

REGIONE
TOSCANA



Architettura per l'Alzheimer

Linee guida per la progettazione

secondo volume

Architettura per l'Alzheimer
Linee guida per la progettazione

REGIONE
TOSCANA



Architettura per l'Alzheimer **Linee guida per la progettazione**

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

Marzo 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

Linee guida per la progettazione

Criteri di strutturazione delle linee guida	1
Capitolo primo	
Il sistema delle esigenze e i requisiti funzionali	
Gli utenti	3
Le funzioni e le attività elementari	5
Gli ambiti esigenziali e i requisiti connotanti	27
Capitolo secondo	
Il sistema degli spazi	
Le unità spaziali	43
Le aree funzionali-spaziali	69
Il modello di organizzazione funzionale-spaziale	73
Criteri dimensionali	75
Capitolo terzo	
Linee guida per il progetto	
Schede di indirizzo per la progettazione	77
Struttura e contenuti degli elaborati progettuali	161
Capitolo quarto	
Briefing di progetto	165
Il questionario aperto	166
Le schede	168
Le tabelle	170
Capitolo quinto	
Sperimentazione progettuale per il Centro Alzheimer di Narnali	175
Proposta metaprogettuale	175
Indicazioni per il progetto esecutivo del giardino Alzheimer	178
Tavole	189

Criteri di strutturazione delle linee guida

Un edificio destinato ad ospitare i malati di Alzheimer, sia esso a carattere permanente o diurno, deve rispecchiare, nelle caratteristiche degli spazi, nella sua conformazione e nella sua organizzazione, il loro peculiare modello comportamentale e deve favorire lo svolgimento delle attività terapeutiche previste nelle strutture a loro dedicate.

Per consentire di progettare correttamente tali strutture sono state elaborate le presenti linee guida che rappresentano l'esito operativo degli studi e delle analisi documentate nel primo volume.

Di esse potranno avvalersi, in sede operativa, gli amministratori locali e regionali, i responsabili del procedimento, i validatori del progetto e i progettisti ovvero le tre tipologie di soggetti rappresentati da

- gli operatori della fase programmatica;
- gli operatori della progettazione;
- gli operatori di controllo e di approvazione del progetto che esprimono un parere di conformità e di qualificazione dei progetti.

Le linee guida pertanto sono finalizzate a perseguire una duplice finalità:

- quella di fornire al progettista uno strumento di guida alla progettazione per gli aspetti specifici legati agli effetti prodotti dal morbo di Alzheimer;
- quella di consentire ai soggetti competenti di verificare la conformità alle prescrizioni delle linee guida e di approvare conseguentemente il progetto.

Le linee guida per la progettazione sono articolate in cinque capitoli.

Il primo capitolo tratta degli aspetti esigenziali e funzionali che contraddistinguono le strutture edilizie destinate al trattamento dei pazienti Alzheimer.

Il secondo capitolo illustra gli aspetti spaziali che derivano dalla traduzione delle esigenze e delle funzioni in requisiti della struttura edilizia.

Il terzo capitolo fornisce, in forma di schede, i riferimenti per lo svi-

luppo della progettazione ai vari livelli (preliminare, definitivo, esecutivo) e secondo le diverse scale d'intervento (complesso insediativo, organismo edilizio, unità spaziale). Tutte le informazioni sono rappresentate in forma tale da consentire al progettista una consultazione rapida ed un utilizzo immediato.

Il quarto capitolo illustra la metodologia e gli strumenti operativi che consentono di sviluppare il briefing di progetto, ovvero la raccolta dei dati necessari allo sviluppo della progettazione. Questa parte costituisce un utile strumento sia per la committenza che per il progettista per definire il quadro esigenziale in modo esaustivo e un programma edilizio con esso coerente.

Il quinto capitolo costituisce una verifica applicativa delle linee guida e riguarda il progetto di un giardino ubicato presso il centro Alzheimer di Narnali (Prato). Il progetto ha valore esemplificativo di come le indicazioni progettuali possano essere interpretate in un caso reale.

Il sistema delle esigenze e i requisiti funzionali

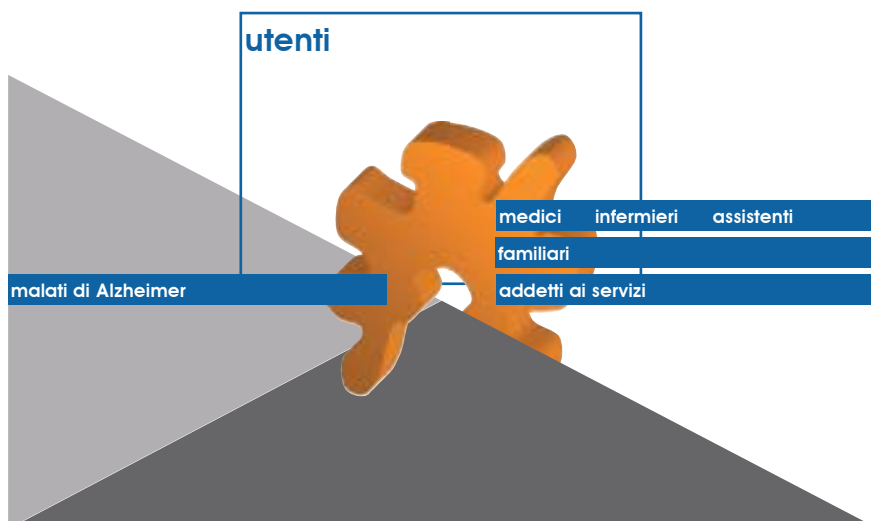
Gli utenti

L'individuazione dei fruitori di un centro Alzheimer costituisce un punto di riferimento basilare per la progettazione, in quanto ciascuno di essi è portatore di interessi e specifiche esigenze.

Per "utenti" si intendono non solamente le persone alle quali la struttura edilizia è dedicata (i malati di Alzheimer), ma anche tutti i soggetti che direttamente o indirettamente sono coinvolti nella cura del malato (medici, infermieri, assistenti, familiari) e nella conduzione del centro (addetti ai servizi).

Nello schema di pag.4, accanto alle categorie di utenti individuate, nella seguente tabella sono riportate alcune specifiche che informano:

- se lo svolgimento delle loro attività richiede uno spazio specifico;
- se la loro presenza nella struttura ha una frequenza periodica, saltuaria o giornaliera;
- se lo svolgimento delle loro attività interagisce con il paziente o meno.



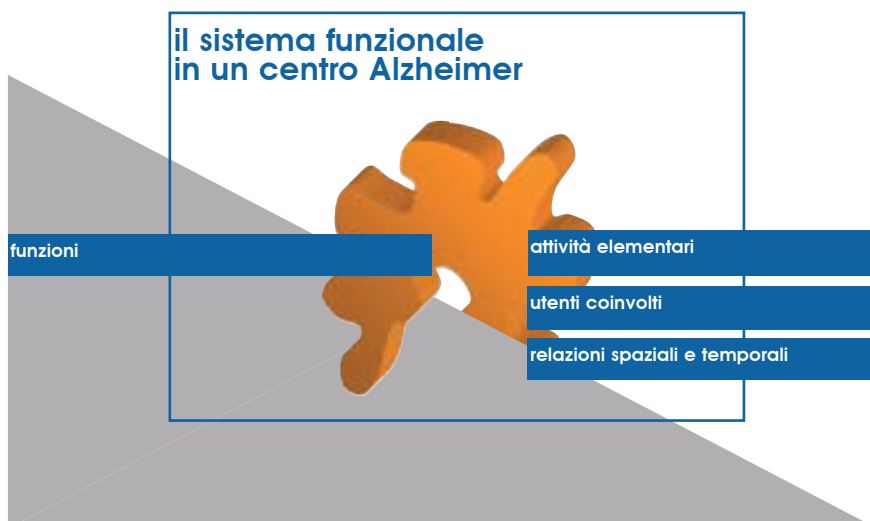
Utenti		necessità di uno spazio dedicato		presenza			interazione con il paziente	
		Si	No	continua	saltuaria	periodica	P	necessaria
				C				non necessaria
Ms	Medico specialista consulente	☒					P	☒
Mg	Medico di medicina generale	☒			S			☒
Rc	Responsabile del centro	☒		C				☒
Id	Infermiere professionale abilitato a funzioni direttive	☒				P		☒
Ia	Infermiere professionale referente del piano di assistenza	☒		C				☒
A	Animatore	☒		C				☒
O	Operatore addetto all'assistenza di base	☒		C				☒
As	Assistente sociale	☒			S			☒
Fi	Fisioterapista	☒				P		☒
Cg	Caregiver	☒				P		☒
P	Paziente	☒		C				☒
F	Familiare		☒			P		☒
Au	Autista		☒			P		☒
C	Corriere/Fornitore		☒			P		☐
Ap	Addetto alle pulizie	☒				P		☐
G	Giardiniere	☒				P		☐
Bp	Barbiere/parrucchiere	☒				P	☒	
E	Estetista	☒				P	☒	
Gi	Giornalaio		☒			P		☐

Le funzioni e le attività elementari

In questo paragrafo vengono riportate le funzioni svolte in un centro Alzheimer.

Per ogni funzione, individuata da una sigla, si indicano le categorie di utenti interessate e le attività elementari che essa comporta. Successivamente sono descritte le attività elementari. Per ciascuna di esse si riporta la sigla di relazione con la funzione; una sintetica esplicitazione delle sue caratteristiche; tutti i possibili utenti coinvolti nello svolgimento di quell'attività; la coincidenza – nello stesso ambito spaziale, per compatibilità ed affinità funzionale – fra l'attività presa in considerazione ed altre. Questa voce comprende altre due informazioni: una relativa alla coincidenza temporale, cioè se l'attività coincidente con quella analizzata si svolge contemporaneamente (c) o non contemporaneamente (nc) rispetto a quella descritta; l'altra relativa alla coincidenza spaziale, cioè se è auspicabile (a) o possibile (p) lo svolgimento dell'attività coincidente con quello dell'attività in oggetto.

Inoltre, viene indicato l'ambito spaziale in cui l'attività può essere svolta.



Funzioni		Attività elementari	Utenti
IPS	Inserimento del paziente nella struttura	1. Colloquio iniziale per l'inserimento 2. Verifica dello stato di salute 3. Diagnosi infermieristica preliminare 4. Compilazione scheda paziente	Ia Cg P Mg
PAP	Programmazione delle attività del paziente	1. Valutazione dello stadio della malattia 2. Valutazione delle attitudini del paziente 3. Programmazione delle attività individuali e di gruppo	Ms Ia A P
SAP	Svolgimento delle attività terapeutiche destinate al paziente	1. Cura della casa 2. Cucina terapeutica 3. Movimento e percezione di sé 4. Manualità 5. Attività ricreative 6. Cura della persona 7. Consumazione pasti 8. Pernottamento/riposo quotidiano	Ia A O Fi P
APC	Attività del paziente all'interno del centro	1. Cura della casa 2. Cucina terapeutica 3. Movimento e percezione di sé 4. Manualità 5. Attività ricreative 6. Cura della persona 7. Consumazione pasti 8. Pernottamento/riposo quotidiano 9. Igiene personale	P Ia A O Fi
DI	Monitorizzazione giornaliera del paziente	1. Redazione diario assistenziale	Ia
ABP	Assistenza di base al paziente	1. Assistenza al paziente non autosufficiente	O P
PCM	Prestazione di cure mediche	1. Visite periodiche al paziente 2. Assistenza straordinaria al paziente 3. Assistenza medico-infermieristica giornaliera	Ms Mg Ia P
AGP	Assistenza generica del paziente	1. Assistenza al paziente nelle attività programmate 2. Assistenza notturna al paziente	Ia Cg O As A P
ACP	Accompagnamento dei pazienti nel centro	1. Trasporto del paziente dalla residenza al centro e viceversa 2. Eventuali trasporti legati ad attività programmate	Au O A P
VF	Visite periodiche dei familiari	1. Visita al paziente da parte dei familiari 2. Colloquio con l'infermiere professionale 3. Colloquio con il medico	P Cg F Ia Ms
CP	Cura della persona	1. Servizi periodici di cure estetiche	O E Bp P
FP	Fornitura dei pasti	1. Trasporto al centro dei pasti	C O A
FG	Fornitura dei giornali	1. Fornitura dei giornali	Gi O
PC	Pulizia del centro	1. Pulizia del centro	Ap
MG	Manutenzione del giardino	1. Manutenzione del giardino	G
PPC	Permanenza del personale nel centro	1. Utilizzo di spazi destinati al personale 2. Custodia degli abiti dei pazienti	Ia Rc A O
SFD	Svolgimento di funzioni direttive	1. Svolgimento di funzioni direttive	Rc Id Ia

IPS	Inserimento del paziente nella struttura	Utenti	Coincidenza con altre attività	spaziale				temporale		Ambito spaziale
				auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea			
									a	
Attività elementare										
IPS	IPS1 Colloquio iniziale per l’inserimento del paziente Attività svolta dall’infermiere professionale referente del piano di assistenza del paziente. L’attività consiste nel colloquio con il paziente, accompagnato dal caregiver o da un familiare, per appurare le sue condizioni di salute psico-fisica. L’attività si svolge in uno spazio specifico, dove i soggetti coinvolti sono seduti attorno ad una scrivania.	Ia Mg Cg P	PAP2 PAP3 DI1	a a a					☐ ☐ ☐	infermeria ufficio/ direzione
	IPS2 Verifica dello stato di salute Attività svolta dal medico e dall’infermiere professionale referente del piano di assistenza del paziente. L’attività consiste nell’accertamento delle condizioni di salute psico-fisica del paziente, attraverso un controllo medico generale, prendendo atto delle indicazioni fornite dal medico di medicina generale o dal medico specialista consulente. L’attività si svolge in uno spazio specifico.	Ia Ms Mg P	IPS3 PAP1 PCM1 PCM2 PCM3 VF2 VF3 DI1	a a a a a a		P	☒ ☒ ☒ ☒	☐ ☐	infermeria	
	IPS3 Diagnosi infermieristica preliminare Attività svolta dall’infermiere professionale referente del piano di assistenza del paziente. L’attività consiste nel focalizzare e nel formulare l’obiettivo terapeutico. L’attività si svolge in uno spazio specifico, dove i soggetti coinvolti sono seduti attorno ad una scrivania.	Ia Cg P	IPS2 IPS4 PCM1 PCM2 PCM3 VF2 VF3 DI1	a a a a a		P	☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	infermeria	
	IPS4 Compilazione scheda paziente Attività svolta dall’infermiere professionale referente del piano di assistenza del paziente. L’attività consiste nella redazione di una scheda personale del paziente, con dati anagrafici e clinici ed informazioni relative al vissuto del malato in epoca precedente la comparsa della malattia. L’attività si svolge in uno spazio specifico, dove i soggetti coinvolti sono seduti attorno ad una scrivania.	Ia Cg P	IPS1 PAP2 PAP3 DI1	a		P P P	☒	☐ ☐ ☐	infermeria archivio	

PAP	Programmazione delle attività del paziente	Utenti	Coincidenza con altre attività					Ambito spaziale
			spaziale		temporale			
			auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea		
	Attività elementare			a	p	c	nc	
PAP	PAP1 Valutazione dello stadio della malattia Attività svolta dal medico specialista consulente e dall'infermiere professionale referente del piano d'assistenza del paziente. L'attività consiste nel valutare lo stato d'avanzamento della malattia, attraverso controllo medico specialistico e indicazioni fornite dal medico di medicina generale. L'attività si svolge in uno spazio specifico.	Ms Ia P	IPS2 IPS3 PCM1 PCM2 PCM3 VF2 VF3 DI1	a a a a	 P P P P	■ ■ 	 	infermeria
	PAP2 Valutazione delle attitudini del paziente Attività svolta dall'infermiere professionale referente del piano di assistenza del paziente. L'attività consiste nel valutare il contesto ambientale e familiare in cui vive il paziente, il suo attuale grado di autonomia nello svolgere le attività quotidiane e quello precedente all'insorgenza dei disturbi comportamentali. L'attività si svolge in uno spazio specifico, dove i soggetti coinvolti sono seduti attorno ad una scrivania.	A Ia	IPS1 IPS4 PAP1 DI1	 a	P P P	■ ■ ■ 	 	infermeria
	PAP3 Programmazione delle attività individuali e di gruppo Attività svolta dall'infermiere professionale referente del piano di assistenza al paziente e dall'animatore. L'attività consiste nella pianificazione degli interventi utili a risolvere i problemi specifici del malato e nella programmazione delle attività terapeutiche. L'attività si svolge in uno spazio specifico, dove i soggetti coinvolti sono seduti attorno ad una scrivania.	Ia A P	IPS4 PAP2 DI1	a a a			 	infermeria ufficio/ direzione

