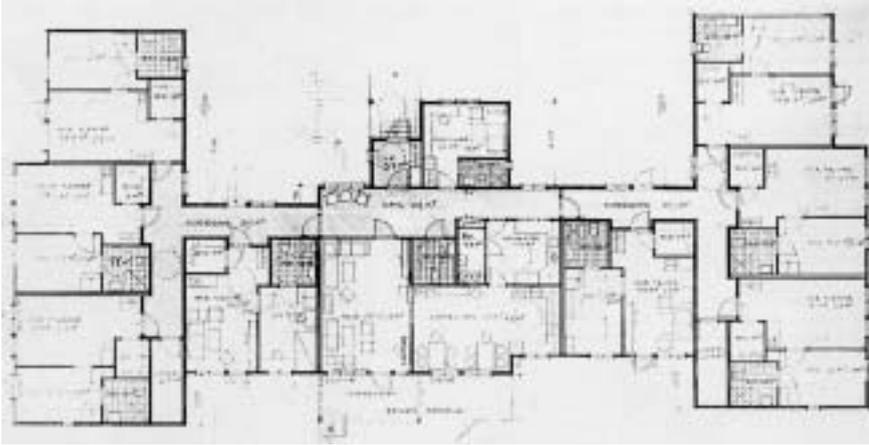


Fig.1

un tinello con angolo cottura, un piccolo ripostiglio e un bagno.

### **Unità ambientali**

Il nucleo protetto prevede otto appartamenti singoli, una sala da pranzo e un soggiorno comuni, un bagno comune, una stanza per il custode con relativo bagno, due ripostigli.

### **Accesso**

L'accesso al reparto é sorvegliato tramite un sensore magnetico collegato alla postazione di controllo del custode.

### **Sistema di controllo**

Gli appartamenti sperimentali di Tonsberg presentano vari tipi di sistemi di controllo.

#### *Allarme antincendio*

In ogni stanza sono previsti sensori di rilevazione di fumo.

Quando il sistema di allarme si attiva, entra in funzione un segnale acustico, un messaggio è inviato al custode, mentre si accendono automaticamente le luci nel corridoio e nelle stanze e si aprono



Fig.2



Fig.3



Fig.4

automaticamente tutte le porte di ingresso alle camere.  
In caso di interruzione dell'energia elettrica, le porte rimangono aperte.

#### *Controllo automatico delle luci notturne*

Per prevenire le cadute, ai piedi del letto si trova un sensore che registra la variazione di peso e invia un segnale al custode. Se un paziente si alza nella notte per raggiungere il bagno, si accende automaticamente una luce di debole intensità, per evitare i fenomeni di abbagliamento, sia nella camera da letto che nel bagno. Quando il paziente è tornato a letto, le luci si spengono dopo un opportuno intervallo di tempo.

#### *Controllo delle uscite dalle stanze individuali, delle uscite di emergenza e dell'ingresso principale*

Tutte le porte sono dotate di un sensore magnetico che invia un segnale al sorvegliante quando vengono aperte, giorno e notte.

#### *Controllo della cucina*

Il sistema controlla la temperatura dello scaldavivande: se questo si surriscalda, automaticamente si stacca l'energia elettrica e arriva un messaggio al sorvegliante.

#### *Avviso in caso di caduta*

Un sensore avverte il personale se il malato, alzatosi durante la notte, non ritorna al letto entro trenta minuti.



Fig.5



Fig.6

### **Sistema di illuminazione**

Nei minialloggi l'illuminazione artificiale avviene tramite lampade di tipo comune: sono presenti plafoniere a soffitto, lampadari, lampade a stelo, a mensola e da comodino.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camera di degenza**

Le camere presentano un arredamento in stile tradizionale norvegese composto da un letto, un comodino, un armadio e una poltrona, tutti di colore bianco.

Il comodino è dotato di lampada e la finestra, che si apre sul giardino, presenta tende di colore verde scuro. Le pareti sono intonacate di bianco, così come il soffitto (figg.3,5).

#### **Bagno**

Ogni bagno è dotato di tazza wc, lavabo e doccia.

#### **Soggiorno**

Il soggiorno comune è suddiviso in due zone da due gruppi di poltrone e divani disposti circolarmente intorno ad un tavolo (fig.4).

Il soggiorno presente nei minialloggi prevede mobili di tipo tradizionale, tappeti e quadri che raffigurano paesaggi.

Le ampie finestre sono dotate di tende dai colori vivaci.

E' presente un angolo cucina che prevede uno scaldavivande, un lavabo e pensili di tipo comune (fig.6).

### **Scheda critica**

Gli appartamenti pubblici sperimentali di Tonsberg sono stati concepiti con l'obiettivo di garantire alle persone ai primi stadi della malattia di Alzheimer una vita sicura in un ambiente dalle caratteristiche domestiche.

Circa la tipologia, la collocazione del reparto al piano terra e la complanarità col giardino rendono gli spostamenti semplici e permettono al malato di fruire del giardino autonomamente e, al tempo stesso, nella massima sicurezza.

Inoltre, l'impianto planimetrico ad H consente di suddividere la struttura in due nuclei protetti speculari ognuno con quattro alloggi: tale soluzione tipologica permette di distribuire i malati in funzione dello stadio di avanzamento della malattia, per evitare che i pazienti con deficit più gravi possano turbare gli altri.

Il rapporto di reciprocità col giardino è garantito sia negli ambienti comuni sia nei singoli appartamenti, da ognuno dei quali è possibile accedere all'area verde: in questo modo si intende garantire al paziente autonomia e libertà di movimento.

Le ali dell'impianto ad H sono collegate da un corridoio che, dal punto di vista morfologico e distributivo, non può certo paragonarsi al percorso di vagabondaggio di cui i pazienti colpiti da malattia di Alzheimer necessitano.

All'esterno, invece, è presente un percorso di vagabondaggio che circonda tutto il nucleo.

Da un punto di vista morfologico, il nucleo è molto simile ad una comune abitazione dalle caratteristiche domestiche e familiari. Inoltre, la sua collocazione in un contesto cittadino e il ricorso allo stile architettonico tradizionale norvegese contribuiscono a renderlo più simile ad un quartiere residenziale che ad un ambiente ospedaliero.

La logica seguita per i vari sistemi di controllo è stata quella di attuare un monitoraggio continuo, sostituendo in parte e coadiuvando il personale infermieristico.

Tale scelta è motivata dal tentativo di ridurre la presenza degli ope-

ratori non solo perché spesso giudicata dal malato come intrusiva, ma soprattutto per esigenze di tipo gestionale-economico, dato che il numero degli operatori necessari diminuisce in ragione della precisione e dell'efficacia del supporto tecnologico. Tuttavia è innegabile che la complessità e il numero dei disturbi comportamentali delle persone affette da demenza, seppure ai primi stadi, siano tali da rendere comunque necessaria la presenza contemporanea di più operatori.

Nel complesso, da un punto di vista qualitativo, gli appartamenti pubblici sperimentali di Tonsberg costituiscono un buon esempio di ambiente sicuro e dalle caratteristiche domestiche, dove la presenza di tecnologie innovative si concilia senza difficoltà con quelle caratteristiche di familiarità richieste ad un ambiente dedicato a pazienti affetti da Alzheimer. La struttura consente ai malati di continuare a vivere in un quartiere residenziale in condizioni di massima sicurezza e autonomia, senza che essi si sentano segregati o che perdano il contatto con la realtà. Inoltre, la scelta di destinare ad ogni ospite un miniappartamento risponde alle esigenze di benessere psicologico e di tranquillità dell'ospite, il quale può mantenere inalterate le abitudini precedenti all'insorgere della malattia.