SAP	Svolgimento delle attività terapeutiche destinate al paziente	Utenti	Coincidenza con altre attività	temporale				Ambito spaziale	
				spaziale		contemporanea	non contemporanea		
				auspicabile	possibile				
	Attività elementare			a	p	c	nc		
SAP	SAP1 Cura della casa	Ia	SAP2		P	■		soggiorno	
	Attività terapeutica programmata dal personale al fine di gestire i disturbi del comportamento del paziente in maniera non farmacologica, sostenendo le sue capacità residue. Durante lo svolgimento delle diverse operazioni, il personale predispone l'ambiente adeguato, rimuovendo i fattori di distrazione; pone il paziente in una situazione di coinvolgimento ed attenzione; lo aiuta a svolgere l'attività; lo gratifica sia durante sia al termine dell'attività. L'attività si svolge in più unità spaziali ed i soggetti coinvolti sono sia in movimento sia seduti.	A	SAP4		P	■		sala	
		O	SAP5		P	■		da pranzo	
		P	SAP7		P	■		cucina	
			APC1	a		■		terapeutica	
	APC2		P	■		camera di			
			APC4		P	■		degenza	
			APC5		P	■			
			APC7		P	■		lavanderia	
			ABP1		P	■		terapeutica	
			AGP1	a		■			
	SAP2 Cucina terapeutica	Ia	SAP1		P	■		cucina	
	Attività terapeutica programmata dal personale al fine di gestire i disturbi del comportamento del paziente in maniera non farmacologica, attivando le sue capacità residue. Durante lo svolgimento delle diverse operazioni, il personale predispone l'ambiente adeguato, rimuovendo i fattori di distrazione; pone il paziente in una situazione di coinvolgimento ed attenzione; lo aiuta a svolgere l'attività; lo gratifica sia durante che al termine dell'attività. L'attività si svolge in uno spazio specifico in cui i soggetti coinvolti sono in piedi o seduti attorno ad un tavolo.	A	SAP4		P	■		terapeutica	
		O	APC1		P	■			
		P	APC2	a		■			
			APC4		P	■			
			AGP1	a		■			
	SAP3 Movimento e percezione di sé	Ia	SAP4		P	■		percorso di	
	Attività programmata dal personale al fine di gestire il deterioramento e le anomalie del movimento, tramite la riattivazione psico-motoria e l'esercizio fisico. Il personale ha il ruolo di rimuovere i fattori di distrazione; di porre il paziente in una situazione di coinvolgimento; di aiutarlo a svolgere l'attività; di gratificarlo sia durante che al termine dell'attività. Lo sviluppo di tale attività avviene in uno spazio debitamente attrezzato e, nel caso in cui si tratti di passeggiate, lungo percorsi predefiniti. I soggetti coinvolti sono in movimento.	A	SAP5		P	■		vagabondaggio	
		O	APC3	a		■			palestra
		Fi	APC4		P	■			giardino
		P	APC5		P	■			
			ABP1	a		■			
			AGP1	a		■			
	SAP4 Manualità	Ia	SAP1		P	■		soggiorno	
	Attività programmata dal personale al fine di mantenere la residua abilità manuale del paziente. Durante lo svolgimento delle diverse operazioni, il personale predispone l'ambiente adeguato, rimuovendo i fattori di distrazione; pone il paziente in una situazione di coinvolgimento ed attenzione; lo aiuta a svolgere l'attività; gratifica il paziente sia durante che al termine dell'attività. L'attività si può svolgere in più unità spaziali; i soggetti coinvolti sono essenzialmente seduti ma possono essere anche in movimento.	A	SAP2		P	■		cucina terapeutica	
		P	SAP3		P	■		spazio di lavoro terapeutico	
		O	SAP5		P	■		giardino	
			APC1		P	■		serra terapeutica	
			APC2		P	■			
			APC3		P	■			
			APC4	a		■			
			APC5		P	■			
			ABP1	a		■			
			AGP1	a		■			

SAP	Svolgimento delle attività terapeutiche destinate al paziente	Utenti	Coincidenza con altre attività				Ambito spaziale
			spaziale		temporale		
			auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea	
	Attività elementare		a	P	c	nc	
SAP	SAP5 Attività ricreative	Ia A O P Fi	SAP1 SAP3 SAP4 APC1 APC3 APC4 APC5 ABP1 AGP1		P P P P P P	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	soggiorno spazio per la musico - terapia spazio di lavoro terapeutico palestra sala tv giardino serra terapeutica
	SAP6 Cura della persona	Ia A O P	ABP1 AGP1 CP1	a a a		■ ■ ■	bagno assistito spazio per le cure estetiche
	SAP7 Consumazione pasti	Ia A O P	SAP1 APC1 ABP1 AGP1	a a	P P	■ ■ ■ ■	sala da pranzo giardino
	SAP8 Pernottamento/ riposo quotidiano	Ia O P	ABP1 PCM3 AGP2	a a a		■ ■ ■	camera di degenza

APC		Attività del paziente all'interno del centro	Utenti	Coincidenza con altre attività					Ambito spaziale
				spaziale		temporale			
				auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea		
Attività elementare				a	p	c	nc		
APC	APC1 Cura della casa	P Ia A O	SAP1 SAP2 SAP4 SAP5 SAP7 APC2 APC4 APC5 APC7 ABP1 PCM3 AGP2	a a a a	P P P P P P P P P	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		soggiorno sala da pranzo cucina terapeutica camera di degenza lavanderia terapeutica	
	APC2 Cucina terapeutica	P Ia A O	SAP1 SAP2 SAP4 APC1 APC4 AGP1	a a	P P P P	■ ■ ■ ■ ■		cucina terapeutica	
	APC3 Movimento e percezione di sé	P Ia A O Fi	SAP3 SAP4 SAP5 APC4 APC5 ABP1 AGP1	a a a	P P P P P	■ ■ ■ ■ ■ ■		percorso di vagabondaggio palestra giardino serra terapeutica	
	APC4 Manualità	P Ia A O	SAP1 SAP2 SAP3 SAP4 SAP5 APC1 APC2 APC3 APC5 ABP1 AGP1	a a a	P P P P P P P P P	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		soggiorno cucina terapeutica lavanderia terapeutica spazio di lavoro terapeutico giardino serra terapeutica	

APC	Attività del paziente all'interno del centro	Utenti	Coincidenza con altre attività				Ambito spaziale
			spaziale		temporale		
			auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea	
	Attività elementare		a	P	c	nc	
APC	APC5 Attività ricreative	P Ia A O	SAP1 SAP3 SAP4 SAP5 APC1 APC3 APC4 ABP1 AGP1	a a a	P P P P P P	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	soggiorno spazio per la musicoterapia palestra sala tv spazio per il culto giardino serra terapeutica
	APC6 Cura della persona	P Ia A O Fi	ABP1 AGP1 SAP6 CP1	a a a a		■ ■ ■ ■	bagno assistito spazio per le cure estetiche
	APC7 Consumazione pasti	P Ia A O	SAP1 SAP7 APC1 ABP1 AGP1	a a a	P P	■ ■ ■ ■	sala da pranzo giardino
	APC8 Pernottamento/riposo quotidiano	P Ia A O	SAP8 ABP1 PCM3	a a	P	■ ■ ■	camera di degenza
	APC9 Igiene personale	P O	APC6 ABP1 AGP1 AGP2	a a a a		■ ■ ■ ■	bagno bagno assistito

Coincidenza
con altre
attività

temporale

spaziale

auspicabile
a

possibile
p

contemporanea
c

non contemporanea
nc

ABP	Assistenza di base del paziente	Utenti	Coincidenza con altre attività				Ambito spaziale	
			spaziale		temporale			
			auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea		
	Attività elementare			a	P	c	nc	
ABP	ABP1	O P	APC1	a		■		soggiorno
	Assistenza del paziente non autosufficiente		APC2	a		■		sala da pranzo
	Attività svolta dall'operatore.		APC3	a		■		
	L'attività consiste nel prestare assistenza costante nelle attività quotidiane ai pazienti con ridotte capacità motorie e/o con deterioramento funzionale e/o con forti disturbi comportamentali.		APC4	a		■		cucina terapeutica
	L'attività si svolge in tutti gli ambienti previsti per il paziente.		APC5	a		■		
			APC6	a		■		camera di degenza
			APC7	a		■		
			APC8	a		■		bagno
			APC9	a		■		
			AGP1	a		■		bagno assistito
			AGP2	a		■		
			SAP1	a		■		percorso di vagabondaggio
			SAP2	a		■		
			SAP3	a		■		
			SAP4	a		■		spazio per la musicoterapia
			SAP5	a		■		
			SAP6	a		■		spazio di lavoro terapeutico
			SAP7	a		■		palestra
			SAP8	a		■		sala tv
			PCM3	a		■		spazio per il culto
			CP1	a		■		spazio per le cure estetiche
								giardino
								serra terapeutica

PCM	Prestazione di cure mediche	Utenti	Coincidenza con altre attività	spaziale				temporale	Ambito spaziale
				auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea		
Attività elementare				a	p	c	nc		
PCM	PCM1 Visite mediche periodiche al paziente Attività svolta dal medico specialista con la partecipazione dell'infermiere professionale. L'attività consiste nell'accertamento periodico (a scadenza settimanale o quindicinale) delle condizioni cliniche del paziente. L'attività si svolge in uno spazio specifico e nella camera del paziente quando impossibilitato a muoversi.	Ia Ms p	IPS2 IPS3 DI1 PCM3	a a a	p	■	□	infermeria camera di degenza	
	PCM2 Assistenza straordinaria al paziente Attività svolta dal medico di medicina generale o dal medico specialista e/o dall'infermiere professionale referente del piano d'assistenza del paziente. L'attività consiste nell'intervento straordinario del medico o infermiere professionale in caso di necessità, qualora le condizioni di salute del paziente lo rendano necessario. L'attività si svolge in uno spazio specifico e nella camera del paziente quando impossibilitato a muoversi.	Ia Mg Ms p	IPS2 DI1		p p		□ □	infermeria camera di degenza	
	PCM3 Assistenza medico-infermieristica giornaliera Attività svolta dall'infermiere professionale referente del piano d'assistenza del paziente. L'attività consiste nel prestare assistenza giornaliera al paziente, accertandosi che lo stesso segua la cura medica prescritta. L'attività si svolge in uno spazio specifico e nella camera del paziente quando impossibilitato a muoversi.	Ia P	IPS2 PAP1 SAP8 APC8 ABP1 AGP1 AGP2	a a a a a	p p	■ ■ ■ ■ ■	□	infermeria camera di degenza	

AGP		Assistenza generica del paziente				Coincidenza con altre attività				temporale			
		Attività elementare		Utenti		spaziale						Ambito spaziale	
						auspicabile		possibile		contemporanea		non contemporanea	
						a		p		c		nc	
AGP	AGP1	Assistenza nelle attività programmate del paziente		Ia	SAP1	a							soggiorno
		P			SAP2	a							sala da pranzo
		O			SAP3	a							cucina
		A			SAP4	a							terapeutica
		As			SAP5	a							camera di degenza
		Cg			SAP6	a							percorso di vagabondaggio
					SAP7	a							lavanderia terapeutica
					SAP8	a							spazio per la musicoterapia
					APC1	a							spazio di lavoro terapeutico
					APC2	a							palestra
					APC3	a							sala tv
					APC4	a							spazio per il culto
					APC5	a							spazio per le cure estetiche
					APC6	a							giardino
					APC7	a							serra terapeutica
					APC8	a							
					APC9	a							
					ABP1	a							
					PCM2	a							
					CP1	a							
	AGP2	Assistenza notturna al paziente		Ia	SAP8	a							camera di degenza
		P			APC8	a							bagno
		O			APC9	a							percorso di vagabondaggio
		As			ABP1	a							

ACP	Accompagnamento dei pazienti nel centro	Utenti	Coincidenza con altre attività					Ambito spaziale
			spaziale		temporale			
			auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea		
	Attività elementare		a	p	c	nc		
ACP	ACP1 Trasporto del paziente dalla residenza al centro e viceversa Attività svolta dall'autista del pulmino e dall'operatore. Consiste nel prelevare i pazienti dalle loro abitazioni e nel portarli al centro diurno. L'operatore ha il compito di informarsi dai familiari del paziente di quanto è avvenuto nelle ore trascorse a domicilio. L'attività si svolge essenzialmente nel pulmino e nella zona d'ingresso del nucleo e dell'abitazione.	Au O P	ACP2	a				percorso d'accesso al nucleo riservato al paziente parcheggio atrio/ingresso per i pazienti
	ACP2 Eventuali trasporti legati ad attività programmate Attività svolta dall'autista del pulmino, dall'animatore e dall'operatore addetto all'assistenza di base. L'attività consiste nell'accompagnare i pazienti in luoghi alternativi al nucleo (parchi pubblici, supermercati, ecc.). L'attività si svolge nel pulmino, nella zona d'ingresso al nucleo e nello spazio destinato al parcheggio. I soggetti coinvolti sono generalmente in movimento.	Au A O P	APC1	a				percorso di accesso al nucleo riservato al paziente parcheggio atrio/ingresso per i pazienti

VF	Visite periodiche dei familiari	Attività elementare	Utenti	Coincidenza con altre attività				Ambito spaziale
				auspicabile	spaziale possibile	contemporanea	temporale non contemporanea	
VF				a	p	c	nc	
		VF1 Visita al paziente da parte dei familiari Attività svolta dai familiari del paziente che si recano nel centro per incontrare il paziente stesso. L'attività si svolge in uno spazio specifico, dove i soggetti coinvolti sono seduti.	P Cg F					spazio per i colloqui percorso di accesso al nucleo riservato ai non pazienti
		VF2 Colloqui con l'infermiere professionale Attività svolta dall'infermiere professionale referente del piano di assistenza e dai familiari del paziente. L'attività avviene in uno spazio specifico e si svolge intorno ad una scrivania.	Cg F la	IPS2 IPS3 DI1 PCM1 PCM2 PCM3 VF3	a a a a a a a		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒	infermeria ufficio/ direzione percorso di accesso al nucleo riservato ai non pazienti
		VF3 Colloqui con il medico Attività svolta dal medico specialista consulente e dai familiari del paziente. L'attività avviene in uno spazio specifico e si svolge attorno ad una scrivania.	Cg F Ms	IPS2 IPS3 DI1 PCM1 PCM2 PCM3 VF2	a a a a a a a		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒	infermeria ufficio/ direzione percorso di accesso al nucleo riservato ai non pazienti

CP	Cura della persona	Attività elementare	Utenti	Coincidenza con altre attività				Ambito spaziale
				spaziale		temporale		
				auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea	
				a	p	c	nc	
CP	CP1 Servizi periodici di cure estetiche	O E Bp P	SAP6 APC6 ABP1 AGP1	a a a a				spazio per le cure estetiche
	Attività svolta da un barbiere-parrucchiere e da un'estetista. L'attività consiste nel fornire al paziente i servizi che sono propri delle due figure professionali citate. L'attività avviene in uno spazio specifico e i soggetti coinvolti sono seduti e in piedi.							