### **Fonti**

- Valla P., Appartamenti sperimentali a Tonsberg, suppl. di *Modulo*, BE-MA editrice, Milano 1997

### **Informazioni generali**

<b>Denominazione</b>	Nuclei Alzheimer presso il centro per anziani The Helen Bader Center
<b>Ubicazione</b>	Milwaukee, Wisconsin, USA
<b>Correlazione</b>	Inseriti nel centro per anziani The Helen Bader Center
<b>Tipo di nucleo</b>	Residenza assistita a carattere permanente
<b>Ente amministratore</b>	Nita Corré
<b>Committente</b>	Prospect Congregate Housing
<b>Progettista</b>	David Kahler e Slater Di Kahler, progetto architettonico; Slater Di Kalher, architettura degli interni e allestimento degli spazi eterni
<b>Tipo di intervento</b>	Nuova costruzione

### **Dati dimensionali**

Ricettività 24 malati

### **Dati descrittivi dell'edificio**

#### **Caratteristiche planimetriche e distributive**

I due nuclei Alzheimer occupano una parte del secondo piano della residenza per anziani The Helen Bader Center.

Ad essi è destinata una superficie rettangolare, al cui interno le due unità residenziali sono organizzate specularmente rispetto all'asse di accesso e con la stessa logica distributiva (figg.1,2).

Dall'atrio di ingresso, affiancato sulla destra da una stanza per i



Fig.1

colloqui coi familiari e da due bagni, si accede a una zona comune, ove si apre un ambiente destinato al raccoglimento religioso e una sala per le attività terapeutiche.

Ogni nucleo ospita dodici residenti ed è organizzato attorno ad un percorso di vagabondaggio ad anello che racchiude la sala da pranzo, l'infermeria, un bagno assistito, la cucina terapeutica con annesso ripostiglio.

Lungo il corridoio, sul suo lato esterno, si aprono il soggiorno e le camere di degenza, ognuna con il proprio bagno. In prossimità dell'area destinata alle attività terapeutiche, è situato un giardino d'inverno.

### **Unità ambientali**

Ciascun nucleo prevede otto camere singole e due camere doppie, con relativi bagni, un soggiorno, una sala da pranzo, una cucina terapeutica con annesso ripostiglio, un'infermeria, un bagno afferente alle aree comuni, un bagno assistito.

I due nuclei hanno in comune, un locale destinato allo svolgimento delle attività terapeutiche.



Fig.2



Fig.3



Fig.4

### **Sistema di controllo**

Non è previsto un sistema di controllo di tipo tecnologico, ma la distribuzione e la conformazione degli ambienti, che prevedono i locali comuni al centro dell'impianto planimetrico e le camere di degenza disposte attorno ad essi, lungo il percorso di vagabondaggio, facilitano l'attività di controllo diretto da parte del personale.

### **Sistema di illuminazione**

L'illuminazione artificiale avviene principalmente tramite plafoniere e lampade a luce indiretta.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camere di degenza**

Ogni camera di degenza singola presenta una sorta di corridoio, in asse con la porta, che disimpegna il bagno e consente l'accesso alla zona notte, garantendo la privacy del malato. Le camere doppie sono strutturate rispettando l'individualità degli ospiti, grazie a paratie che – insieme al volume del bagno – suddividono l'ambiente in due zone autonome.

#### **Bagno**

In ogni nucleo sono presenti dieci bagni afferenti ciascuno alle camere ed uno collocato lungo il percorso di vagabondaggio. I sanitari sono costituiti da wc, lavabo e doccia e l'aerazione è forzata.

#### **Bagno assistito**

I bagni assistiti, uno per ogni nucleo, sono dotati di vasca.

## **Soggiorno**

Il soggiorno si apre sul percorso di vagabondaggio e non presenta barriere fisiche e/o visive rispetto agli altri ambienti comuni. Un ampio balcone consente l'illuminazione naturale, mentre quella artificiale è ottenuta tramite plafoniere.

Gli arredi presentano carattere di familiarità e sono costituiti da poltrone e divani imbottiti, tavoli e sedie (fig.4).

## **Sala da pranzo**

La sala da pranzo si apre sul percorso di vagabondaggio ed è collocata in posizione antistante al soggiorno. L'illuminazione artificiale è ottenuta tramite plafoniere e lampade a luce indiretta. Gli arredi sono costituiti da tre tavoli in legno di forma quadrata e da sedie con schienale e piano di seduta imbottiti e rivestiti di tessuto blu. La pavimentazione è in moquette e si differenzia nel colore da quella del percorso di vagabondaggio, per facilitare l'identificazione dell'unità spaziale.

## **Cucina terapeutica**

Le pietanze provengono dalla cucina centrale, ma al piano è possibile preparare dei pasti semplici con l'ausilio degli operatori, al fine di sostenere le capacità residue dei pazienti in attività occupazionali.

La cucina terapeutica è contigua alla sala da pranzo. Il blocco della cucina è molto simile a quello di una comune abitazione: presenta mobili pensili, un doppio lavabo, piani di lavoro e il piano di cottura elettrico (fig.3).

## **Dati descrittivi del giardino**

Per garantire la presenza di un'area verde complanare al nucleo, è stato realizzato un giardino d'inverno al quale possono accedere i malati di entrambe le strutture.

L'accesso è in posizione defilata rispetto al percorso di vagabon-

daggio, in prossimità dell'area dedicata allo svolgimento delle attività terapeutiche. L'ambiente presenta una ringhiera, di andamento curvilineo, al fine di individuare un percorso di vagabondaggio, mentre lungo il suo perimetro sono disposte sedute inframmezzate da piante.

La vegetazione, costituita da piante e cespugli erbosi, è il risultato di una scelta mirata a evitare situazioni di pericolo: ogni essenza, infatti, è stata scelta fra quelle non urticanti e non velenose.

### **Scheda critica**

La scala domestica e l'aspetto residenziale dei due nuclei conferiscono loro quelle caratteristiche di familiarità utili a sostenere la memoria e l'orientamento spaziale del paziente e a diminuirne gli stati d'ansia causati dalla sensazione di estraneità dell'ambiente.

Inoltre, la circoscritta capacità ricettiva (dodici residenti per unità) garantisce al paziente tranquillità e riservatezza, riducendo le condizioni che generano stati di confusione e di agitazione. Ciò facilita anche l'espletamento del programma terapeutico, che, in quanto calibrato in rapporto all'individualità clinica di ogni malato, privilegia una ridotta presenza di ospiti nella struttura.

Tuttavia l'aspetto esterno dell'edificio è più simile a quello di una struttura ospedaliera, piuttosto che ad una normale casa d'abitazione: ciò compromette l'obiettivo progettuale dell'immediata riconoscibilità, rispetto ai codici di interpretazione degli ospiti, finalizzata a garantire condizioni di serenità e di benessere psicologico del malato.

La distribuzione degli spazi destinati alla vita comune al centro dell'organismo edilizio garantisce al malato comprensibilità spaziale, facile accessibilità anche visiva, nonché capacità d'orientamento. Inoltre, tale distribuzione spaziale permette il controllo visivo diretto da parte del personale, il quale, mentre è occupato nelle attività alle quali è preposto, può seguire continuamente con lo sguardo i pazienti e i loro spostamenti.