FP	Fornitura dei pasti	Utenti	Coincidenza con altre attività					Ambito spaziale
			spaziale		temporale			
			auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea		
FP	FP1 Trasporto al centro dei pasti Attività svolta da un corriere/fornitore. L'attività consiste nel trasporto al nucleo dei cibi preparati nella struttura ospedaliera dalla quale il nucleo dipende. I soggetti coinvolti sono generalmente in movimento.	C O A	a	p	c	nc	percorso di accesso al nucleo riservato ai non pazienti ingresso per i non pazienti	

FG	Fornitura dei giornali	Utenti	Coincidenza con altre attività					Ambito spaziale
			spaziale		temporale			
			auspicabile a	possibile p	contemporanea c	non contemporanea nc		
FG	FG1 Fornitura dei giornali Attività svolta da un giornalista. L'attività consiste nel trasporto al nucleo di giornali e riviste. I soggetti coinvolti sono generalmente in movimento.	Gi O						percorso di accesso al nucleo riservato ai non pazienti ingresso per i non pazienti

PC	Pulizia del centro		Utenti	Coincidenza con altre attività				Ambito spaziale	
				spaziale		temporale			
	Attività elementare			auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea		
PC	PC1 Pulizia del centro Attività svolta dagli addetti alle pulizie. L'attività consiste nella pulizia del nucleo. L'attività si svolge in tutto il nucleo e prevede che i soggetti coinvolti siano in movimento.		Ap	PPC1	a	p	c	nc	spogliatoio per il personale deposito biancheria deposito per attrezzi di pulizia percorso di accesso al nucleo riservato ai non pazienti

MG	Manutenzione del giardino	Utenti	Coincidenza con altre attività					Ambito spaziale
			spaziale		temporale			
			auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea		
	Attività elementare		a	p	c	nc		
MG	MG1 Manutenzione del giardino Attività svolta da un giardiniere. L'attività consiste nella manutenzione del giardino annesso al centro e delle eventuali piante presenti nel nucleo. L'attività prevede che i soggetti coinvolti siano in movimento.	G	SAP3 SAP4 SAP5 APC3 APC4 APC5 ABP1	P P P P P P P		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	giardino serra terapeutica percorso di accesso al nucleo riservato al paziente percorso di accesso al nucleo riservato ai non pazienti ricovero attrezzi	

PPC	Permanenza del personale nel centro	Utenti	Coincidenza con altre attività					Ambito spaziale
			spaziale		temporale			
			auspicabile	possibile	contemporanea	non contemporanea		
	Attività elementare		a	p	c	nc		
PPC	PPC1 Utilizzo degli spazi destinati al personale Attività che coinvolge tutto il personale impiegato nel centro e che riguarda quelle funzioni primarie che non prevedono l'assistenza al paziente. L'attività si svolge in spazi di esclusiva pertinenza del personale e vietati ai pazienti. L'attività prevede che i soggetti coinvolti siano in movimento o in riposo.	Rc Ia A O	DI1 PC1 SDF1 PPC2	p p p p	■ ■ ■ ■		archivio spogliatoio per il personale camera per il personale bagno per il personale salottino per il personale guardaroba per i pazienti percorso di accesso al nucleo riservato ai non pazienti ingresso per i non pazienti	
	PPC2 Custodia degli abiti dei pazienti Attività che coinvolge l'operatore addetto all'assistenza di base. Nel caso di centro diurno, l'attività consiste nel riporre i cappotti dei pazienti in apposito locale e di restituirli alla fine della giornata. Nel caso di nucleo permanente, l'attività consiste, al momento dell'inserimento del paziente nella struttura, nel riporre in appositi armadi i suoi abiti e, quotidianamente, nella selezione e nella fornitura degli indumenti necessari. L'attività si svolge in uno spazio specifico, dove il soggetto coinvolto è in movimento.	O	PPC1 ACP1 ACP2	p p p	■ ■	□	guardaroba per i pazienti atrio / ingresso per i pazienti	

SFD	Svolgimento di funzioni direttive	Utenti	Coincidenza con altre attività				Ambito spaziale
			spaziale		temporale		
			auspicabile a	possibile p	contemporanea c	non contemporanea nc	
SFD	SFD1 Svolgimento di funzioni direttive Attività svolta dall'infermiere professionale abilitato a funzioni direttive, dall'infermiere professionale referente del piano di assistenza e dal responsabile del centro. L'attività consiste nella gestione del centro e nella programmazione terapeutica per i pazienti. L'attività si svolge in spazi specifici dove i soggetti coinvolti sono seduti.	Id Ia Rc	DI1 VF2	p p			ufficio/ direzione

Gli ambiti esigenziali e i requisiti connotanti

Lo studio del modello di comportamento del malato di Alzheimer, in rapporto all'ambiente e agli utenti con i quali interagisce, ha consentito di evidenziare le esigenze dei malati e i requisiti che gli spazi ad essi dedicati devono soddisfare. Tali esigenze pongono in risalto gli aspetti critici della struttura edilizia di un nucleo Alzheimer, sottolineano le sue aree problematiche e individuano i suoi requisiti, cioè le qualità necessarie e richieste affinché essa possa conseguire il suo implicito obiettivo terapeutico.

Le problematiche esigenziali connesse alla malattia di Alzheimer, che determinano la specificità delle decisioni di natura progettuale, sono state raggruppate nei seguenti ambiti:

- sicurezza,
- fruibilità e facilità d'uso,
- orientamento spaziale,
- orientamento temporale,
- benessere visivo,
- benessere acustico,
- benessere psicologico,
- controllo.

Per ciascun ambito esigenziale è stata individuata una serie di requisiti della struttura edilizia, che il progettista deve porre alla base del processo di elaborazione delle soluzioni per meglio corrispondere alle necessità dei pazienti.

La precisazione degli ambiti esigenziali e dei requisiti pertinenti è stata determinata dall'analisi delle attività svolte dal malato e dagli altri utenti nella residenza dedicata, nonché dalla verifica dei sintomi della malattia e delle sue manifestazioni comportamentali. A questo scopo, a conclusione, è riportata schematicamente la correlazione fra l'ambito esigenziale individuato, i requisiti dell'ambiente che esso stabilisce e le manifestazioni del malato che esso intende limitare. Per gli aspetti correlati alla specificità della malattia di Alzheimer, l'analisi del quadro esigenziale fa riferimento a quanto già normato per le R.S.A.

Sicurezza S1

Le persone affette dal morbo di Alzheimer presentano un progressivo e drammatico deterioramento delle facoltà cognitive e sensoriali, che influisce sulla loro capacità di rendersi conto di possibili pericoli. Disturbi legati alla malattia, come l'aprassia – cioè l'incapacità a compiere movimenti coordinati o elementari – e l'agnosia – cioè l'incapacità a riconoscere gli oggetti, anche i più comuni, e il loro utilizzo – si associano ad altri, dovuti all'età, quali la diminuzione dell'acuità visiva e la difficoltà a percepire il "particolare" rispetto allo "sfondo" – ossia a cogliere la distanza da sé a un qualsiasi oggetto –, compromettendo la sicurezza del malato. Aggrava tale quadro il rallentamento psico-motorio tipico dell'anziano che ne riduce la stabilità ed è foriero di cadute e di urti. Questi aspetti della condizione del malato rendono fondamentale che nella progettazione dei nuclei per dementi gli spazi rispondano all'esigenza della Sicurezza attraverso le seguenti classi di requisiti:

- **di protezione da incidenti [S1.1]**, che si definisce come la propensione degli spazi destinati ai malati di Alzheimer a prevenire, ridurre ed eliminare ogni pericolo d'incidenti che possano riguardare il malato. Nell'ambito di questa classe di requisiti si individuano i seguenti requisiti connotanti:

Controllo delle cause di cadute [S1.1.1], cioè la conformazione e la disposizione degli spazi, degli elementi tecnici, degli arredi e delle attrezzature dovranno proteggere il malato da eventuali cadute, evitando che inciampi o che scivoli.

Lo motiva l'impulso del malato a vagabondare senza alcuna meta che, connesso ai suoi deficit psicomotori, lo espone al pericolo di cadute, nonché ad inciampare, sia per la tendenza a trascinare i piedi sia per la difficoltà ad individuare eventuali ostacoli lungo il suo percorso.

Controllo delle cause di urti [S1.1.2], cioè la conformazione e la disposizione degli elementi tecnici, degli arredi e delle attrezzature dovranno proteggere i malati da colpi e scontri.

Nel malato l'alterata percezione del "particolare" rispetto allo

“sfondo” e la riduzione dell’acuità visiva ne compromettono la capacità di individuare perfettamente la collocazione di un oggetto nello spazio, così come la progressiva perdita di memoria di non riconoscere più gli oggetti e la loro funzione.

Ne viene che anche un’anta di un armadio aperta, lo spigolo di un mobile e di una parete, un pilastro isolato, le maniglie di porte o sportelli possano essere causa di pericolo.

Sicurezza d’uso degli oggetti [S1.1.3], cioè gli arredi e le attrezzature dovranno poter essere usati con sicurezza dai malati affetti da demenza.

La progressiva perdita della memoria, la mancanza di coordinazione dei movimenti e la riduzione della vista, diminuiscono la capacità dei malati di usare in modo corretto gli oggetti, con la conseguente eventualità di incorrere in incidenti di vario genere.

La cucina terapeutica, per esempio, rappresenta un luogo potenzialmente pericoloso, se non è progettata con determinati accorgimenti.

Accessibilità limitata di spazi e di oggetti [S.1.1.4], cioè gli spazi dovranno poter essere fruiti senza che il malato abbia l’accesso a situazioni pericolose o nocive.

Uno dei disturbi tipici del malato di Alzheimer è il vagabondaggio, anche in assenza di una meta. Tuttavia, pur garantendogli la massima mobilità, è necessario interdirlgli l’accesso ad ambienti che lo esponcano ad eventuali rischi.

- **di protezione dalla fuga [S.1.2]**, che si definisce come la propensione degli spazi a prevenire, ridurre ed eliminare ogni possibilità di fuga da parte dei pazienti.

Nell’ambito di questa classe di requisiti si individua il seguente requisito connotante:

Controllo delle cause di fuga [S.1.2.1], cioè la conformazione e la distribuzione degli spazi nonché la configurazione dei varchi e delle aperture dovranno evitare che si creino condizioni di fuga.

I malati di Alzheimer presentano una spiccata tendenza alla fuga, indotta sia dal senso di estraneità rispetto all’ambiente sia dall’im-

pulso a continuare a vagabondare. E' così possibile che il malato, trovando porte o cancelli aperti, individuabili e facilmente superabili, non esiti ad oltrepassarli e a continuare il proprio cammino, senza prevedere che, a causa del disorientamento spazio-temporale e della sua stessa demenza, non è poi più in grado di tornare sui suoi passi.

Fruibilità e facilità d'uso FR1

Il morbo di Alzheimer provoca nelle persone che ne sono affette una progressiva alterazione della sfera cognitiva con conseguente compromissione della memoria, della capacità di calcolo e di giudizio, nonché della possibilità di poter apprendere nuove informazioni. Tali caratteristiche della malattia pongono il paziente in una situazione di svantaggio nei confronti di un ambiente che, normalmente progettato per normodotati o, al più, per portatori di disabilità fisiche, risulta ostile al demente ed aggrava il suo senso di incapacità a fruirlo correttamente, con conseguenti reazioni di ansia e di aggressività. Un'ideale progettazione degli spazi può, invece, svolgere una funzione terapeutica, aiutando le capacità residue del malato e aumentandone l'autostima. Diventa a questo punto importante che i nuclei progettati per i malati di Alzheimer rispondano all'esigenza della Fruibilità e facilità d'uso e siano, quindi, adeguatamente pensati per lo svolgimento delle attività quotidiane attraverso le seguenti classi di requisiti:

- **di costituzione e dimensionamento [FR1.1]**, che si definisce come la tendenza degli spazi destinati ai malati di Alzheimer a consentire, per costituzione e dimensione, lo svolgimento delle attività quotidiane. Nell'ambito di questa classe di requisiti si individua il seguente requisito connotante:

Costituzione e dimensionamento degli spazi [FR1.1.1], cioè l'insieme degli spazi dovrà, per costituzione e dimensione, poter essere fruito con facilità dai malati affetti da demenza.

I pazienti, di fronte a spazi percettivamente incommensurabili, possono reagire con stati d'ansia e d'inquietudine; non riconoscendo come familiare l'ambiente dove si trovano, non sono in grado né

di operare delle scelte comportamentali autonome né di orientarsi. Allo stesso modo, percorsi di vagabondaggio troppo lunghi possono scoraggiarlo psicologicamente, così come il passaggio di visitatori o del personale di servizio può essere foriero di inquietudine e confusione.

- **di accessibilità e praticabilità [FR1.2]**, che si definisce come la capacità degli spazi destinati ai malati di Alzheimer ad essere raggiungibili e praticabili dai pazienti affetti da demenza.

Nell'ambito di questa classe di requisiti si individuano i seguenti requisiti connotanti:

Accessibilità e praticabilità [FR1.2.1], cioè gli spazi dovranno essere raggiungibili e praticabili, favorendo e sostenendo il vagabondaggio e lo svolgimento di tutte le attività terapeutiche quotidiane previste per i pazienti.

L'accessibilità e la praticabilità degli spazi sono requisiti importanti perché i malati possono reagire con manifestazioni aggressive nel caso in cui o gli sia impedito il libero vagabondaggio o non riescano ad attuare un'azione prefissata. Per esempio, il malato di fronte ad un dislivello si blocca, si agita o si deprime.

Riconoscibilità e familiarità [FR1.2.2], cioè gli spazi, gli arredi e le attrezzature dovranno essere riconoscibili nella loro funzione da parte dei pazienti.

La progressiva perdita della memoria compromette nel malato la capacità di riconoscere gli ambienti e gli arredi, persino quelli, più che noti, della propria abitazione. I malati difficilmente riconoscono gli oggetti che non abbiano già fatto parte del loro patrimonio di esperienze, come, ad esempio, i rubinetti con miscelatore a leva e i distributori di sapone.

Comprensibilità del sistema di segnaletica [FR1.2.3], cioè il sistema di segnaletica dovrà essere compreso facilmente.

La progressiva perdita della memoria rende difficile, se non impossibile, la lettura e la comprensione delle informazioni. Un malato, per esempio, può essere in grado di leggere la scritta "camera di degenza", ma di non capirne il significato oppure può essere del

tutto inabile a leggere, avendone perduta la capacità.

- **di semplicità d'uso [FR1.3]**, che si definisce come l'attitudine degli arredi e delle attrezzature presenti in un nucleo Alzheimer ad essere utilizzati con facilità da parte dei pazienti.

Nell'ambito di questa classe di requisiti é stato individuato il seguente requisito connotante:

Semplicità d'uso degli oggetti [FR1.3.1], cioè gli arredi e le attrezzature dovranno avere caratteristiche tali da essere utilizzati con facilità da parte dei malati affetti da demenza.

La progressiva perdita della memoria, accompagnata dalla mancanza di coordinazione dei movimenti e dalla riduzione della vista, compromette la capacità di usare in modo corretto gli oggetti. Affinché il malato possa conservare il più a lungo le proprie capacità residue, dovrà trovarsi nella condizione di poter svolgere con semplicità tutte le attività, terapeutiche e non, che è invitato a fare. La cucina terapeutica, per esempio, rappresenta un luogo importante dove, soprattutto le donne, possono esprimere le loro capacità residue applicandosi in attività note: fornelli, sportelli, contenitori e ogni altra attrezzatura dovranno essere pensati in funzione di un uso autonomo e sicuro da parte del paziente.

- **di correlazioni [FR1.4]**, che si definisce come la necessità degli spazi destinati ai malati di Alzheimer ad essere posti in relazione tra loro al fine di favorirne la fruizione da parte dei pazienti.

Nell'ambito di questa classe di requisiti è stato individuato il seguente requisito connotante:

Correlazione tra gli spazi [FR1.4.1], cioè l'attitudine degli spazi ad essere posti in relazione tra loro in modo da favorire il vagabondaggio dei malati ed una corretta ed agevole fruizione dei singoli ambienti, tenendo conto sia del deterioramento cognitivo sia di quello psicomotorio che colpiscono i dementi.

Per esempio, l'accessibilità da parte del malato al giardino in condizioni di autonomia richiede la correlazione di questo al nucleo e al relativo percorso di vagabondaggio.

Orientamento spaziale OS1

Le deficienze cognitive costituiscono la principale e la prima manifestazione clinica della malattia di Alzheimer; fra queste c'è anche la difficoltà ad orientarsi nello spazio, per di più aggravata dalla incapacità a comprendere le informazioni. Ne consegue che il malato tende a perdersi anche in ambienti a lui noti, dal quartiere in cui risiede alla propria abitazione. In relazione a questi aspetti della malattia è determinante che un nucleo per dementi presenti una chiara organizzazione spaziale rispondendo all'esigenza dell'Orientamento spaziale attraverso la seguente classe di requisiti: - di **comprensione dello schema distributivo e della destinazione d'uso degli spazi [OS1.1]**, che si definisce come la necessità degli spazi destinati alle persone colpite da demenza ad essere facilmente riconoscibili nella propria destinazione d'uso.

Nell'ambito di questa classe di requisiti sono stati individuati i seguenti requisiti connotanti:

Comprensibilità degli spazi [OS1.1.1], cioè la conformazione e disposizione degli spazi, degli arredi e delle attrezzature dovranno favorire la capacità del paziente di orientamento e movimento nell'ambiente.

Tale requisito è stato introdotto per rispondere ad un'esigenza comune ai malati di Alzheimer: essere stimolati a riconoscere gli spazi che li circondano, una volta compromessa la loro capacità mnemonica. Creare ambienti riconoscibili, quindi, significa conferire agli spazi caratteristiche di familiarità, utili a stimolare la memoria del malato.