Il corridoio, a sviluppo anulare, risponde alla necessità di preorganizzare la tendenza quasi ossessiva del malato a camminare senza alcuna finalità; la presenza di aree comuni lungo il percorso consente, inoltre, di invitare il paziente a prendere parte allo svolgimento delle attività terapeutiche, oltre che a socializzare.

Considerate le ridotte capacità del malato nell'identificazione cognitiva dei luoghi, è anche stata ben risolta la distribuzione delle camere di degenza attorno agli spazi di vita comune, lungo il percorso di vagabondaggio: spesso, infatti, i pazienti non riescono ad individuare la collocazione della propria camera e sono ridotti nella loro possibilità di autonomia.

Tuttavia, in virtù delle stesse considerazioni, l'accesso al giardino d'inverno appare eccessivamente defilato, quindi difficilmente individuabile dal malato.

### **Fonti**

- [www.aia.org/pia/DFA4/047/main.asp](http://www.aia.org/pia/DFA4/047/main.asp)

- [www.uwm.edu/Dept/IAE/bader.htm](http://www.uwm.edu/Dept/IAE/bader.htm)

### **Informazioni generali**

<b>Denominazione</b>	Hale Kako'o
<b>Ubicazione</b>	Honolulu, Hawaii, USA
<b>Correlazione</b>	Struttura autonoma
<b>Tipo di nucleo</b>	Residenza assistita a carattere permanente
<b>Progettista</b>	Design Partners Inc., progetto architettonico
<b>Anno di costruzione</b>	1995
<b>Tipo di intervento</b>	Nuova costruzione

### **Dati dimensionali**

Ricettività 12 malati

### **Dati descrittivi dell'edificio**

#### **Caratteristiche planimetriche e distributive**

Il nucleo Alzheimer Hale Kako'o è costituito da un edificio a pianta rettangolare ad un unico piano simile ad una casa unifamiliare collocato su una collina con vista su Honolulu (figg.1,2)

L'organizzazione distributiva del nucleo presenta una zona centrale nella quale sono collocate le aree comuni – e cioè la sala da pranzo, il soggiorno e la cucina terapeutica – intorno alle quali è previsto un percorso di vagabondaggio.

Ai suoi lati sono disposte le camere di degenza e i bagni.

L'accesso al giardino Alzheimer é possibile, anche durante le ore notturne, dal soggiorno tramite ampie porte-finestra la cui disposizione consente ai malati di godere della vista sull'ambiente circostante (fig.3).

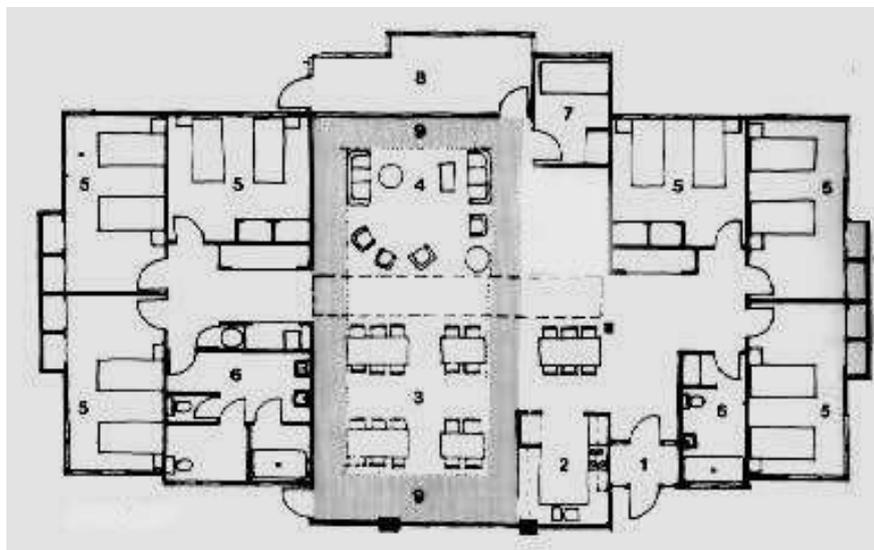


Fig.1

### **Unità ambientali**

Il nucleo presenta sei camere doppie, un soggiorno, una sala da pranzo, una cucina, tre bagni, un bagno assistito.

### **Sistema di controllo**

Il nucleo è privo di tecnologie innovative per il monitoraggio dei pazienti. Tuttavia, la distribuzione degli ambienti e l'assenza di barriere fisiche e/o visive non solo garantisce al malato una migliore percezione dei vari ambienti, ma è anche funzionale all'attività di controllo visivo diretto svolta dagli operatori.

### **Sistema di illuminazione**

Ogni ambiente del nucleo è illuminato naturalmente da finestre.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camere di degenza**

Ogni camera, priva di servizio igienico, presenta due letti, due piccoli armadi a muro, due comodini e due poltrone.



Fig.2



Fig.3

La possibilità di personalizzare la camera tramite oggetti di proprietà del malato e la presenza di arredi dalle caratteristiche familiari la rendono molto simile a quella di una comune abitazione (fig.4).

### **Bagno**

Il nucleo possiede tre bagni, dei quali uno con doccia, water e lavabo; gli altri due sono serviti da un antibagno, attrezzato con lavandini, che permette l'accesso a due ambienti riservati al water.

### **Bagno assistito**

Dall'antibagno si accede al bagno assistito, che presenta una vasca.

### **Soggiorno**

Il soggiorno è delimitato dagli arredi disposti circolarmente per facilitare la socializzazione (figg.3, 5). Le ampie finestre, prospicienti il giardino, consentono l'illuminazione naturale, mentre quella artificiale è ottenuta tramite lampade a sospensione.

Gli arredi ricordano quelli di una comune abitazione e sono costituiti da poltrone e divani imbottiti, da tavoli, sedie e due librerie (fig.6).

### **Sala da pranzo**

La sala da pranzo è collocata in posizione antistante al soggiorno e adiacente la cucina. Tra i tre ambienti non ci sono barriere fisiche e/o visive.



Fig.4



Fig.5

Gli arredi sono costituiti da tre tavoli da sei posti e due tavoli da quattro.

### **Cucina terapeutica**

Nella cucina, oltre ai pasti per gli ospiti, è possibile preparare dei cibi semplici con l'ausilio degli operatori, al fine di sostenere le capacità residue dei pazienti in attività occupazionali.

### **Dati descrittivi del giardino**

Il giardino Alzheimer si raggiunge dal soggiorno attraversando un patio (fig.7) che costituisce un filtro fra interno ed esterno.

L'area verde è recintata da siepi continue di un'altezza tale da non consentirne il superamento, ma da offrire la visuale oltre il giardino stesso, sulla baia di Honolulu.

Il giardino è del tutto pianeggiante, interamente a prato e presenta un percorso ad anello, lungo il quale sono distribuite aree di sosta ora soleggiate, ora coperte (fig.8), organizzate con panchine e tavoli in muratura. Da ognuna di queste aree è possibile una visuale completa di tutto il giardino.

La vegetazione è il risultato di una scelta mirata a evitare situazioni di pericolo: ogni essenza, infatti, è stata scelta fra quelle non urticanti e non velenose.

Si è cercato inoltre di evitare alberi a chioma larga o siepi che limitino la visuale, al fine di agevolare gli operatori nell'attività di controllo e gli ospiti nell'orientamento spaziale.