Comprensibilità dello schema distributivo [OS1.1.2], cioè lo schema distributivo dovrà garantire una sua immediata e semplice comprensione, al fine di evitare di confondere ulteriormente il malato. Il malato di fronte a soluzioni tipologiche complesse e articolate, tende a disorientarsi e a non essere più in grado di operare delle scelte comportamentali, con conseguenti stati d'ansia, deliri e immobilità.

Identificabilità del sistema di segnaletica [OS1.1.3], cioè il sistema di

segnaletica dovrà presentare una serie di elementi di riferimento riconoscibili per consentire al malato di orientarsi.

La progressiva perdita della memoria impedisce al malato di orientarsi autonomamente per cui è necessaria una segnaletica che gli agevoli la comprensione dell'organizzazione spaziale.

Orientamento temporale OT1

Per la progressiva perdita della memoria il malato di Alzheimer è colpito anche da disorientamento temporale. Per cui un nucleo per dementi deve stimolare la percezione della dimensione temporale nel malato, rispondendo all'esigenza dell'Orientamento temporale attraverso la seguente classe di requisiti:

- **di percezione della dimensione temporale [OT1.1]**, che si definisce come l'attitudine degli spazi a far percepire la dimensione temporale nelle persone colpite dal morbo di Alzheimer. Nell'ambito di questa classe di requisiti è stato individuato il seguente requisito connotante:

Consentire la percezione della dimensione temporale [OT.1.1.1], cioè gli spazi dovranno agevolare il senso del trascorrere del tempo e del cambiamento stagionale.

Detto requisito assume una particolare importanza rispetto all'alterazione dei ritmi circadiani, propria del demente, che comporta l'inversione del normale ordine di vita.

Benessere visivo BV1

Il morbo di Alzheimer – anche a causa della condizione di senilità – determina un progressivo deterioramento visivo, soprattutto negli stadi avanzati. I pazienti presentano una riduzione dell'acuità visiva, difficoltà a cogliere la profondità dello spazio e una marcata vulnerabilità all'abbagliamento. Diventa, così, importante che gli spazi destinati ai malati di Alzheimer siano progettati in modo da corrispondere all'esigenza del Benessere visivo, attraverso le seguenti classi di requisiti:

- **di visibilità [BV1.1]**, che si definisce come l'attitudine dei nuclei

Alzheimer a favorire la visibilità degli oggetti e degli spazi.

Nell'ambito di questa classe di requisiti è stato individuato il seguente requisito connotante:

Capacità di stimolare un'adeguata percezione delle immagini [BV1.1.1], cioè gli arredi e le attrezzature dovranno essere facilmente visibili e distinguibili da ciò che li circonda.

Tale requisito è reso necessario dalla difficoltà di distinguere un oggetto nel suo contesto, di individuare forme diverse se presentano colori fra loro simili, di capire le superfici trasparenti e specchianti.

- **di controllo dell'illuminazione [BV1.2]**, che si definisce come l'attitudine delle fonti d'illuminazione a compensare le alterazioni visive ed ad evitare i fenomeni di abbagliamento.

Nell'ambito di questa classe di requisiti è stato individuato il seguente requisito connotante:

Controllo della qualità, della quantità e della collocazione delle fonti d'illuminazione [BV1.2.1], cioè è necessario che sia garantita un'illuminazione costante e diffusa in modo che gli ambienti siano individuabili facilmente nella configurazione e negli arredi, in qualsiasi momento della giornata.

Benessere acustico BA1

Il morbo di Alzheimer provoca un progressivo deterioramento uditivo, che si manifesta nella difficoltà a localizzare la provenienza di suoni, soprattutto se laterali. I malati di Alzheimer presentano anche una ridotta tollerabilità verso stimoli sonori eccessivi, che provocano loro stati d'ansia e di agitazione: è frequente, ad esempio, che essi siano infastiditi e turbati da comandi urlati o dalla presenza di altri malati che urlano. Inoltre, i rumori di sottofondo riducono sensibilmente la capacità del malato di prestare attenzione ad un suono. Diventa, quindi, importante che gli spazi destinati ai malati di Alzheimer siano adeguati dal punto di vista acustico, rispondendo all'esigenza del Benessere acustico attraverso la seguente classe di requisiti:

- **di controllo dell'acustica [BA1.1]**, che si definisce come l'attitudine degli spazi destinati ai malati di Alzheimer a compensare le alterazioni uditive. Nell'ambito di questa classe di requisiti è stato individuato il seguente requisito connotante:

Controllo delle fonti di suono e di rumore [BA1.1.1], cioè gli spazi dovranno contrastare la ridotta funzionalità uditiva dei pazienti per creare loro condizioni serene di vita.

I pazienti che si trovino in un ambiente troppo ampio, con diverse persone che parlano, possono risultare confusi e disorientati.

Benessere psicologico BP1

La malattia di Alzheimer determina numerosi deterioramenti cognitivi, comportamentali e funzionali: all'ansia ed alla depressione indotte dall'incapacità a comprendere ed a farsi comprendere, si associano spesso fenomeni allucinatori, deliri, comportamenti ossessivi che pregiudicano la socialità e la sfera emotiva del malato, rendendolo irritabile ed aggressivo. Tali comportamenti costringono il personale ad un'attività di controllo che, spesso, genera nel malato manifestazioni di intolleranza. Inoltre, poiché la malattia di Alzheimer si dichiara in modo diverso in ciascun soggetto, la presenza nel nucleo di pazienti a livelli diversi di demenza sconsiglia quelli che alternano alla confusione mentale momenti di lucidità. Ne viene che gli spazi destinati ai malati di Alzheimer devono essere adeguati, da un punto di vista psicologico, alla vita, alla salute e allo svolgimento delle attività quotidiane dei pazienti, rispondendo all'esigenza del Benessere psicologico, attraverso la seguente classe di requisiti:

- **di controllo delle cause di turbamento [BP1.1]**, che si definisce come l'attitudine di un nucleo per dementi ad evitare possibili cause di turbamento alla serenità dei pazienti.

Nell'ambito di questa classe di requisiti sono stati individuati i seguenti requisiti connotanti:

Riservatezza e tranquillità degli spazi destinati ai malati [BP1.1.1], cioè un nucleo per dementi dovrà presentare quelle condizioni di pri-

vacy necessarie alla serenità del malato.

In ogni momento della giornata, il malato deve poter scegliere autonomamente di vivere la socialità o di isolarsi. E' necessario quindi che gli ambienti assecondino il suo desiderio per evitare le sue possibili reazioni aggressive.

Controllo dell'illuminazione e dell'abbagliamento [BP1.1.2], cioè l'illuminazione dovrà garantire una qualità e un'intensità in sintonia con le reazioni del demente.

Un'illuminazione errata e, soprattutto, foriera di abbagliamento, può essere causa di allucinazioni. La presenza di zone d'ombra marcate può generare situazioni di panico per un'erronea valutazione del loro significato.

Controllo delle fonti di suono e di rumore [BP1.1.3], cioè gli spazi dovranno presentare condizioni acustiche che non turbino la serenità del malato.

Il malato può, infatti, essere reso ansioso da stimolazioni sonore improvvise o eccessive, così come confuso da rumori di fondo persistenti e incomprensibili.

Riconoscibilità e facile identificabilità [BP1.1.4], cioè gli arredi e gli spazi dovranno essere riconoscibili nella loro funzione, per evitare stati d'ansia generati dall'estraneità dell'ambiente.

È necessario rendere riconoscibile al malato ogni elemento del nucleo perché qualunque soluzione morfologica che non rientri nel patrimonio di informazioni del malato rischia di confonderlo e, quindi, di turbarlo.

Non intrusività dei sistemi di controllo [BP1.1.5], cioè gli spazi devono ricorrere a sistemi di controllo che garantiscano la sicurezza del malato nel rispetto della sua privacy e del suo benessere psicologico.

Nel malato la tendenza alla fuga aumenta se egli si rende conto di essere recluso o sorvegliato. I dementi, infatti, se si accorgono di essere controllati, sia dal personale preposto che da telecamere, reagiscono o con aggressività o con stati d'ansia e deliri.

Controllo C1

Il malato di Alzheimer deve essere tenuto costantemente sotto controllo in quanto la sua condizione di demenza lo porta ad azioni pericolose per sé e turbative degli altri malati. Al contempo egli deve essere lasciato libero di muoversi e deve essere incoraggiato a compiere autonomamente le attività terapeutiche previste. Ne viene che gli spazi destinati ai malati consentano l'attività di sorveglianza da parte degli operatori preposti, rispondendo all'esigenza del Controllo attraverso le seguenti classi di requisiti:

- **di dotazione funzionale al controllo [C1.1]**, che si definisce come l'attitudine degli spazi destinati ai malati di Alzheimer ad essere dotati di apparecchiature per il controllo del paziente.

Nell'ambito di questa classe di requisiti è stato individuato il seguente requisito connotante:

Dotazione di sistemi di controllo [C1.1.1], cioè gli spazi dovranno essere dotati di sistemi di controllo dei pazienti.

È necessario aiutare il compito degli operatori sanitari nella loro attività di sorveglianza diretta sul malato, garantendo dei sistemi di controllo non invasivi che impediscano le fughe e consentano un intervento immediato in caso di necessità.

- **di facilità di controllo [C1.2]**, che si definisce come l'attitudine degli spazi a facilitare il controllo visivo dei malati da parte degli operatori. Nell'ambito di questa classe di requisiti è stato individuato il seguente requisito connotante:

Consentire la più ampia possibilità di controllo visivo da parte degli operatori [C1.2.1], cioè gli spazi dovranno favorire, per costituzione dello schema distributivo e per soluzione degli accessi, il controllo visivo diretto da parte degli operatori. Il personale, mentre è occupato nelle attività alle quali è preposto, dovrà essere in grado di seguire con lo sguardo i pazienti in modo che non incorrano in eventuali incidenti o riescano ad uscire dal nucleo.

Nella tabella sinottica di seguito riportata sono illustrate le correlazioni tra esigenze, requisiti e manifestazioni comportamentali del malato.

Ambiti esigenziali	Classi di requisiti e requisiti delle strutture edilizie	Manifestazioni comportamentali del malato di Alzheimer che i requisiti individuati tendono a limitare
S1 Condizione di sicurezza	S1.1 di protezione da incidenti S1.1.1 Controllo delle cause di cadute S1.1.2 Controllo delle cause di urti	- Difficoltà nella percezione particolare / sfondo - Vagabondaggio - Rallentamento psicomotorio - Riduzione dell'acuità visiva - Ridotta abilità di coordinamento del movimento - Impossibilità di individuare un possibile pericolo
	S1.2 di protezione da incidenti S1.2.1 Sicurezza d'uso degli oggetti S1.2.2 Accessibilità limitata di spazi e di oggetti	- Agnosia - Aprassia - Progressiva perdita della memoria - Impossibilità di individuare un potenziale pericolo
	S1.3 di protezione dalla fuga S1.3.1 Controllo delle cause di fuga	- Tendenza alla fuga - Vagabondaggio - Disorientamento spazio - temporale
F1 Condizione di fruibilità e facilità d'uso	F1.1 di costituzione e dimensionamento F1.1.1 Costituzione e dimensionamento degli spazi	- Ansietà ed inquietudine - Disorientamento spazio – temporale
	F1.2 di accessibilità e praticabilità F1.2.1 Accessibilità e praticabilità	- Disorientamento spazio - temporale - Difficoltà ad affrontare situazioni nuove - Difficoltà nella percezione particolare / sfondo - Agnosia - Aprassia - Rallentamento psicomotorio - Vagabondaggio - Difficoltà a compiere compiti più o meno complessi
	F1.2 di accessibilità e praticabilità F1.2.2 Riconoscibilità e familiarità	- Agnosia - Disorientamento spazio - temporale - Progressiva perdita della memoria - Difficoltà ad affrontare situazioni nuove - Impossibilità di apprendere nuove informazioni - Aprassia - Impossibilità di individuare un possibile pericolo
	F1.2 di accessibilità e praticabilità F1.2.3 Comprensibilità del sistema di segnaletica	- Difficoltà nel comprendere le informazioni - Impossibilità di apprendere nuove informazioni

Ambiti esigenziali		Classi di requisiti e requisiti delle strutture edilizie	Manifestazioni comportamentali del malato di Alzheimer che i requisiti individuati tendono a limitare
F1	Condizione di fruibilità e facilità d'uso	F1.3 di semplicità d'uso F1.3.1 Semplicità d'uso degli oggetti	- Agnosia - Aprassia - Difficoltà ad affrontare situazioni nuove - Progressiva perdita della memoria - Impossibilità di apprendere nuove infoma- zioni
		F1.4 di correlazioni F1.4.1 Correlazione tra gli spazi	- Rallentamento psicomotorio - Incontinenza - Disorientamento spazio - temporale - Vagabondaggio - Tendenza alla fuga - Progressiva perdita della memoria
OS1	Condizione di orientamento spaziale	OS1.1 di comprensione dello schema distributivo e della destinazione d'uso degli spazi	- Disorientamento spazio - temporale - Progressiva perdita della memoria - Difficoltà ad affrontare situazioni nuove e ad apprendere informazioni nuove
		OS1.1.1 Comprensibilità degli spazi	- Vagabondaggio - Impossibilità di individuare un potenziale pericolo
		OS1.1.2 Comprensibilità dello schema distributivo	
		OS1.1 di comprensione dello schema distributi- vo e della destinazione d'uso degli spazi	- Difficoltà nel comprendere le informazioni - Impossibilità ad apprendere nuove informazioni
		OS1.1.3 Identificabilità del sistema di segnaletica	- Progressiva perdita della memoria
OT1	Condizione di orientamento temporale	OT1.1 di percezione della dimensione temporale OT1.1.1 Consentire la percezione della dimensione temporale	- Disorientamento temporale - Progressiva perdita della memoria
BV1	Condizione di benessere visivo	BV1.1 di visibilità BV1.1.1 Capacità di stimolare un'adeguata percezione delle immagini	- Allucinazioni visive - Riduzione dell'acuità visiva - Difficoltà nella percezione dei colori - Impossibilità ad individuare un potenziale pericolo
		BV1.2 di controllo dell'illuminazione BV1.2.1 Controllo della qualità, della quantità e della collocazione delle fonti d'illumina- zione	- Vulnerabilità all'abbagliamento - Allucinazioni visive - Riduzione dell'acuità visiva

Ambiti esigenziali	Classi di requisiti e requisiti delle strutture edilizie	Manifestazioni comportamentali del malato di Alzheimer che i requisiti individuati tendono a limitare
BA1 Condizione di benessere acustico	BA1.1 di controllo dell'acustica BA1.1.1 Controllo delle fonti di suono e di rumore	- Ridotta funzionalità uditiva - Difficoltà a localizzare la provenienza del suono (specie se laterale) - Difficoltà a prestare attenzione ad un suono quando ce ne sono altri in sottofondo - Ridotta tollerabilità a stimoli sonori eccessivi - Agnosia
BP1 Condizione di benessere psicologico	BP1.1 di controllo delle cause di turbamento BP1.1.1 Riservatezza e tranquillità degli spazi destinati ai malati BP1.1.2 Controllo dell'illuminazione e dell'abbigliamento BP1.1.3 Controllo delle fonti di suono e di rumore	- Allucinazioni, deliri e comportamenti ossessivi - Agnosia - Intolleranza verso il controllo - Intolleranza nei confronti dei pazienti ad uno stadio della malattia differente - Irritabilità e aggressività
	BP1.1 di controllo delle cause di turbamento BP1.1.4 Riconoscibilità e facile identificabilità	- Difficoltà nel riconoscere sé stessi - Difficoltà a distinguere tra realtà e fantasia - Allucinazioni e deliri - Intolleranza verso il controllo
	BP1.1 di controllo delle cause di turbamento BP1.1.5 Non intrusività dei sistemi di controllo	- Intolleranza verso il controllo
C1 Condizione di controllo	C1.1 di dotazione funzionale al controllo C1.1.1 Dotazione di sistemi di controllo	- Intolleranza verso il controllo - Vagabondaggio - Impossibilità ad individuare un possibile pericolo
	C1.2 di facilità di controllo C1.2.1 Consentire la più ampia possibilità di controllo visivo da parte degli operatori	- Tendenza alla fuga - Impossibilità ad individuare un possibile pericolo - Vagabondaggio - Disorientamento spazio – temporale

ambiti di analisi delle unità spaziali

attività elementari

gruppo di fruizione

arredi

attrezzature

accessibilità

criteri di dimensionamento

relazioni tra Unità spaziali



unità spaziali di un centro Alzheimer

Le unità spaziali

Le unità spaziali che costituiscono un centro Alzheimer sono di seguito individuate ed identificate con una sigla alfanumerica (Us1, Us2, Us3...) che serve a contraddistinguerle anche nei successivi elaborati. E' stabilita una distinzione fra quelle unità spaziali che devono essere sempre presenti nelle strutture (*di base*) e quelle non indispensabili (*opzionale*).