Fig.6



Fig.7



Fig.8

Non esistono infatti telecamere, ma l'apertura degli spazi e le ampie vetrate del soggiorno facilitano l'attività di controllo visivo diretto da parte degli operatori.

### **Scheda critica**

La morfologia del nucleo, simile a quella delle locali abitazioni, e la sua scala domestica contribuiscono a renderlo più simile ad una comune residenza che ad un contesto ospedaliero: il suo carattere non istituzionale, infatti, restituisce l'immagine di un ambiente psicologicamente accogliente e familiare nell'aspetto. Inoltre, la splendida posizione aperta sulla baia di Honolulu contribuisce a migliorare il benessere psicologico degli ospiti e a sostenerne l'orientamento temporale.

La presenza di aree comuni lungo il percorso consente al paziente di socializzare e di prendere parte allo svolgimento delle attività terapeutiche.

La distribuzione degli spazi destinati alla vita comune al centro dell'organismo edilizio garantisce al malato comprensibilità spaziale, facile accessibilità anche visiva, nonché capacità d'orientamento. Inoltre, tale distribuzione spaziale permette il controllo visivo da parte del personale, il quale, mentre è occupato nelle attività cui è preposto, può seguire continuamente con lo sguardo i pazienti nei loro spostamenti.

Nel giardino, il percorso a sviluppo anulare costituisce una scelta ottimale per le specifiche esigenze del malato di Alzheimer, mosso da un'irrefrenabile pulsione al vagabondaggio e colpito da disorientamento spaziale: l'assenza di bivi e incroci permette infatti di

muoversi in libertà e sicurezza senza mai perdersi né confondersi, mentre le aree di sosta assolvono all'esigenza del riposo.

Ben risolto l'accesso al giardino, mediato dal patio in modo tale che il salto di luminosità risulti filtrato e meno invasivo, così come il sistema di recinzione che, occultato dalla vegetazione, permette comunque di godere della vista sulla baia di Honolulu.

### **Fonti**

- [www.wcchc.com/depts/adc/socsvcs.htm](http://www.wcchc.com/depts/adc/socsvcs.htm)
- [www.assistguide.com/wcchc/hale1.htm](http://www.assistguide.com/wcchc/hale1.htm)
- [www.uwm.edu/Dept/IAE/halekako.htm](http://www.uwm.edu/Dept/IAE/halekako.htm)

**Informazioni generali**

<b>Denominazione</b>	The Wealshire
<b>Ubicazione</b>	Lincolnshire, Illinois, USA
<b>Correlazione</b>	Struttura autonoma
<b>Tipo di nucleo</b>	Residenza assistita a carattere permanente
<b>Committente</b>	Arnie Goldberg
<b>Progettista</b>	Behles & Behles, progetto architettonico
<b>Anno di costruzione</b>	1995
<b>Tipo di intervento</b>	Nuova costruzione

**Dati dimensionali**

Superficie del lotto 80000 mq  
Ricettività 144 malati

**Dati descrittivi dell'edificio**

**Caratteristiche planimetriche e distributive**

L'organismo edilizio, composto da sette nuclei fra loro adiacenti, ognuno con una ricettività compresa fra i sedici e i venti ospiti, si estende su una superficie boscosa nei dintorni di Chicago e si sviluppa su di un unico livello (fig.3).

Ogni nucleo presenta una zona per le aree comuni (figg.1,2) e un'ala a forma di L che ospita le camere di degenza, affacciate su un cortile.



Fig.1



Fig.2

I locali per il personale e gli ambulatori sono situati nell'edificio principale.

### **Unità ambientali**

Ogni nucleo è dotato di dieci camere singole e quattro camere doppie, ciascuna corredata di bagno.

Gli stessi nuclei presentano inoltre una sala da pranzo, un soggiorno, una cucina e un bagno assistito.

Per ciascuna delle sette strutture è stato scelto un diverso stile architettonico (toscano, spagnolo, americano) al fine di facilitare l'orientamento spaziale del malato.

La differenziazione dei colori, del tipo di tappezzeria e degli arredi contribuisce a distinguere i nuclei fra loro.

### **Sistema di controllo**

Non è previsto alcun sistema di controllo di tipo tecnologico, sono previste postazioni di controllo posizionate all'interno delle aree destinate alle attività comuni.

L'azione di controllo e supervisione dei pazienti viene svolta dal personale infermieristico.

### **Sistema di illuminazione**

L'intero nucleo è dotato di finestrate che forniscono ai vari ambienti una discreta illuminazione naturale; essa è compensata da apparecchi illuminanti posizionati in modo tale da non rientra-



Fig.3

re nel campo visivo dei pazienti, al fine di evitare fenomeni di abbagliamento e la formazione di zone d'ombra marcate.

### **Analisi delle unità ambientali**

#### **Camere di degenza**

La camera, servita da un bagno proprio, presenta arredi dalle caratteristiche familiari che la rendono molto simile a quella di una comune abitazione.

Inoltre, sulle mensole e sul piano interno del davanzale dell'ampia finestra si possono disporre oggetti del malato, invitandolo, dunque, a personalizzare la propria camera (figg.4,5).

Allo stesso modo, accanto alla porta o su di essa sono presenti immagini, fotografie e oggetti che aiutano il paziente a riconoscere la propria camera.

La pavimentazione è in moquette.

#### **Bagno**

Ogni bagno presenta un lavabo, un wc e una doccia.

#### **Dati descrittivi del giardino**

Non è presente un giardino vero e proprio, ma i sette cortili, affidenti ai sette nuclei e ad essi complanari, sono organizzati in modo tale da costituire una zona comune all'aperto.

Inoltre l'insieme dei sette cortili viene a determinare un percorso di



Fig.4



Fig.5

vagabondaggio con precisi riferimenti spaziali dati dalla ritmicità architettonica.(figg.6,7).

La distribuzione planimetrica di ogni singolo cortile è connotata e definita da un percorso ad anello che racchiude aiuole e aree di sosta di forme diverse.

La scelta morfologica degli spazi esterni è dovuta alla necessità di fornire ai malati dei precisi segni di riferimento lungo il percorso di vagabondaggio.

La vegetazione presenta essenze scelte fra quelle non urticanti e non velenose, in modo da non esporre il paziente ad eventuali rischi dovuti all'ingestione di parti di essa.

Si è cercato inoltre di evitare alberi a chioma larga o siepi che limitino la visuale, al fine di agevolare gli operatori nell'attività di controllo e gli ospiti nell'orientamento spaziale.

### **Scheda critica**

The Wealshire è la prima struttura residenziale progettata a Chicago in funzione delle specifiche esigenze del malato di Alzheimer.

La filosofia del Wealshire è basata sull'integrazione fra un'assistenza specifica da parte del personale e dei familiari e l'apporto terapeutico che l'ambiente dedicato può fornire.

La scala domestica e le caratteristiche di familiarità di ciascun nucleo (ogni edificio è progettato per funzionare come una casa unifamiliare) restituiscono l'immagine di un ambiente psicologica-



Fig.6



Fig.7

mente accogliente e riconoscibile in modo che sia agevolato il controllo su di esso da parte del malato.

Questo obiettivo ha guidato la progettazione, come dichiarano gli stessi progettisti che esplicitamente riconoscono di aver sempre usato la metafora della casa durante il loro lavoro: “ We talked about living areas as households, about residents as families. Whenever we had choices, we said, Well, what is it like at home?”. La possibilità di personalizzare la propria camera, per esempio, ha la stessa finalità: essa, infatti, consente di supportare il senso di individualità del malato, di organizzargli una serie di stimoli, di memorie del passato, utili a compensare i suoi deficit.

Solo l’idea di adottare diversi stili architettonici per le sette unità, seppure sia riconducibile alla volontà di facilitare il paziente nell’orientamento spaziale, potrebbe causare sensazione di estraneità in quegli ospiti che non riconoscono nello stile toscano o in quello spagnolo una morfologia architettonica a loro familiare.

Nel cortile, il percorso a sviluppo anulare costituisce una scelta ottimale per le specifiche esigenze del malato di Alzheimer, mosso da un’irrefrenabile pulsione al vagabondaggio e colpito da disorientamento spaziale; l’assenza di bivi e incroci lungo il percorso esterno permette di muoversi in libertà e sicurezza senza mai perdersi né confondersi, mentre le aree di sosta assolvono all’esigenza del riposo.

All’interno del nucleo, invece, è assente una zona destinata alla deambulazione afinalistica del paziente.

Gli architetti sostengono che la parte più difficile del lavoro è stata

mediare il rispetto della normativa edilizia statale con le finalità del progetto: “ If you followed states codes you would end up with an institutional looking building, with grab bars everywhre and hard linoleum surfaces.

We met the codes, but we had to persuade the code reviewer, for exemple, that what looks like a wooden towel rack is really a grab bar that can resist 200 pounds of stress”.

### **Fonti**

- [www.wealshire.com](http://www.wealshire.com)

- [www.uwm.edu/Dept/IAE/weal.htm](http://www.uwm.edu/Dept/IAE/weal.htm)

- Foltz-Gray D., Welcome to the neighborhood, in *Design Details*, Yvonne Parsons Editor, New York 1996-1997

## Considerazioni sulle indagini operate

Lo studio degli aspetti clinici della malattia di Alzheimer ha permesso di individuare quei deficit che influiscono maggiormente sull'interazione del malato con l'ambiente costruito.

È emerso che tali disturbi sono tali da dar luogo a disorientamento spaziale, perdita della memoria, disturbi cognitivi, disfunzioni del sistema visivo, anomalie del movimento, incapacità di svolgere compiti più o meno complessi.

All'acquisizione delle teorie sull'ambiente protesico, sono seguiti dei sopralluoghi effettuati nei principali centri Alzheimer italiani per verificare le soluzioni adottate in rapporto alla malattia. Ciò ha permesso un'osservazione diretta dei comportamenti dei malati, nonché la verifica della sua risposta alle scelte di progetto, di volta in volta attuate in nome della sua qualità di vita. Un'ulteriore conferma è venuta dalla consultazione per via telematica di altrettante strutture progettate all'estero secondo modalità dedicate.

È stato così possibile evidenziare un aspetto fortemente connotante la patologia e cioè l'eterogeneità della sintomatologia con la quale essa si manifesta: è emerso infatti che ogni malato, ad eccezione di alcuni deficit di natura costante (per esempio, il disorientamento spazio-temporale o il vagabondaggio), elabora una personale risposta o reazione nei confronti di ciò che lo circonda. Si tratta di una mancanza di omogeneità nel comportamento dei malati, relata al tipo della loro degenerazione neurologica e alla loro storia personale: ciò fa sì che non esista una certezza che sostenga la correttezza delle scelte di progetto.

Per chiarirsi allora il comportamento dei malati rispetto all'ambiente e per definire il panorama esigenziale utile all'individuazione di indicazioni progettuali per le strutture che li ospiteranno si è scelto di effettuare un'indagine sottoforma di questionario da rivolgere al personale medico e paramedico con l'obiettivo di avvalersi dell'esperienza di chi da tempo si occupa di tali soggetti.

Infatti, l'osservazione diretta e quotidiana delle reazioni dei malati da parte di medici e di operatori sanitari è fonte di informazioni particolari, nonché conferma di quanto già è emerso in fase di ana-

lisi, diretta e indiretta. Fornisce, quindi, un aiuto competente per confortare il progettista nelle sue scelte di indirizzo.

Il questionario proposto è stato strutturato con domande di tipo aperto che vertevano sulle criticità delle strutture dedicate all'Alzheimer. Esse erano mirate a comprendere il modo di reagire del malato nei confronti di soluzioni specifiche distributive e tipologiche di un nucleo: cioè come egli percepisce e risponde a certe proposte morfologiche, distributive, di reciprocità fra gli ambienti, di controllo; ciò per le aree sia esterne che interne.

Ancora le domande, basandosi su quelle classi essenziali di progetto ritenute pertinenti alla malattia (sicurezza, fruibilità e facilità d'uso, benessere visivo, acustico e psicologico, orientamento e controllo), hanno affrontato i problemi del malato mutuati dalla presenza o da certa configurazione di specifici elementi tecnici (ad esempio, scale, finestre, arredi...).

Preme sottolineare che dalle risposte al questionario ci si attendeva non tanto una serie di informazioni utili alla qualificazione della malattia dal punto di vista medico, quanto la conferma di ipotesi restituibili in chiave tipologico-spaziale, al fine di poterle utilizzare come informazioni utili per lo studio metaprogettuale.

Il confronto fra le informazioni ottenute dalle risposte al questionario e quelle desunte dalla letteratura di settore e dall'analisi diretta dei nuclei ha permesso di individuare una serie di indicazioni progettuali, alcune condivise in modo quasi unanime, altre dibattute, altre ancora fra loro nettamente contrastanti. Queste ultime hanno reso necessaria un'ulteriore verifica sulla letteratura scientifica e sono state da ultimo sottoposte all'analisi di un gruppo di psicologi ambientalisti, la cui lunga esperienza nel settore del comportamento dell'individuo è stata ritenuta utile sostegno scientifico per le scelte da adottare in rapporto alle esigenze del malato di Alzheimer. In presenza di indicazioni fra loro divergenti rispetto ad uno stesso problema di soluzione spaziale, il ricorso alla verifica della psicologia ambientale circa la congruità di un'indicazione o di un'altra ha consentito sia di misurare le strategie di inter-

vento sullo spazio più idonee col comportamento del malato di Alzheimer, sia di contribuire al miglioramento della sua qualità di vita.

Gli psicologi ambientalisti dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", oltre ad utilizzare la loro diretta esperienza, hanno eseguito una ricerca bibliografica su banche dati scientifiche di loro afferenza: PsycLit, MEDLINE e quelle del CNR. I risultati di tale indagine sono poi stati trasferiti nella predisposizione delle linee guida.

Fra i diversi quesiti proposti sono emersi quelli relativi alle soluzioni di progetto atte a sostenere il paziente nell'orientamento spaziale, all'uso strategico della componente cromatica, ai problemi di acustica e di illuminazione, alla necessità di un'area verde organizzata e sicura.

I risultati relativi agli studi sull'orientamento confermano la necessità che le unità di cura dedicate ai malati di Alzheimer presentino una distribuzione spaziale semplificata, che permetta al malato il vagabondaggio lungo percorsi ricchi di stimoli e di riferimenti.

A conferma di ciò, Elmstahl, Annerstedt, Ahlund (1997), in un loro studio sull'ambiente fisico dei centri per malati di Alzheimer, hanno criticato i sistemi di corridoi troppo lunghi che provocano disorientamento nei pazienti e valorizzato quelli a square o a forma di H. La conformazione a square secondo loro è inoltre da preferire alla tipologia a corte con l'area verde al centro, che, se garantisce al malato la possibilità di muoversi in libertà e nella massima sicurezza, risulta però di tipo carcerario e alienante per il malato, in quanto impedisce il contatto con la realtà esterna.