Fa seguito una descrizione delle singole unità spaziali secondo una serie di ambiti informativi che riguardano le attività elementari che vi si svolgono, così come precedentemente definite e descritte; il gruppo di fruizione; gli arredi e le attrezzature; l'accessibilità al malato (se libera o controllata od interdetta); il criterio di dimensionamento; le relazioni spaziali, funzionali e di collegamento con altre unità; nonché note specifiche relative a informazioni ritenute salienti. Le schede descrittive si limitano ad evidenziare i requisiti che l'unità spaziale deve avere per corrispondere alle specifiche esigenze del malato di Alzheimer; requisiti che dovranno, però, essere integrati con le indicazioni progettuali che compaiono nelle successive schede di indirizzo per la progettazione e con le richieste della normativa nazionale in fatto di residenze sanitarie assistite. Perciò per tutti gli altri aspetti non contemplati si richiamano gli studi e le ricerche già condotte in questo contesto. Ad esempio, nell'ambito informativo degli arredi e delle attrezzature, non si riportano tutti gli elementi necessari all'unità spaziale, richiesti dalla normativa, richieste dalla normativa, ma solo quelli opportuni per il malato di Alzheimer; fermo restando che gli uni, assieme agli altri, devono comunque comparire nel progetto dell'unità spaziale. Nell'ambito delle note, si informa su ciò che deve essere tassativamente escluso, per realizzare un ambiente a misura di Alzheimer. Inoltre sono descritte solo alcune unità spaziali, quelle che prevedono un'organizzazione specifica per l'Alzheimer.

Unità spaziali		di base	opzionale
Us1	Atrio/Ingresso per i pazienti	●	
Us2	Soggiorno	●	
Us3	Sala da pranzo	●	
Us4	Cucina terapeutica	●	
Us5	Camera di degenza	●	
Us6	Bagno	●	
Us7	Bagno assistito	●	
Us8	Percorso interno di vagabondaggio	●	
Us9	Lavanderia terapeutica		●
Us10	Spazio per musicoterapia		●
Us11	Spazio di lavoro terapeutico	●	
Us12	Palestra		●
Us13	Sala tv	●	
Us14	Spazio per il culto		●
Us15	Spazio per cure estetiche	●	
Us16	Spazio per colloqui	●	
Us17	Infermeria	●	
Us18	Ufficio/Direzione	●	
Us19	Archivio	●	
Us20	Guardaroba per i pazienti	●	
Us21	Spogliatoio per il personale	●	
Us22	Camera per il personale	●	
Us23	Bagno per il personale	●	
Us24	Salottino per il personale		●
Us25	Dispensa	●	
Us26	Deposito biancheria	●	
Us27	Deposito per attrezzature di pulizia	●	
Us28	Rimessa per sedie a rotelle	●	
Us29	Ingresso per i non pazienti	●	
Us30	Giardino	●	
Us31	Serra terapeutica	●	
Us32	Percorso esterno di vagabondaggio	●	
Us33	Percorso di accesso riservato al paziente	●	
Us34	Percorso di accesso riservato ai non pazienti	●	
Us35	Ricovero attrezzi	●	
Us36	Parcheggio	●	
Us37	Lavanderia generale		●
Us38	Cucina generale		●
Us39	Deposito/Magazzino generale	●	
Us40	Centrale termica	●	
Us41	Connettivo	●	

Attività elementari

Trasporto del paziente dalla residenza al centro e viceversa; eventuali trasporti legati ad attività programmate

Gruppo di fruizione

Dimensione: totalità del gruppo

Composizione: paziente - animatore - operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Mensole; quadri; bacheche

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; sistemi di controllo entrata/uscita

Accessibilità

Controllata

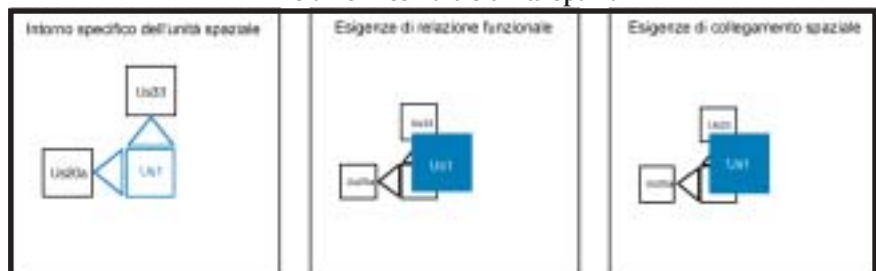
Note

Escludere la presenza di tappeti. Prevedere l'occultamento della porta dalla parte interna, per ragioni di sicurezza.

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
configurabilità

Relazioni con altre unità spaziali

Soggiorno

Attività elementari

Cura della casa; attività ricreative; manualità; assistenza al paziente non autosufficiente; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio-grande

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - animatore - operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Credenza aperta per contenere oggetti di memoria; cassettone; varie tipologie di seduta, singole e a più posti; tende a vetro e/o esterne; ceste terapeutiche; quadri con riferimento alle stagioni; pannelli per i disegni dei pazienti, per le comunicazioni grafiche legate alle festività del periodo, per le fotografie dei malati e dei loro parenti

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta

Accessibilità

Libera

Note

Escludere la presenza di lampade da tavolo e da terra, della televisione, di tavolini bassi, di tappeti, di pareti mobili

Criteri di dimensionamento

Tener presente che gli ingombri degli arredi devono consentire l'agevole spostamento dei pazienti; prevedere la possibilità della presenza contemporanea di tutti gli ospiti e degli operatori; garantire la familiarità dell'ambiente; garantire il controllo visivo diretto da parte del personale di assistenza

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Attività elementari

Consumazione pasti; cura della casa; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: totalità del gruppo

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - animatore - operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Credenza a giorno; madia; quadri con nature morte; tende a vetro e/o esterne. La larghezza dei tavoli deve consentire all'operatore, che mangia con i pazienti, di poter assistere il malato nella consumazione del pasto.

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta

Accessibilità

Libera

Note

Escludere il ricorso a tavoli ad unico appoggio centrale, la presenza di lampade da tavolo e da terra, della televisione, di tappeti, di pareti mobili

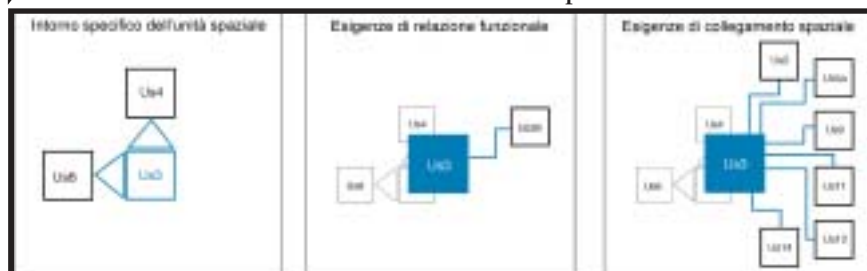
Criteri di dimensionamento

Qualora il differente livello di deficit cognitivo e comportamentale dei pazienti lo richieda, prevedere che la consumazione dei pasti abbia luogo in due aree diverse

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Cucina terapeutica

Attività elementari

Cucina terapeutica; cura della casa; manualità; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - animatore - operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Credenza a giorno; tavoli; sedie; pannelli per comunicazioni grafiche; tende a vetro e/o esterne

Attrezzature

Piano di cottura preferibilmente ad induzione elettromagnetica; lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta

Accessibilità

Controllata

Note

Escludere la presenza di tavoli ad unico appoggio centrale, di lampade da tavolo e da terra, della televisione, di tappeti

Criteri di dimensionamento

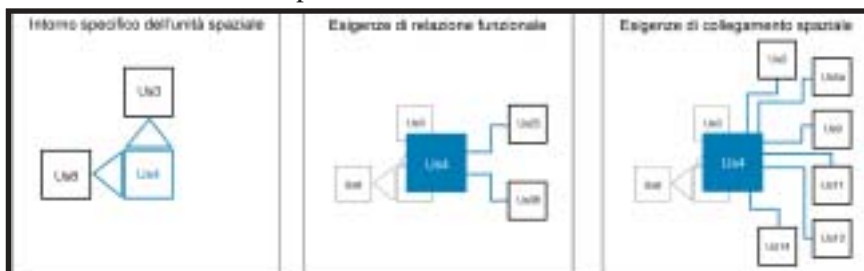
Tener presente che il programma terapeutico di preparazione dei cibi da parte del malato, con l'aiuto degli animatori, possa essere svolto da seduti

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Attività elementari

Pernottamento e riposo quotidiano; assistenza del paziente non autosufficiente; cura della casa; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: piccolo gruppo

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - animatore - operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Scaffalatura del ricordo (per contenere oggetti personali del paziente, destinati a stimolarne la memoria); tende a vetro e/o esterne

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta

Accessibilità

Libera

Note

Si consiglia la camera a due letti.

Escludere la presenza di abat-jour, di lampade da terra, di tappeti e di armadi con ante scorrevoli o chiuse a chiave.

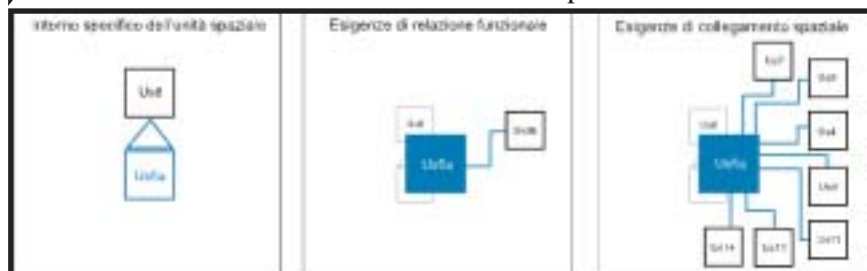
Criteri di dimensionamento

La camera può essere dimensionata secondo i minimi funzionali dal momento che non è prevista la permanenza del paziente, né è necessaria la personalizzazione perché la camera non è attribuita individualmente al paziente. Il letto dovrà essere libero su entrambi i lati per consentirne un agevole rifacimento da parte del paziente.

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Camera di degenza centro permanente

Attività elementari

Pernottamento e riposo quotidiano; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza notturna al paziente; cura della casa; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: piccolo gruppo

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - animatore - operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Scaffalatura del ricordo (per contenere oggetti personali del paziente, destinati a stimolarne la memoria); tende a vetro e/o esterne

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; sistemi di controllo notturno

Accessibilità

Libera

Note

Occorre privilegiare camere singole – ma prevederne, in percentuale, qualcuna doppia, nel caso sia richiesto dagli stessi malati – e dotarle ciascuna di un bagno privato e, possibilmente, di un'anticamera.

Escludere la presenza di abat-jour, di lampade da terra, di tappeti e di armadi con ante scorrevoli o chiuse a chiave.

Criteri di dimensionamento

Prevedere la possibilità di una personalizzazione dell'ambiente da parte del malato.

Evitare ostacoli lungo il percorso fra il letto e il bagno. Contenere la distanza fra il letto e il bagno.

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Attività elementari

Igiene personale; assistenza del paziente non autosufficiente

Gruppo di fruizione

Dimensione: piccolo gruppo

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Specchio con modalità di oscuramento della superficie riflettente

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; sistema di allarme temporizzato

Accessibilità

Libera

Note

Escludere la presenza di doccia e/o di vasca. Prevedere almeno un bagno di pertinenza agli ambienti comuni facilmente raggiungibile ed individuabile da ogni punto del nucleo.

Criteri di dimensionamento

Nel dimensionamento tenere conto della possibilità che in tale unità spaziale si svolgano delle attività terapeutiche legate all'igiene personale del paziente

▮ Possibile
aggregazione
in un unico vano

▮ Possibile
sovrapposizione
spaziale

▮ Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Bagno

centro permanente

Attività elementari

Igiene personale; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza notturna al paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: piccolo gruppo

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Specchio con modalità di oscuramento della superficie riflettente

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; sistema di allarme temporizzato

Accessibilità

Libera

Note

Escludere la presenza di doccia e/o di vasca. Prevedere almeno un bagno di pertinenza agli ambienti comuni e un bagno per ogni camera di degenza.

Criteri di dimensionamento

Nel dimensionamento del bagno afferente agli ambienti comuni, tenere conto della possibilità che in tale unità spaziale si svolgano delle attività terapeutiche legate all'igiene personale del paziente.

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Attività elementari

Igiene personale; cura della persona; assistenza del paziente non autosufficiente

Gruppo di fruizione

Dimensione: piccolo gruppo

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - operatore addetto all'assistenza di base - fisioterapista

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta

Accessibilità

Controllata

Note

Prevedere un bagno assistito per i centri permanenti e per i centri diurni non correlati ad una RSA

 Possibile aggregazione in un unico vano

 Possibile sovrapposizione spaziale

 Possibile contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Percorso interno di vagabondaggio

Attività elementari

Movimento e percezione del sé; assistenza nelle attività programmate del paziente; assistenza notturna al paziente; assistenza del paziente non autosufficiente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - animatore

Arredi

Pannelli con i disegni dei pazienti e con le fotografie dei malati e dei loro parenti

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; corrimano di sostegno; segnaletica

Accessibilità

Libera

Note

Evitare qualsiasi tipo di ostacolo alla libera circolazione del malato. Prevedere che il percorso sia tangente ad aree di interesse e non presenti bivi od incroci. Escludere la presenza di lampade da terra, di tappeti o di corsie.

Criteri di dimensionamento

Assumere come riferimento minimo l'ingombro di due sedie a ruote

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Attività elementari

Cura della casa; manualità; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - animatore

Arredi

Tavolo; sedie; piani di appoggio ad altezza regolabile; asse di legno; stendipanni; catini; ceste

Attrezzature

Lavatoio; lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta

Accessibilità

Libera

Note

Escludere la presenza di lampade da tavolo e da terra, di tavolini bassi, di tappeti

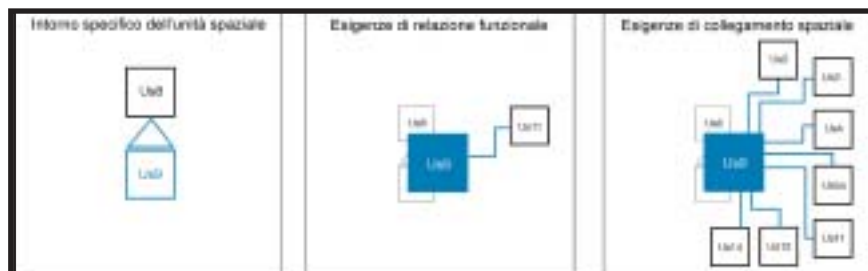
Criteri di dimensionamento

Tener presente che alcune fasi del programma terapeutico possano essere svolte da seduti

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Spazio per musicoterapia

Attività elementari

Attività ricreative; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - operatore addetto all'assistenza di base - animatore

Arredi

Varie tipologie di seduta, singola e a più posti; tavolini; scaffali

Attrezzature

Sistema di riproduzione audio (Hi-Fi); lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta

Accessibilità

Controllata

Note

Prevedere la presenza della porta. Escludere la presenza di lampade da tavolo e da terra, di tavolini bassi, di tappeti, di pareti mobili.

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Attività elementari

Manualità; attività ricreative; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - animatore

Arredi

Tavoli da lavoro ad altezza regolabile

Attrezzature

Lavabo; lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta

Accessibilità

Libera

Note

Escludere la presenza di lampade da tavolo e da terra, di tavolini bassi, di tappeti, di pareti mobili

Criteri di dimensionamento

Considerare che il programma terapeutico prevede attività manuali tra loro diverse, per cui va considerata la presenza contemporanea di più gruppi di lavoro

 Possibile
aggregazione
in un unico vano

 Possibile
sovrapposizione
spaziale

 Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Attività elementari

Movimento e percezione di sé; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza infermieristica giornaliera; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio

Composizione: paziente - infermiere professionale referente del piano di assistenza - operatore addetto all'assistenza di base - animatore - fisioterapista

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; sistema di riproduzione audio (Hi-Fi)

Accessibilità

Libera

Note

Evitare la presenza di specchi. Prevedere un bagno.

Criteri di dimensionamento

Considerare che il programma di riattivazione psicomotoria comprende il ballo e il gioco delle bocce

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Attività elementari

Attività ricreative; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio-piccolo

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - animatore

Arredi

Varie tipologie di seduta, singola e a più posti; tavolini; scaffali

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; televisione e riproduttore video

Accessibilità

Controllata

Note

Prevedere la presenza della porta. Escludere la presenza di lampade da tavolo e da terra, di tavolini bassi, di tappeti, di pareti mobili.

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Spazio per cure estetiche

Attività elementari

Servizi periodici di cure estetiche; cura della persona

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo piccolo

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - animatore - barbiere/parrucchiere - estetista

Arredi

Specchio con modalità di oscuramento della superficie riflettente

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; prevedere un impianto idrico-sanitario; lavabo

Accessibilità

Controllata

Note

Prevedere la presenza della porta. Escludere la presenza di tappeti e di pareti mobili.

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Attività elementari

Visita al paziente da parte dei familiari

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo piccolo

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - familiari

Arredi

Varie tipologie di seduta, singola e a più posti; scrivania; libreria; tende a vetro e/o esterne; quadri

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta

Accessibilità

Controllata

Note

Prevedere la presenza della porta. Escludere la presenza di lampade da tavolo e da terra, di tavolini bassi, di tappeti. Garantire la familiarità dell'ambiente.

Criteri di dimensionamento

Tener presente che l'ambiente sia a scala domestica

 Possibile
aggregazione
in un unico vano

 Possibile
sovrapposizione
spaziale

 Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Attività elementari

Colloquio iniziale per l'inserimento del paziente; verifica dello stato di salute del paziente; diagnosi infermieristica preliminare; compilazione scheda paziente; valutazione dello stadio della malattia; valutazione delle attitudini del singolo paziente; programmazione delle attività individuali e di gruppo

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo piccolo

Composizione: infermiere professionale referente del piano di assistenza - paziente - operatore addetto all'assistenza di base - caregiver - medico di medicina generale - medico specialista consulente

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; centralina del sistema di controllo (quando non localizzato in altro ambiente presidiato)

Accessibilità

Controllata

Note

Prevedere la presenza della porta. Escludere la presenza di tappeti, di lampade da terra.

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Attività elementari

Custodia degli abiti dei pazienti

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo piccolo

Composizione: operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Armadio; stand o appendiabiti; ripiani

Attrezzature

Punti luce

Accessibilità

Interdetta

Note

Collocare l'unità spaziale in prossimità dell'ingresso per i pazienti.

Prevedere la presenza della porta.

Criteri di dimensionamento

Nel dimensionamento tenere conto dello spazio necessario per la custodia dei soprabiti di ogni paziente

 Possibile
aggregazione
in un unico vano

 Possibile
sovrapposizione
spaziale

 Possibile
contiguità
Relazioni con altre unità spaziali

Guardaroba per i pazienti centro permanente

Attività elementari

Custodia degli abiti dei pazienti

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo piccolo

Composizione: operatore addetto all'assistenza di base

Arredi

Armadi con ante chiudibili a chiave che abbiano un'etichetta riportante il nome del paziente; stand o appendiabiti; ripiani; portavaligia.

Attrezzature

Punti luce

Accessibilità

Interdetta

Note

Prevedere la presenza della porta

Criteri di dimensionamento

Prevedere che ogni paziente necessita almeno di un modulo armadio a due ante

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Attività elementari

Movimento e percezione di sé; attività ricreative; manualità; consumazione dei pasti; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio-grande

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - animatore - giardiniere

Arredi

Sedute fisse e mobili ad uno o più posti; tavoli fissi e mobili; gazebo; pergolato; fontana; voliera o piccoli recinti per animali; bancali per l'ortoterapia; stendi-biancheria

Attrezzature

Recinzione; punti luce che garantiscano un livello minimo di illuminazione diffusa; sistema di irrigazione; lavatoio; segnaletica

Accessibilità

Libera

Note

Prevedere che il giardino sia scandito da percorsi di vagabondaggio, lungo i quali si organizzino zone diverse di attrazione; da aree coperte (pergolato, gazebo) che consentano lo svolgimento di attività terapeutiche al riparo dal sole; da uno spazio destinato ad orto

Criteri di dimensionamento

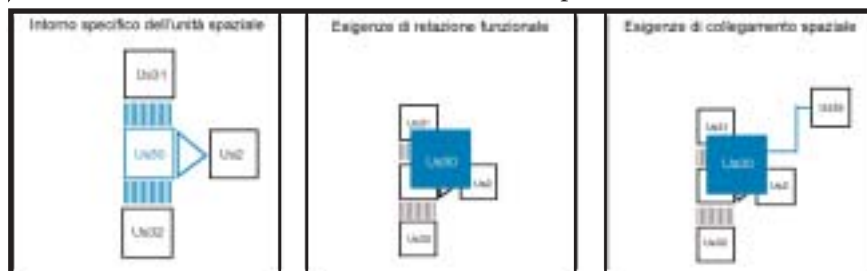
Data la difficoltà di orientamento del paziente, contenerne le dimensioni

■ Possibile
aggregazione
in un unico vano

■ Possibile
sovrapposizione
spaziale

▷ Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Serra terapeutica

Attività elementari

Attività ricreative; manualità; assistenza del paziente non autosufficiente; assistenza nelle attività programmate del paziente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio-piccolo

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - animatore - giardiniere

Arredi

Sedie; tavoli; bancali per l'ortoterapia; scaffali

Attrezzature

Lampade che garantiscano luce diffusa e indiretta; sistema di irrigazione

Accessibilità

Libera

Note

Evitare ampie superfici vetrate per la struttura edilizia

Criteri di dimensionamento

Prevedere che l'attività di orticoltura possa essere svolta anche da seduti e che sia possibile la più ampia mobilità dei pazienti

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Attività elementari

Movimento e percezione di sé; assistenza nelle attività programmate del paziente; assistenza notturna al paziente; assistenza del paziente non autosufficiente

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - animatore

Attrezzature

Punti luce che garantiscano luce diffusa e indiretta; corrimano di sostegno; segnaletica

Accessibilità

Libera

Note

Evitare qualsiasi tipo di ostacolo alla libera circolazione del malato. Prevedere che il percorso sia tangente ad aree di interesse e di sosta e che non presenti bivi od incroci. Tenere presente la necessità che il percorso sia coperto, in modo da consentirne la fruizione in qualsiasi condizione climatica. È necessario che abbia un andamento curvilineo.

Criteri di dimensionamento

Assumere, per la larghezza, il riferimento minimo dell'ingombro di due sedie a ruote. Contenerne l'estensione.

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali

Percorso di accesso riservato al paziente

Attività elementari

Accompagnamento dei pazienti nel centro

Gruppo di fruizione

Dimensione: gruppo medio-piccolo

Composizione: paziente - operatore addetto all'assistenza di base - animatore

Attrezzature

Punti luce che garantiscano luce diffusa e indiretta; corrimano di sostegno; recinzione; segnaletica

Accessibilità

Controllata

Note

Evitare qualsiasi tipo di ostacolo e di dislivello

Criteri di dimensionamento

Assumere, per la larghezza, il riferimento minimo dell'ingombro di due sedie a ruote

Possibile
aggregazione
in un unico vano

Possibile
sovrapposizione
spaziale

Possibile
contiguità

Relazioni con altre unità spaziali



Le aree funzionali-spaziali

L'individuazione delle aree funzionali-spaziali ha per scopo di indicare al progettista le possibili aggregazioni delle unità spaziali in rapporto alla compatibilità ed affinità delle attività che in esse si svolgono.

In tal modo il progettista è anche in grado di caratterizzare le varie aree funzionali ai fini della loro riconoscibilità da parte del malato.

Le aree funzionali sono articolate in cinque gruppi:

l'Area di degenza che comprende le unità spaziali destinate alla permanenza del paziente nel nucleo; l'Area delle attività terapeutiche che comprende le unità spaziali nelle quali il paziente svolge le attività di tipo occupazionale e terapeutico; l'Area di assistenza e gestione che comprende le unità spaziali destinate al personale interno ed esterno per i compiti complementari all'assistenza diretta al paziente e per quelli di gestione del nucleo; l'Area dei servizi generali che comprende le unità spaziali utili al regolare funzionamento e alla conduzione della struttura; il Sistema connettivo che comprende le unità spaziali preposte all'accesso al nucleo, alla percorrenza e ai collegamenti al suo interno.

Per ciascuna area funzionale sono riportate le unità spaziali che la costituiscono, le attività elementari ad esse correlate e la loro necessità in relazione al tipo di nucleo (permanente o diurno).

Aree funzionali spaziali	Unità spaziali		Centro permanente	
		Attività elementari		Centro diurno
Area degenza	Us5	APC8, APC1	●	
	Us6	APC9	●	
Area attività terapeutiche	Us2	APC1, APC4, APC5	●	●
	Us3	APC1, APC7	●	●
	Us4	APC1, APC2, APC4	●	●
	Us5	APC8, APC1	●	●
	Us6	APC9	●	●
	Us7	APC6, APC9	●	●
	Us9	APC1, APC4	●	●
	Us10	APC5	●	●
	Us11	APC4	●	●
	Us12	APC3, APC5	●	●
	Us13	APC5	●	●
	Us14	APC5	●	●
	Us15	APC6	●	●
	Us30	APC3, APC4, APC5, MG1	●	●
	Us31	APC3, APC4, APC5, MG1	●	●
	Us32	APC3	●	●
Area assistenza gestione	Us7	SAP6, ABP1, AGP1	●	
	Us16	VF1	●	●
	Us17	IPS1,IPS2,IPS3,IPS4,PAP1,PAP2, PAP3,PCM1,PCM2,PCM3, DI1,VF2,VF3	●	●
	Us18	IPS1, IPS4, PAP3, VF2, VF3, SDF1	●	●
	Us19	DI1	●	●
	Us20	PPC1, PPC2	●	●
	Us21	PPC1, PC1	●	●
	Us22	PPC1	●	
	Us23	PPC1	●	●
	Us24	PPC1	●	●
	Us25	PPC1, PC1	●	●
	Us26	PPC1, PC1	●	●



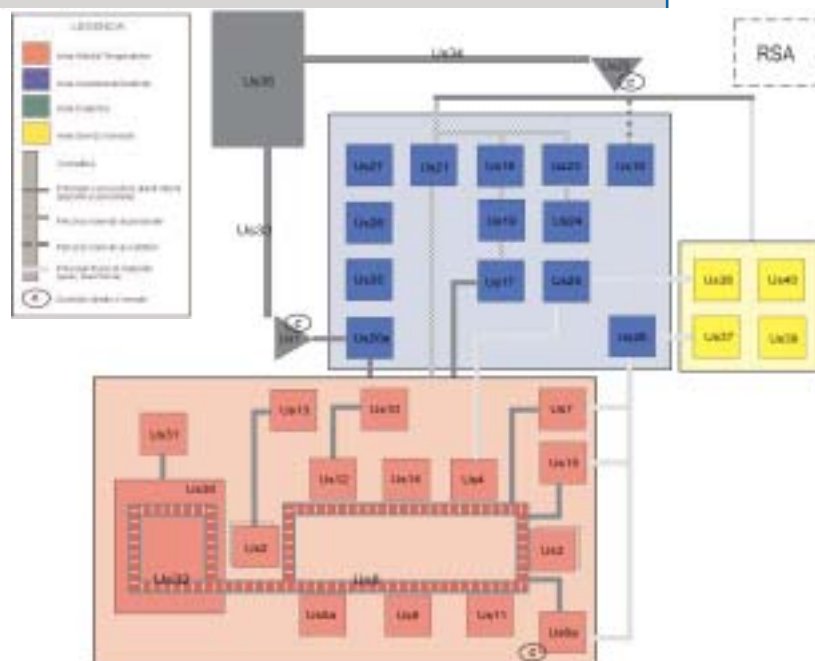
Il modello di organizzazione funzionale-spaziale

Per consentire al progettista di comprendere in modo più immediato il sistema di relazioni tra le funzioni e gli spazi costituenti un nucleo Alzheimer si propongono dei modelli di aggregazione funzionale-spaziale relativi a un nucleo diurno e a un nucleo permanente.

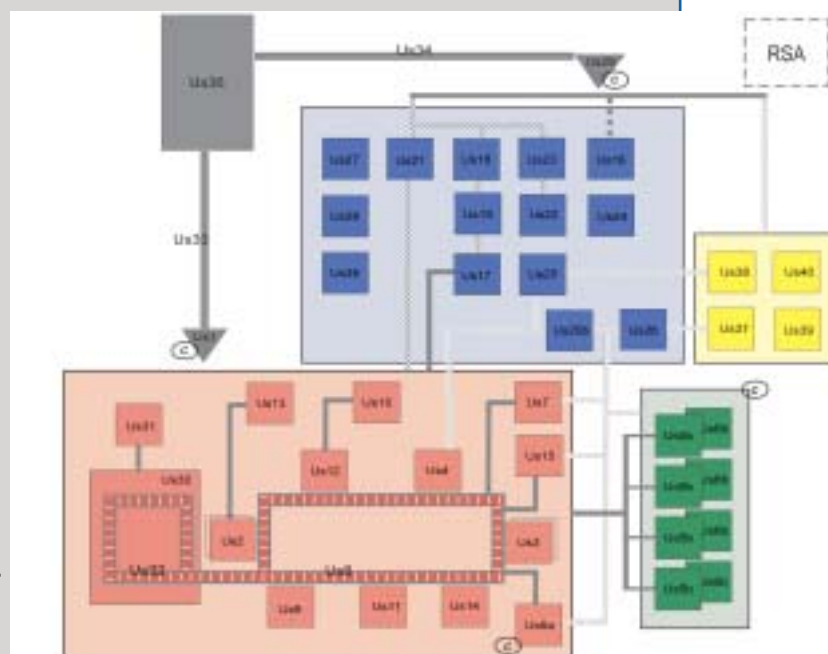
Gli schemi metaprogettuali individuano il raggruppamento delle unità spaziali secondo le aree funzionali precedentemente definite; gli eventuali sotto-raggruppamenti all'interno delle aree funzionali; gli accessi alla struttura; i flussi di persone all'interno della struttura, distinguendo, con diversa simbologia, i percorsi utilizzati dagli utenti interni (pazienti e personale) dai percorsi esclusivi del personale e da quelli riservati ai visitatori; i flussi di materiali (pasti, biancheria) all'interno della struttura; i punti di controllo diretto e remoto necessari per garantire la sicurezza al paziente.



Centro diurno



Centro permanente



Criteri dimensionali

Il centro diurno e il centro permanente si distinguono innanzitutto per il carattere di sola accoglienza diurna, il primo, di residenzialità, il secondo.

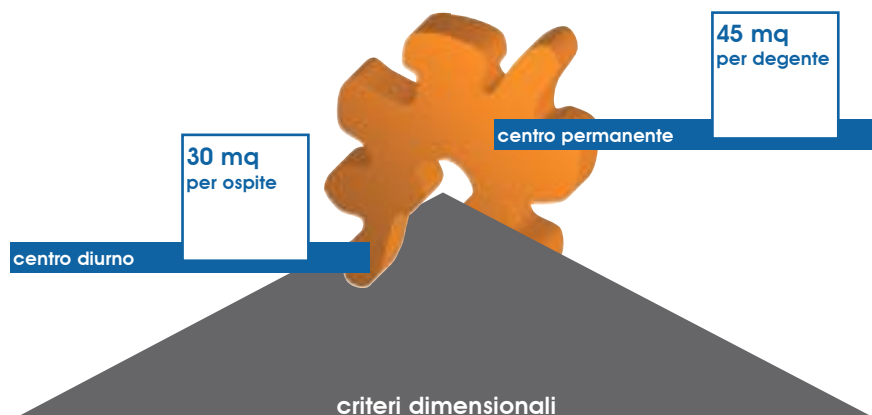
Questo comporta l'assenza delle camere di degenza dal centro diurno (che al più ne prevede una), nel quale rimangono comunque presenti le zone destinate ad altre attività (terapeutiche, di gestione, di servizio).

Raramente le due tipologie costituiscono realtà autonome e isolate: nella maggior parte dei casi esse afferiscono a strutture sanitarie assistenziali (R.S.A), ad ospedali, a case di riposo o ad altri tipi di ricovero.

Per l'analogia di tali nuclei protetti con le R.S.A., il riferimento ai criteri dimensionali da adottare per la loro progettazione è quello dato nel D.P.C.M. del 22.12.89 per la realizzazione di strutture residenziali per anziani non autosufficienti (ivi compresi i soggetti affetti da minoranze fisiche, psichiche e sensoriali).

Il decreto prevede un valore di 40/45 mq per ospite, superficie considerata al netto delle strutture perimetrali.