Passini, Rainville, Marchand, Joannette (1998), in uno studio sui processi di decisione riferiti all'orientamento spaziale, hanno trovato che i soggetti colpiti da malattia di Alzheimer presentano difficoltà nel costruire mappe cognitive di spazi troppo articolati; suggeriscono, dunque, un'organizzazione spaziale semplificata, che eviti la necessità di operare delle scelte cognitive impegnative, basate sulla memoria, che tali soggetti non sono più capaci di gestire. Ciò

induce a pensare che l'accessibilità visiva degli spazi possa facilitare l'individuazione della destinazione d'uso.

Si parla in tal senso di natural mapping alludendo ad una distribuzione spaziale talmente semplificata da guidare essa stessa il malato nei suoi spostamenti, senza che questo debba attivare processi mnemonici, compromessi dalla malattia.

Una conferma molto importante, in quanto fortemente connotante la progettazione di nuclei Alzheimer, si è avuta sul problema del carattere di familiarità e di riconoscibilità degli ambienti, atto a sostenere la memoria e l'orientamento del malato, nonché a facilitare la fruibilità di spazi e arredi. Si è accertato dunque che ambienti dal contesto asettico e impersonale, proprio per la loro diversità morfologica, dimensionale e distributiva rispetto ad una normale casa di abitazione, contribuiscono a mortificare lo stato di benessere psicologico del malato, oltre che a inficiare le sue già ridotte abilità di mappatura spaziale. La scala domestica, così come la scelta di arredi di tipo tradizionale, promuovendo una partecipazione attiva da parte del malato alla sua interazione con l'ambiente, lo sostengono nelle sue scelte comportamentali e lo aiutano a recuperare la fiducia in sé stesso e il suo senso di dignità.

Dall'assunto che l'ambiente del nucleo presenti caratteristiche di domesticità, prossime a quelle familiari, è emersa d'altro canto la necessità di un ridotto numero di presenze, e cioè di una circoscritta capacità ricettiva del nucleo. Inoltre, l'espletamento del programma terapeutico, in quanto calibrato in rapporto all'individualità clinica di ogni malato, richiede una ridotta presenza di ospiti nella struttura.

Dall'analisi degli psicologi è anche emersa la necessità di opportuni sistemi di segnaletica come supporto per l'orientamento. Passini (1998) ha condotto una ricerca sui processi cognitivi relativi all'orientamento, mettendo a confronto i malati di Alzheimer con i soggetti sani. È risultato che i primi utilizzano decisioni basate maggiormente su esplicite informazioni ambientali, su percorsi quotidiani e su strategie di esplorazione, poco sulle inferenze e sulla

memoria. Gli autori suggeriscono quindi di utilizzare, all'interno delle strutture per malati di Alzheimer, quella che loro chiamano Comunicazione Ambientale (environmental communication), riferita all'espressione grafica delle informazioni necessarie per risolvere i problemi d'orientamento. Essi parlano di segnali grafici presentati attraverso disegni e immagini che raffigurino la funzione del luogo indicato. Quindi, tali immagini devono essere semplici da comprendere e limitate nel numero, non devono presentare abbreviazioni nei nomi dei luoghi, né singole lettere per distinguere i settori o i diversi locali. Gli autori suggeriscono inoltre di non specificare chiaramente le uscite dall'edificio per contenere i tentativi di fuga e di utilizzare anche dei marcatori di zona (oggetti con un particolare significato per i pazienti) come punti di riferimento, specie nel percorso di vagabondaggio, allo scopo di aiutare i pazienti nell'individuazione della strada di ritorno.

Tale studio sulla Comunicazione Ambientale ha sciolto un altro nodo irrisolto circa il sistema di segnaletica da adottare in un nucleo Alzheimer: la scelta del lettering per fornire indicazioni e sostenere il malato nell'orientamento deve essere accompagnata da una gamma diversificata di segnali, iconici e grafici. Ciò è dovuto al fatto che, proprio per la disomogeneità clinica e comportamentale che caratterizza la categoria dei malati di Alzheimer, non tutti sono in grado di leggere e comprendere le informazioni sotto forma di lettering. È quindi necessario poter mettere il malato nella condizione di orientarsi nello spazio con l'ausilio di un sistema di segnaletica che egli riesca ad interpretare.

Legato alla problematica dell'orientamento spaziale è l'uso mirato della componente cromatica. Gli psicologi hanno appurato che i contrasti cromatici possono essere adoperati strategicamente al fine di sollecitare l'orientamento spaziale, così come l'individuazione e la fruibilità di oggetti e di arredi. Recenti studi hanno infatti evidenziato come il colore sia un efficace stimolatore per pazienti colpiti da morbo di Alzheimer, in quanto intensifica l'attenzione del malato. In effetti, la ridotta sensibilità del malato di Alzheimer

alla percezione dei colori, soprattutto se tra loro simili, nonché l'alterazione nel percepire la dimensione della profondità gli impediscono di individuare la reale posizione degli oggetti in un ambiente, in quanto egli percepisce lo spazio in modo piatto. Una più corretta e immediata lettura della profondità e dei vari piani nello spazio può essere favorita da un uso del colore come strumento di informazione e di supporto.

Il colore quindi orienta nella misura in cui, diversificando cromaticamente la destinazione d'uso degli ambienti, sollecita nel malato l'individuazione delle differenti funzioni che si svolgono nei diversi spazi, stimolando le opportune associazioni; e facilita nell'individuazione di oggetti e arredi in quanto sfrutta le potenzialità dei netti contrasti cromatici. In questo senso l'uso della componente cromatica aiuta l'orientamento in quanto può fungere da codice, quasi una segnaletica passiva, che guida gli spostamenti del paziente, e sollecita l'individuazione rendendo visibili oggetti e arredi tramite opportuni contrasti cromatici. Inoltre la componente cromatica gioca un ruolo fondamentale anche nell'orientamento temporale del malato: è stato provato, infatti, che una scelta mirata della vegetazione, e quindi il ricorso a piante con fioriture stagionali accompagnate da cambiamenti cromatici, sollecitano nel malato la percezione delle scadenze temporali.

In altri termini il colore diventa uno strumento, a disposizione del progettista, per guidare l'informazione e supportare la comunicazione di fruizioni e di comportamenti, riducendo la condizione di svantaggio del malato rispetto allo spazio.

L'indagine degli psicologi ambientalisti ha poi sortito dati utili e interessanti circa l'importanza di un'attenta organizzazione dell'acustica, quanto mai necessaria all'interno di un nucleo Alzheimer. Infatti, se è vero che la garanzia dell'isolamento acustico costituisce un'indicazione ormai perseguita in ogni ambiente, in un nucleo dedicato all'Alzheimer essa assume una rilevanza maggiore se riferita agli specifici disturbi del demente. In effetti, i deterioramenti a carico del sistema uditivo comportano nel malato ridotta tollerabi-

lità verso gli stimoli sonori eccessivi, i quali possono costituire causa di stati d'ansia e di agitazione. Compensare l'aggravio indotto da tale handicap d'ordine organico-funzionale è utile per prevenire nel malato possibili ricadute di tipo psicologico-comportamentale e per garantirgli una migliore qualità di vita. I suoni prodotti dalla televisione, per esempio, possono essere causa di allucinazioni uditive. In altri termini il malato potrebbe attribuire i suoni emessi dalla televisione a persone reali e andare incontro, così, a episodi di delirio e di aggressività. In tale situazione il malato può reagire con stati di paura intensa o con comportamenti aggressivi, in quanto si trova di fronte ad una situazione che non capisce e che non riesce a controllare. Al tempo stesso, però, data la condizione di apatia che generalmente colpisce i malati di Alzheimer, si è evidenziata la necessità di organizzare lo spazio in modo da favorire in alcune zone l'ascolto, anche passivo, per facilitare la conversazione e per sollecitare l'interesse del malato verso le attività proposte dal programma terapeutico.

Per quanto riguarda l'illuminazione il suggerimento di Carrera e Palumbo (1986) è di mantenere un livello d'intensità luminosa omogeneo per evitare fenomeni di abbagliamento o di riduzione della visibilità dovuti alla variazione di luminosità al passaggio da un ambiente ad un altro. Inoltre Lucassen, Van Somerer Swaab (1998), in una ricerca sulla stimolazione ambientale dei soggetti colpiti da morbo di Alzheimer, hanno trovato che un aumento della quantità della luce migliora i ritmi circadiani e riduce sensibilmente i disturbi comportamentali.

Per quanto concerne le aree esterne, il risultato più evidente della ricerca degli psicologi ambientalisti è la conferma del ruolo terapeutico svolto da queste sul malato di Alzheimer: mantenere un costante rapporto diretto con la natura favorisce il benessere fisico e psicologico (cfr. tra gli altri Kaplan, 1994 e Lewis, 1996). Harting, Boeok, Garvill, Olsson, Gaerling (1996), in una ricerca sugli ambienti terapeutici, hanno trovato che la frequentazione degli spazi verdi, rispetto ai contesti urbani, è correlata con percezioni

emotive più positive. Lo stesso dato è confermato da Bowler, Kaiser, Hartig (1999): nella percezione dei malati gli ambienti naturali hanno qualità più ricreative rispetto agli altri.

Data la preferenza dei malati di Alzheimer per le aree all'aperto, la complanarità del giardino col nucleo di riferimento è certamente una soluzione che privilegia sia l'autonoma fruizione dell'area verde da parte del malato sia il controllo visivo diretto da parte del personale. Inoltre, poiché lo stato d'ansia, determinato nel malato di Alzheimer dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intellegibile le sue esigenze e a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità, lo schema planimetrico-distributivo deve garantire condizioni di fruibilità tali da compensare le difficoltà motorie del paziente.

È evidente, infatti, che differenze di quota fra il nucleo e il giardino ostacolano, o comunque rendono più difficoltosi e soprattutto meno sicuri, gli spostamenti autonomi dei pazienti: la complanarità del nucleo col giardino, invece, consente al malato di accedere agli spazi a lui destinati in condizioni di autonomia e di maggiore sicurezza.

Connessa a tale condizione di complanarità è l'opportuna correlazione dei percorsi di vagabondaggio esterni col nucleo stesso. In effetti, poiché il malato deve poter esercitare liberamente la sua pulsione al vagabondaggio afinalistico, lo schema planimetrico-distributivo dovrà interpretare tale esigenza e permettergli una deambulazione autonoma.

Il tema degli accessi al giardino e del loro controllo è stato più volte oggetto di discussione. Soddisfare la pulsione al vagabondaggio in condizioni di autonomia rende implicita la necessità che il giardino sia accessibile in ogni momento della giornata. È evidente, quindi, che vincolare l'accesso al giardino alla presenza di un operatore mortifica l'autonomia di spostamento del malato e penalizza la riappropriazione del suo senso di dignità.

In tal senso, gli studi di Brown, Kaplan, Quaderer (1999) confermano le potenzialità ricreative di un'area verde sul malato di

Alzheimer e consigliano quindi di rendere accessibili i giardini in ogni momento della giornata. Gli autori, in una loro ricerca sulle preferenze degli individui riguardo alle limitazioni di mobilità nei diversi ambienti, hanno trovato una correlazione positiva tra accessibilità agli ambienti naturali e soddisfazione dei soggetti.

Numerose ricerche hanno poi confermato la necessità di organizzare all'aperto precise attività terapeutiche calibrate sulla base delle potenzialità e delle abilità residue dei malati. In effetti, i progressivi disturbi della memoria e l'alterazione delle capacità cognitive più comuni, dei quali è responsabile la malattia di Alzheimer, generano un esasperato stato di depressione nel malato, dovuto anche alla perdita di fiducia in sé stesso e nelle proprie possibilità. Quindi un programma terapeutico mirato e opportunamente calibrato può stimolare le abilità residue e sostenere quelle compromesse.

Secondo diversi studiosi, nell'ambito di tale programma, la cura dell'orto costituisce un'attività di tipo prevalentemente manuale che può favorire il parziale recupero dell'autostima nel malato, soprattutto in quegli anziani che hanno vissuto e lavorato in campagna.

Kaplan (1994) ha condotto un progetto di ricerca finalizzato a sostenere le abilità residue e a promuovere nel malato la fiducia in sé stesso, tramite la pratica dell'ortoterapia in uno spazio verde. L'ipotesi è che l'attività di giardinaggio possa avere un ruolo significativo nel miglioramento della salute fisica e mentale dei malati. Anche Simson e Straus (1998) sono dell'idea che la terapia dell'orticoltura migliori le funzioni cognitive, fisiche, psicologiche e sociali. Jansen (1998), in una ricerca sulle difficoltà psicofisiche dei soggetti di età avanzata, ha trovato che queste possono essere alleviate con l'esercizio di attività ricreative, per esempio l'orticoltura, che si svolgono di solito in ambienti privi di stimoli stressanti o complessi.

In conclusione, la ricerca degli psicologi ambientalisti ha reso possibile una verifica dei risultati ottenuti in fase di analisi, diretta e

indiretta. Essa ha fornito un interessante contributo circa l'interazione fra il malato di Alzheimer e l'ambiente costruito, arricchendo di spunti utili alla comprensione del quadro esigenziale di tali malati. L'acquisizione di questi dati, insieme all'analisi esigenziale, ha permesso di individuare il comportamento del malato di Alzheimer in relazione allo spazio, da utilizzare come modello nella strutturazione delle linee guida.