Data l'incidenza della camera di degenza, che si prevede singola, o al più doppia, e con bagno, si assume per il nucleo Alzheimer a



carattere permanente il limite superiore di 45 mq per ospite, mentre, per il centro diurno, escludendo le degenze e la quota parte dei servizi generali, si assume il valore di 30 mq per ospite.

Si precisa che lo standard previsto per il centro diurno non deriva dalla semplice sottrazione della superficie destinata alle camere di degenza, in quanto la quota parte dell'area destinata alle attività terapeutiche, per esempio, rimane inalterata. Infatti, l'obiettivo terapeutico che informa la definizione dei nuclei dedicati ai malati di Alzheimer, e cioè lo svolgimento di attività di gruppo mirate a sostenere le abilità residue del malato e a promuoverne la socializzazione, richiede la presenza degli ambienti ad esse destinati, sia che si tratti di un diurno, sia che si tratti di un permanente.

Inoltre, per entrambi i centri, alcune unità spaziali, come la Us2 e la Us3, sono spesso sdoppiate in funzione del gruppo di utenza e delle sue caratteristiche comportamentali.

Come stabilito dallo stesso decreto, nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni, sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

Schede di indirizzo per la progettazione

Le linee guida per il progetto sono strutturate in forma di schede per renderne più immediata la lettura e articolate secondo il *livello di progettazione* e la *scala d'intervento*.

I *livelli di progettazione* sono quelli definiti dalla legge quadro sulle opere pubbliche (Legge 109/94, sue modifiche ed integrazioni), cioè progetto preliminare, progetto definitivo, progetto esecutivo. Ad essi corrispondono infatti finalità, contenuti e documenti progettuali diversi che la legge esplicita anche attraverso il “regolamento d'attuazione” (D.P.R. 554/99). Le indicazioni progettuali delle linee guida sono dunque rapportate al livello di approfondimento progettuale corrispondente alla specifica fase di progetto e agli elaborati, di natura sia grafica che scritta, che il progettista deve produrre per rispondere alle prescrizioni di legge.

Con *scala di intervento* si precisa a quale scala si riferiscono le indicazioni progettuali rispetto a ciascun livello della progettazione, cioè se alla scala del Complesso Insediativo, dell'Organismo Edilizio, delle Unità Spaziali.

Ogni scheda enuncia un'indicazione progettuale che, in risposta a determinati requisiti della struttura, indirizza verso la corretta soluzione progettuale. È espressa in modo molto diretto e possibilmente secondo una formula prestazionale in modo da garantire al progettista di individuare la soluzione – tipologica o tecnologica – che ritiene migliore purché soddisfi quei requisiti in base ai quali l'indicazione progettuale è stata formulata.

La scheda riporta anche una soluzione conforme all'indicazione progettuale data, cioè una esemplificazione di un risultato progettuale in termini generali e decontestualizzato, ovvero sia una o più alternative tipologiche o tecnologiche rispondenti ai requisiti presi in considerazione; la soluzione conforme è espressa per lo più in forma grafica.

In fondo alla scheda si propone la localizzazione dell'informazione progettuale, che ha una duplice finalità: per il progettista, di individuare in quale tipo di elaborato (tra quelli previsti dal regola-

mento di attuazione della legge quadro) egli deve esplicitare l'indicazione progettuale e con quale tipo di formulazione specifica; per il soggetto preposto alla verifica del progetto, dove può rintracciare l'informazione progettuale e sotto quale modalità di espressione, in modo da poter controllare la conformità del progetto alle prescrizioni delle linee guida.

Inoltre una serie di icone, a margine della scheda, individua i requisiti ai quali si riferisce l'indicazione progettuale; il carattere di prescrizione o di raccomandazione dell'indicazione progettuale per i nuclei di nuova costruzione e per quelli da realizzare in una struttura esistente, da recuperare o da ristrutturare; se l'indicazione progettuale è rivolta allo spazio interno o allo spazio esterno o ad entrambi.



benessere psicologico

Riservatezza e
tranquillità degli
spazi destinati
ai malati

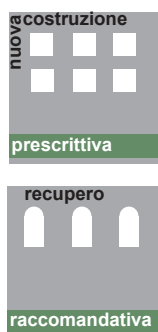
Indicazione progettuale

La capacità ricettiva del nucleo deve essere compresa fra 6 e 14 pazienti per i centri permanenti e fra 6 e 10 pazienti per i centri diurni.

L'obiettivo terapeutico che informa la definizione dei nuclei dedicati ai malati di Alzheimer impone una filosofia dimensionale che ha il suo punto di forza nella circoscritta capacità ricettiva. Il fine è di garantire al paziente tranquillità e riservatezza, per evitargli il più possibile condizioni che generino stati di confusione, di agitazione e/o di aggressività.

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.

D'altro canto, l'assunto che l'ambiente del nucleo presenti caratteristiche di domesticità e un'atmosfera rassicurante, prossima a quella familiare, condiziona lo sviluppo dimensionale del nucleo e, quindi, il numero delle presenze.



Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 del nucleo con quantificazione del numero dei posti letto
- TAV.9 Tabelle relative ai parametri da rispettare: numero utenti, superficie per utente, superficie totale

PROGETTO PRELIMINARE

Pp

Ci2

interno

esterno

COMPLESSO INSEDIATIVO

Indicazione progettuale

Il nucleo deve svilupparsi su di un unico livello, a piano terra.

La malattia di Alzheimer - di per sé ed anche a causa della condizione di senilità del malato - determina deterioramenti e anomalie, che si esprimono in incapacità a compiere movimenti mirati e in ridotta abilità di coordinamento motorio. Al contempo, lo stato d'ansia, determinato nel malato d'Alzheimer dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le sue esigenze e a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità.

Pertanto, lo schema planimetrico-distributivo deve garantire condizioni di fruibilità tali da compensare le difficoltà motorie del paziente.

E' evidente, infatti, che differenze di quote all'interno del nucleo ostacolano, o comunque rendono più difficoltosi e soprattutto meno sicuri, gli spostamenti autonomi dei pazienti. Perciò, la complanarità di ogni superficie destinata al nucleo e di essa col giardino, consente al malato di accedere agli spazi a lui destinati in condizioni di autonomia e di maggiore sicurezza.

Proprio il riappropriarsi di condizioni di autonomia nella gestione di sé da parte del malato, è intesa come fondamentale traguardo del programma riabilitativo espresso dagli ambienti protesici.

**fruibilità e
facilità d'uso**

Accessibilità e
praticabilità

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 dell'area e del piano terra con l'indicazione delle quote altimetriche
- TAV.5 Sezioni in scala 1:200 con quote altimetriche di progetto



**fruibilità e
facilità d'uso**

Accessibilità e
praticabilità

sicurezza

Controllo delle
cause di cadute

Indicazione progettuale

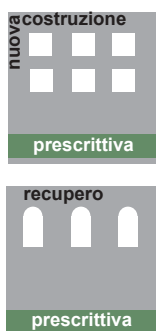
Nucleo e giardino devono essere complanari, così come lo sviluppo dei percorsi interni e di quelli esterni.

Il malato di Alzheimer presenta la tendenza al vagabondaggio che, connesso ai deficit psicomotori collegati alla specificità della malattia od al livello di senilità (incapacità a compiere movimenti mirati, ridotte abilità di coordinamento del movimento), lo espone al pericolo di cadute.

Considerate anche l'inclinazione a trascinare i piedi e la difficoltà ad individuare eventuali ostacoli lungo il percorso, è frequente che il malato possa inciampare.

E' quindi necessario controllare le cause di caduta e rendere facilmente fruibili i percorsi, garantendo al malato l'autonoma accessibilità.

Infatti, in alternativa, egli – se impedito nella sua pulsione al movimento – può reagire con manifestazioni di insofferenza e, talvolta, di aggressività.



Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 dell'area con l'indicazione delle quote altimetriche
- TAV.5 Sezioni in scala 1:200 con l'indicazione dello spazio giardino e dello spazio interno

interno
esterno

Indicazione progettuale

La morfologia del nucleo deve evitare riferimenti a contesti ospedalieri e sapersi adeguare all'architettura locale e/o al contesto ambientale.

Tale requisito è motivato dalla necessità di considerare il nucleo Alzheimer non come un edificio sanitario, ostile ed asettico, ma come una residenza, i cui tratti di domesticità la avvicinino alla normale e rassicurante casa d'abitazione.

Pertanto, più l'ambiente in cui il paziente vive presenta caratteristiche di familiarità, più il suo controllo su quell'ambiente sarà agevolato, con conseguente diminuzione di stati d'ansia derivanti dalla sensazione di estraneità. La casa deve quindi sempre rappresentare l'elemento ispiratore di ogni modifica ambientale.

In tal senso, la soluzione tipologica deve perseguire l'obiettivo dell'immediata riconoscibilità, rispetto ai codici di interpretazione degli ospiti, al fine di garantire condizioni di serenità e di benessere psicologico al malato. Infatti, a detta dei gerontologi, qualunque elemento (oggetto, arredo, aspetto dell'edificio) che non rientri nel patrimonio di informazioni del malato, rischia di confonderlo e, quindi, di creargli stati d'ansia e di depressione.

benessere psicologico

Riconoscibilità e facile identificabilità dell'organismo edilizio

orientamento spaziale

Comprensibilità degli spazi

Soluzione conforme



nuova costruzione

prescrittiva

recupero

raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- Relazione generale (capitolo dedicato agli aspetti morfologici)
- TAV.6 Prospetti in scala 1:200, che illustrino l'identità morfologica rispetto al contesto
- TAV.7 Assonometria e/o prospettive in scala adeguata con l'indicazione dell'identità morfologica rispetto al contesto



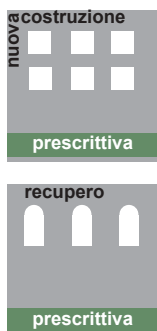
**benessere
psicologico**

Riservatezza e
tranquillità degli
spazi destinati
ai malati

Indicazione progettuale

Separare i flussi di percorrenza destinati ai pazienti da quelli destinati al personale, ai familiari, ai fornitori di servizi.

La malattia di Alzheimer è responsabile di deterioramenti cognitivi, comportamentali e funzionali, i quali spiegano la fragilità psicologica del paziente. A tali deterioramenti il malato spesso reagisce con stati d'ansia e di depressione, anche associati a fenomeni allucinatori, a deliri, a comportamenti ossessivi, che, manifestandosi in modo improvviso, pregiudicano la sua socialità e la sua sfera emotiva, rendendolo irritabile ed aggressivo. Il malato va dunque protetto rispetto al frequente andirivieni degli operatori, nel cambio di turno, degli addetti ai servizi, nello svolgimento delle loro mansioni, e persino dei familiari dei diversi ospiti del nucleo. La seppur lieve confusione generata da tale andirivieni determina nel paziente, in primo luogo, distrazione dalle attività del programma terapeutico, poi quegli stati d'ansia sopra ricordati che si scatenano per cause spesso imprevedibili. Inoltre, i deterioramenti a carico del sistema uditivo comportano nel malato ridotta tollerabilità verso gli stimoli sonori eccessivi, che il via vai di persone contribuisce ad aumentare. Compensare questo disagio è utile per prevenire nel malato possibili ricadute di tipo psicologico-comportamentale.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.4 Pianta in scala 1:200 con l'indicazione dei percorsi interni ed esterni tramite adeguata simbologia grafica

Indicazione progettuale

Prevedere un unico accesso al nucleo per i pazienti, dotato di un adeguato sistema di controllo.

Durante il corso della malattia, i pazienti sviluppano una tendenza alla fuga. Essa è dovuta alla perdita di riferimenti logici con l'ambiente ed è enfatizzata dalla tendenza compulsiva che essi presentano a vagabondare senza alcuna finalità. In altre parole, durante il vagabondaggio, se essi trovano lungo il percorso porte facilmente individuabili od ostacoli facilmente superabili (ad esempio recinzioni), tendono ad oltrepassarli.

Tali tentativi di fuga sono spesso da attribuirsi alla sensazione di estraneità indotta nel paziente dall'ambiente che non riconosce come proprio.

E' frequente così che un malato si avvicini alla porta di uscita del nucleo e cerchi di raggiungere l'esterno. Quando ciò accade il paziente rischia di perdersi e di non saper più tornare indietro, considerati tra l'altro i suoi deficit cognitivi connessi alla difficoltà di orientamento nello spazio.

La presenza di un unico accesso-uscita, fornito di adeguato controllo, riduce la possibilità di fuga e rende più semplice l'attività da parte degli operatori.

sicurezza

Controllo delle cause di fuga

controllo

Dotazione di sistemi di controllo

Soluzione conforme



/a costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.4 Pianta in scala 1:200 dell'area con l'apposizione di simboli per denotare l'accesso e il tipo di controllo



benessere psicologico

Riservatezza e
tranquillità degli
spazi destinati
ai malati

Indicazione progettuale

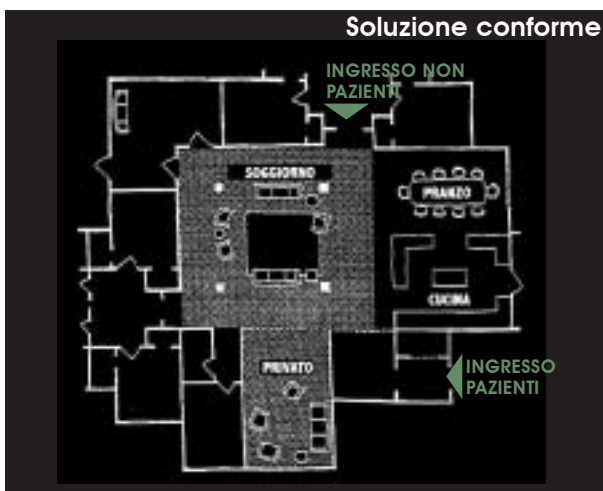
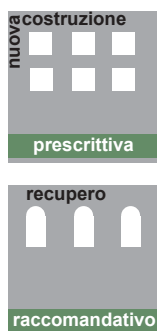
Separare lo spazio dedicato ai pazienti dagli accessi destinati al personale, ai familiari, ai servizi.

La malattia di Alzheimer è responsabile di deterioramenti cognitivi, comportamentali e funzionali, i quali spiegano la fragilità psicologica del paziente.

A tali deterioramenti il malato spesso reagisce con stati d'ansia e di depressione, anche associati a fenomeni allucinatori, a deliri, a comportamenti ossessivi, che, manifestandosi in modo imprevedibile, pregiudicano la sua socialità e la sua sfera emotiva, rendendolo irritabile ed aggressivo.

Il paziente va dunque protetto da ogni causa foriera di stress, per esempio dal frequente andirivieni degli operatori e degli addetti ai servizi, che può indurre sia ansia e paura, sia intolleranza per la possibile confusione che ne proviene.

Inoltre, lo stesso allontanarsi dei familiari, una volta terminata la visita al malato, qualora venga visto e compreso, può causare sensazioni d'abbandono, con conseguenti stati di depressione o di aggressività.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.4 Pianta del nucleo in scala 1:200 con l'indicazione dei percorsi interni ed esterni tramite adeguata simbologia

PROGETTO PRELIMINARE

Pp

Ci8

interno

esterno

COMPLESSO INSEDIATIVO

Indicazione progettuale

In corrispondenza di fonti di rumore, adottare adeguate barriere per ridurre l'incidenza dell'inquinamento acustico.

La malattia di Alzheimer determina, soprattutto negli stadi avanzati, un progressivo deterioramento della facoltà uditiva.

Tale ridotta capacità rende difficile al malato localizzare la provenienza dei suoni, principalmente di quelli laterali, così come influisce sulla sua disponibilità alla concentrazione e alla tolleranza verso stimoli sonori, se eccessivi o se prodotti in concomitanza con altri, di sottofondo.