- Coons D.H., *Specialized Dementia Care Units*, The Johns Hopkins University, PressBaltimore and London, 1990.
- Dhooper S.S., Caregivers of Alzheimer's disease patients: a review of the literature, *Journal Gerontologic Soc. Work*, 1991.
- Munson P., Awde R., Badiou D., Bourke E., Jones M., Lips T., *Designing Facilities for People with Dementia*, Munson P. Editor, Ottawa: Health and Welfare Canada, 1991.
- *Ancora in gioco, l'autonomia degli anziani fra famiglia, servizi e società*, Atti del Convegno Internazionale Provincia di Milano, marzo-aprile 1993.
- CRESA, *Aspetti economici della demenza senile*, Franco Angeli, Milano 1993.
- Jones M., A sensitive solution to caring for the mentally impaired, in *The Architects' Journal*, aprile 1993.
- Lyman K.A., Pynoos J., Cohen E., Occupational stress and workplace design: evaluating the physical environment of Alzheimer's day care, in *Journal of Architectural and Planning Research*, 1993.
- Linee Guida n°1/94 relative agli Indirizzi sugli Aspetti Organizzativi e Gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali, in *Sanitas Domi*, luglio-settembre 1993.
- Gimbel T., *Cromoterapia. Uso del colore e della luce per recuperare il proprio benessere*, Tecniche Nuove, Milano 1994.
- Zeisel J., Hyde J., Levkoff S., Best practices: An Environmental-Behavior (E-B) model for Alzheimer special care units, in *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, Prime National Publishing Corp., Weston 1994.
- Mori F., Valla P., *Il "Giardino Alzheimer". Manuale teorico-tecnico per la progettazione e la realizzazione di spazi verdi per anziani affetti da demenza*, Milano 1995.
- Alzheimer Disease International, *Vivere con un malato di Alzheimer*, Editore Fernando Folini, Milano 1995.
- Foltz-Gray D., Welcome to the neighborhood, in *Design Details*, Yvonne Parsons Editor, New York 1996.
- Di Lellis S., Lotta all'Alzheimer con l'architettura, in *La Repubblica*, 9 novembre 1997.
- Bonati P. A., Demenza: un fenomeno emergente nell'Alzheimer, suppl. di

*Modulo*, BE-MA editrice, Milano 1997.

- Valla P., Progettare per l'Alzheimer, suppl. di *Modulo*, BE-MA editrice, Milano 1997.

- Valla P., Appartamenti sperimentali a Tønsberg, suppl. di *Modulo*, BE-MA editrice, Milano 1997.

- *Simposi Clinici*, Novartis Edizioni, marzo 1998, n.10.

- *l'Alzheimer*, mensile dell'AIMA, Associazione Italiana malattia di Alzheimer Firenze, luglio-agosto 1998, n.4-5.

- *l'Alzheimer*, mensile dell'AIMA, Associazione Italiana malattia di Alzheimer Firenze, settembre 1998, n.6.

- *l'Alzheimer*, mensile dell'AIMA, Associazione Italiana malattia di Alzheimer Firenze, novembre-dicembre 1998, n.8-9.

- *Notiziario della Federazione Alzheimer Italia*, periodico di Alzheimer Italia, Edizioni Alzheimer Milano 1998, n.15.

- *A casa è meglio. Cure domiciliari in geriatria e oncologia*, Atti del Convegno Nazionale, a cura di Guidi C. e Rossi L., Provincia di Lucca, febbraio 1998.

- Bavazzano A., Lunardelli M.L., Magnolfi S., Mitidieri-Costanza A., Valente C., Servizi integrati per la popolazione anziana nell'area di Prato: opportunità e percorsi assistenziali per la persona con malattia di Alzheimer, in *Anziani Oggi*, giugno-settembre 1998, n.2-3.

- Colombo M., Vitali S., Molla G., Gioia P., Milani M., "The home environment modification program in the care of demented elderly: some examples", in *Cognitive and Affective Disorders in the Elderly*, Atti del Convegno, a cura di Cucinotta D., Ravaglia G., Zs-Nagy I., Archives of Gerontology and Geriatrics, suppl. 6, Elsevier Science Ireland Ltd, Amsterdam-Lausanne-New-York-Oxford-Shannon-Tokyo, 1998.

- Monzeglio E., "L'architettura per l'Alzheimer", in *Il geriatra e la malattia di Alzheimer*, Atti del Convegno Rapallo, a cura di Fabbris F., Ferrario E., Simone Eandi Edizioni, Torino, marzo 1998.

- Scarafiotti C., Ponzetto M., "Valutazione delle necessità dei caregivers", in *Il geriatra e la malattia di Alzheimer*, Atti del Convegno, Rapallo, a cura di Fabbris F., Ferrario E., Simone Eandi Edizioni, Torino, marzo 1998.

- Ousset P.J., Nourhashemi F., Albarede J.L., Vellas P.M., "Therapeutic gardens", in

*Cognitive and Affective Disorders in the Elderly*, Atti del Convegno, a cura di Cucinotta D., Ravaglia G., Zs-Nagy I., Archives of Gerontology and Geriatrics, suppl. 6, Elsevier Science Ireland Ltd, Amsterdam-Lausanne-New-York-Oxford-Shannon-Tokyo, 1998.

- *l'Alzheimer*, mensile dell'AIMA, Associazione Italiana malattia di Alzheimer Firenze, gennaio-febbraio 1999, n.1; marzo 1999, n.2; giugno 1999, n.5; luglio-ago-  
sto 1999, n.6; settembre 1999, n.7.

- Chiara L., "Lo spazio architettonico per gli anziani affetti da Malattia di Alzheimer", in *Malattia di Alzheimer. Diagnosi cura etica*, Atti del Convegno, Verona 1999.

- Chiara L., "Nuove ipotesi per le strutture sanitarie-assistenziali per la riabilitazione e l'assistenza agli anziani affetti da Alzheimer", in *Nuove Urbanità. Progettazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali di rete e della qualità delle strutture edilizie corrispondenti*, Atti del Corso di aggiornamento, Milano 1999.

- Chiara L., "Il Giardino Alzheimer: progetti sperimentali all'aperto e indoor nell'interland milanese", in *Où habitera la personne âgée du troisième millenaire?*, Atti del Convegno, Gallarate (Va) 1999.

- Gallo A.M., I centri diurni sanitari per i malati di Alzheimer: un'altra conquista del volontariato dei diritti, in *Prospettive assistenziali*, luglio-settembre 1999, n.127.

- Fabbri M., "Ricerche innovative per la concezione dell'arredo e del verde delle strutture geriatriche", in *Nuove Urbanità. Progettazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali di rete e della qualità delle strutture edilizie corrispondenti*, Atti del Corso di aggiornamento, Milano 1999.

- Pilato L., "Una speranza in architettura", in *Malattia di Alzheimer: un impegno per il 2000. Le risposte possibili*, Atti del Convegno, Roma 1999.

- Chiodini P., "Un luogo per l'identità: realizzazione di un Giardino d'Inverno in una struttura residenziale per persone anziane affette da demenza tipo Alzheimer", in Atti del Convegno *Où habitera la personne âgée du troisième millenaire?*, Gallarate (Va) 1999.

- Predazzi M., "L'assistenza sanitaria e socio-assistenziale degli anziani affetti da Alzheimer", in *Nuove Urbanità. Progettazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali di rete e della qualità delle strutture edilizie corrispondenti*, Atti del Corso di aggiornamento, Milano 1999.

- Valla P., *Architettura e Giardini per l'Alzheimer. Il progetto come strumento terapeutico*, Milano 1999.

- Valla P., Quando il progetto é parte integrante della cura, in *Collettività e Convivenze*, Edizioni Unisco S.r.l., Milano, gennaio-febbraio 1999, n.1-2.
- Valla P., Linee guida per spazi a misura di Alzheimer, in *Collettività e Convivenze*, Edizioni Unisco S.r.l., Milano, maggio-giugno 1999, n.5-6.
- Vitali S., "L'assistenza sanitaria e socio-assistenziale degli anziani affetti da Alzheimer", in *Nuove urbanità. Progettazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali di rete e della qualità delle strutture edilizie corrispondenti*, Atti del Corso di Aggiornamento, Milano 1999.
- Vitali S., "Gentle Care. Un sistema di cura per le persone affette da demenza di Alzheimer", in *Malattia di Alzheimer. Diagnosi cura etica*, Atti del Convegno, Verona 1999.