Compensare l'aggravio indotto da tale handicap d'ordine organico-funzionale è utile per prevenire nel malato le possibili ricadute di tipo psicologico-comportamentale (agitazione, nervosismo, ecc.) e per garantirgli una migliore qualità di vita.

benessere acustico

Controllo delle fonti di suono e di rumore

benessere psicologico

Controllo delle fonti di suono e di rumore

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.1 Planimetria in scala 1:200 con l'indicazione della fonte rumorosa, della soluzione adottata per l'abbattimento acustico (per esempio barriera di alberi, terrapieno, ecc.) e della sua localizzazione
- TAV.5 Sezioni in scala 1:200 con quote altimetriche di progetto



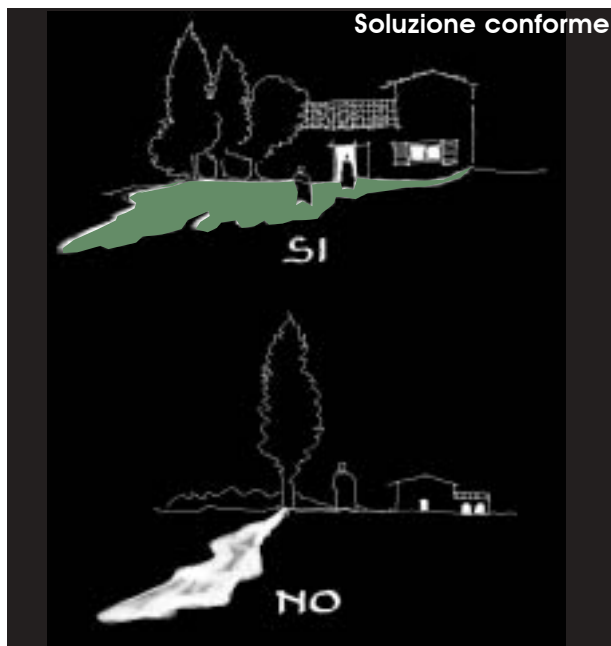
benessere psicologico

Controllo dell'illuminazione e dell'abbagliamento

Indicazione progettuale

Nell'orientamento e nella distribuzione del giardino evitare il più possibile la formazione di ombre portate dagli edifici circostanti e dagli alberi ad alto fusto.

La malattia di Alzheimer, insieme alla condizione di senilità, è responsabile di numerosi deficit funzionali che si sommano a quelli di tipo cognitivo, compromettendo il quadro clinico del malato e riverberandosi sul suo comportamento. In particolare la vulnerabilità all'abbagliamento, in sinergia con l'incapacità a distinguere la realtà dai prodotti della fantasia, porta il malato ad interpretare i giochi d'ombre come presenze reali. Tali episodi turbano il malato e pregiudicano la sua sfera emotivo-psicologica, rendendolo irritabile e aggressivo.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.3 Planivolumetrico in scala 1:200 con individuazione delle ombre proiettate dagli elementi costruiti e naturali esistenti e di progetto, calcolate nei diversi periodi stagionali e nelle diverse ore del giorno

PROGETTO PRELIMINARE

Pp

Oe1

interno

esterno

ORGANISMO EDILIZIO

Indicazione progettuale

Qualora il nucleo Alzheimer faccia parte di un organismo edilizio che ospita altre strutture sanitario-assistenziali, prevedere una sua precisa distinzione e separazione da queste ultime.

fruibilità e facilità d'uso

Costituzione e dimensionamento degli spazi

benessere psicologico

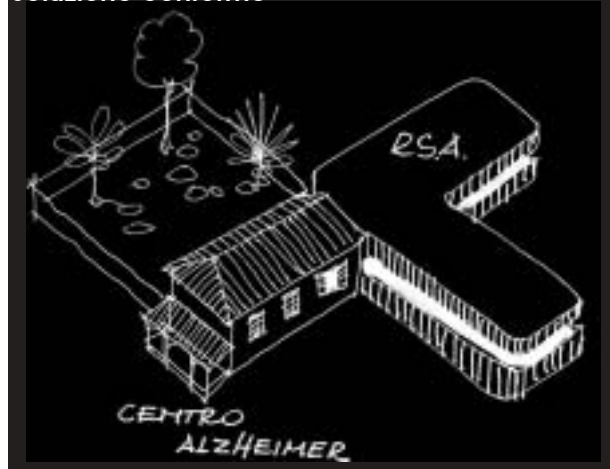
Riservatezza e tranquillità degli spazi destinati ai malati

La pulsione al vagabondaggio afinalistico e la perdita di orientamento, tipiche manifestazioni cliniche della malattia di Alzheimer, determinano la necessità di definire chiaramente i confini degli spazi dedicati ai pazienti.

In assenza di tale demarcazione, se adiacente al nucleo Alzheimer si trova un'unità di cura dedicata ad altra patologia, il malato, durante il suo vagabondare, potrebbe trovarsi in una zona non di sua pertinenza e non essere in grado di tornare sui propri passi.

Tale situazione, foriera di confusione nel malato, potrebbe ingenerare in lui stati di smarrimento e di ansia. Inoltre, la possibilità che il malato incontri soggetti eventualmente più gravi nelle unità di cura adiacenti, potrebbe scoraggiarlo, deprimerlo e turbarlo.

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 con l'indicazione dell'area di pertinenza del nucleo Alzheimer rispetto alla RSA di riferimento



**fruibilità e
facilità d'uso**

**Costituzione e
dimensiona-
mento degli
spazi**

Indicazione progettuale

La tipologia architettonica adottata deve prefigurare ambienti a scala domestica, con locali differenziati nella destinazione d'uso e facilmente identificabili.

Le deficienze cognitive costituiscono la principale manifestazione clinica della malattia di Alzheimer. Tra queste, la progressiva perdita della memoria compromette nel malato la capacità di orientarsi e riconoscere gli spazi, con implicite ricadute nella sua sfera emotivo-psicologica e quindi nel suo comportamento.

Emerge perciò la necessità di conferire al nucleo Alzheimer quelle caratteristiche di familiarità utili a stimolare la memoria del paziente, al fine anche di diminuire quegli stati d'ansia in esso causati dalla sensazione di estraneità, indotta da un ambiente che egli non riconosce come proprio. Per questo motivo il nucleo Alzheimer va concepito non come un edificio sanitario, spesso percepito ostile in quanto asettico, ma come una residenza i cui tratti di domesticità la avvicinino alla normale e rassicurante casa d'abitazione. E' evidente che un ambiente dai tratti domestici, facilmente riconoscibili, contribuirà a rasserenare il malato ed a renderlo più autonomo nel comportamento. Inoltre, considerata la difficoltà del malato ad orientarsi ed a riconoscere gli ambienti, spazi polifunzionali possono essere spesso forieri di confusione e contribuire alla mancata individuazione della loro destinazione d'uso. In tal senso, la precisa connotazione delle funzioni dei locali può agevolare il malato a distinguerli e a riconoscerli, oltre a favorire spostamenti e scelte comportamentali autonome.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 con l'indicazione dell'organizzazione tipologica e delle aree funzionali

Indicazione progettuale

Prevedere un impianto distributivo che si sviluppi intorno allo spazio di vita comune.

La progressiva perdita della memoria provoca nel paziente una serie di deficit che si esprimono nella difficoltà ad orientarsi nello spazio e nella tendenza, quindi, a perdersi anche in ambienti a lui noti. Soprattutto di fronte a soluzioni distributive complesse e articolate, il malato, non essendo più capace di operare scelte cognitivamente impegnate, tende a disorientarsi e a non essere più in grado di muoversi autonomamente, con conseguenti stati d'ansia e di inquietudine. In altre parole, la malattia di Alzheimer compromette le normali capacità di identificazione cognitiva dei luoghi e pertanto è utile che gli ambienti destinati al malato siano semplici nella distribuzione e facilmente comprensibili. Quindi una 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.

orientamento spaziale

Comprensibilità dello schema distributivo

controllo

Ampia possibilità di controllo visivo degli operatori

Soluzione conforme



- 1 camere con bagno
- 2 pranzo
- 3 soggiorno
- 4 percorso interno
- 5 spazi per attività
- 6 lavanderia terapeutica

costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 del nucleo con destinazione d'uso degli ambienti



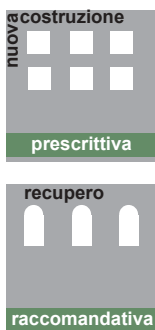
orientamento spaziale

Comprensibilità dello schema distributivo

Indicazione progettuale

Nella configurazione del nucleo e del giardino prevedere dimensioni tali da non disorientare il paziente.

Le deficienze cognitive costituiscono la principale manifestazione clinica della malattia di Alzheimer. In particolare, la progressiva perdita della memoria determina nel malato la difficoltà ad orientarsi nello spazio e, quindi, di perdersi anche in ambienti a lui noti. L'incapacità di comprendere i luoghi è poi acuita se il malato si trova di fronte a soluzioni spaziali dalle dimensioni eccessive. In tal caso lo stato confusionale provoca ansia ed inquietudine che si riverberano nel suo comportamento con blocchi motori e crisi di panico. La verifica di progetti esistenti ha confermato che i pazienti tendono ad orientarsi con più facilità, ad essere, quindi, più sereni, all'interno di ambienti dalle dimensioni domestiche.



Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

Per il nucleo:

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 con l'indicazione della destinazione d'uso degli ambienti, quote altimetriche e superfici
- TAV.9 Tabella riassuntiva delle dimensioni e delle superfici degli ambienti

Per il giardino:

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 con l'indicazione delle dimensioni totali e parziali delle zone del giardino
- TAV.5 Sezioni in scala 1:200 con l'indicazione delle dimensioni totali e parziali delle zone del giardino

Indicazione progettuale

Prevedere, in funzione del gruppo di utenza e delle sue caratteristiche, un numero adeguato di unità spaziali per il soggiorno e la sala da pranzo.

La malattia di Alzheimer compromette seriamente la capacità di adoperare correttamente gli oggetti, disturbo aggravato anche dalla difficoltà di riconoscere gli oggetti d'uso quotidiano e dalla ridotta abilità di coordinamento motorio. Questi deficit diventano eclatanti, per esempio, durante la consumazione dei pasti: spesso il paziente non è in grado di usare autonomamente le stoviglie, con la conseguente necessità di una supervisione continua da parte degli operatori. Tali situazioni generano nel malato imbarazzo e agitazione, ma soprattutto possono costituire fonte di turbamento per quei pazienti che, ancora agli esordi della malattia, presentano caratteristiche comportamentali non del tutto compromesse. Considerata anche la confusione indotta nel paziente da un numero elevato di presenze in un unico ambiente, per garantire tranquillità a quest'ultima categoria di malati, è opportuno che la consumazione dei pasti abbia luogo in due aree diverse, in funzione delle caratteristiche comportamentali legate all'evoluzione della malattia. Le stesse esigenze sono richieste all'unità spaziale soggiorno, in maniera tale da consentire ai pazienti di isolarsi dal gruppo, qualora ne avvertano la necessità. Lo sdoppiamento delle unità spaziali deve avvenire in ragione di 10 fruitori complessivi per area (inclusi gli operatori). Esso è reso necessario, oltre che dalle motivazioni di ordine psicologico, dalle caratteristiche di domesticità che il programma protesico richiede all'ambiente.

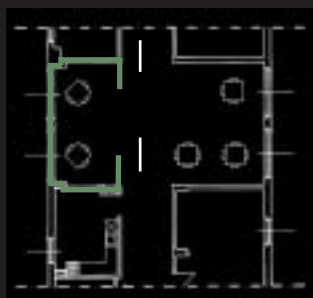
fruibilità e facilità d'uso

Costituzione e dimensionamento degli spazi

benessere psicologico

Riservatezza e tranquillità degli spazi destinati ai malati

Soluzione conforme



costruzione

nuove



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 con l'indicazione delle destinazioni d'uso degli ambienti



benessere psicologico

Riservatezza e
tranquillità degli
spazi destinati
ai malati

Indicazione progettuale

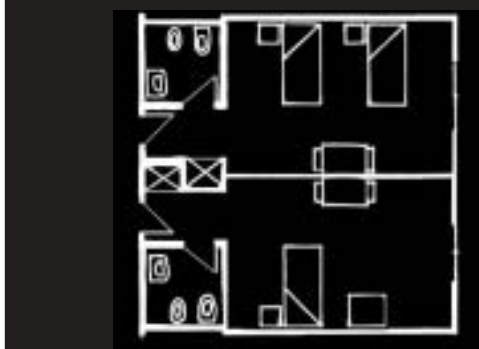
Prevedere camere di degenza singole o eventualmente doppie. Il modulo base della camera deve comprendere un bagno interno e, se possibile, un'anti-camera.

Se, per parte della giornata, le persone affette da demenza di tipo Alzheimer devono essere coinvolte in un programma terapeutico di attività di gruppo, è anche indispensabile che abbiano momenti di tranquillità e di limitata proposta di stimoli. Si ritiene pertanto che la possibilità di fruire di camere singole o tutt'al più doppie garantisca questo obiettivo di pausa costruttiva. Al contempo la camera singola consente al malato (od ai suoi familiari) di personalizzare l'ambiente, di riconoscerlo, quindi, più facilmente come proprio, di mantenere un senso d'identità individuale.

Nel caso alcuni residenti traggano benefici dalla presenza di un compagno di stanza, è utile prevedere anche un certo numero di camere doppie, in rapporto alle dimensioni del nucleo. Si esclude il ricorso a camere di degenza organizzate per un numero di posti letto superiore a due, perché l'ambiente così progettato assumerebbe i connotati della corsia ospedaliera - soluzione, questa, esclusa dai requisiti postulati dal programma protesico -, e indurrebbe nel malato disorientamento spaziale, difficoltà ad individuare lo spazio di degenza a lui destinato, senso di frustrazione e di estraneità.



Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Planimetria in scala 1:200 del nucleo con l'indicazione delle camere di degenza per tipo con riferimento all'abaco
- TAV.8 Abaco schematico dei tipi di camere di degenza in scala 1:100 con riferimenti codificati alle piante

Indicazione progettuale

Nella definizione del percorso di vagabondaggio del giardino, prevedere l'opportuna correlazione con gli spazi del nucleo di riferimento, in modo che il paziente possa accedervi autonomamente.

fruibilità e facilità d'uso

Correlazione
tra gli spazi

fruibilità e facilità d'uso

Accessibilità e
praticabilità

La malattia di Alzheimer - di per sé ed anche a causa della condizione di senilità del malato -, determina deterioramenti e anomalie, che si esprimono in incapacità a compiere movimenti mirati e in ridotta abilità di coordinamento motorio.

Al contempo, lo stato d'ansia, determinato nel malato dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le proprie esigenze e a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità.

Poiché tale pulsione va soddisfatta ed il malato deve poterla esercitare liberamente, lo schema planimetrico-distributivo sarà interprete e responsabile del programma riabilitativo, espresso dagli ambienti protesici, e del suo traguardo di progressiva riappropriazione di condizioni di autonomia nella gestione di sé, da parte del malato.

Soluzione conforme



costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.4 Pianta in scala 1: 200 con l'indicazione dei percorsi interni ed esterni tramite adeguata simbologia grafica



**orientamento
spaziale**

Comprensibilità
dello schema
distributivo

Indicazione progettuale

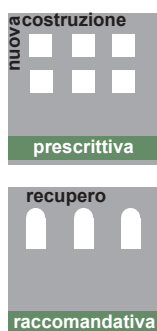
Nella progettazione dei percorsi di vagabondaggio, evitare bruschi cambi di direzione. Dare la priorità a percorsi chiusi che riconducano al punto di partenza.

Le deficienze cognitive costituiscono la principale manifestazione clinica della malattia di Alzheimer.

La progressiva perdita della memoria provoca nel malato una serie di deficit che si riverberano sulla sua capacità ad orientarsi nello spazio. A causa di tali carenze mnemoniche, quindi, il malato tende a perdersi anche in ambienti a lui noti.

Non solo, di fronte a soluzioni articolate, egli è incapace di operare scelte cognitive, si disorienta e non è più in grado di muoversi autonomamente, con conseguenti stati d'ansia e d'inquietudine.

Poiché, però, è insita nel malato di Alzheimer la tendenza quasi ossessiva a camminare senza alcuna finalità, è necessario preorganizzare questa pulsione definendo dei percorsi chiaramente individuabili. Sono consigliati percorsi a sviluppo anulare, lungo i quali siano disposti punti di riferimento e di attrazione, in quanto stimolano l'orientamento e, di conseguenza, riducono il comportamento aggressivo e migliorano i cicli sonno-veglia, con conseguente riduzione di stress anche a carico degli operatori.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.4 Pianta in scala 1:200 con l'indicazione dei percorsi interni ed esterni tramite adeguata simbologia grafica

interno
esterno

Indicazione progettuale

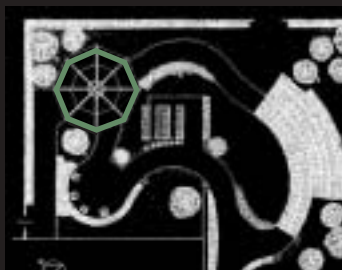
Nel giardino prevedere una zona a cielo aperto ed una coperta, per poterne permettere una libera fruizione in ogni situazione meteorologica.

**fruibilità e
facilità d'uso**

**Accessibilità e
praticabilità**

Lo stato d'ansia, determinato nel malato di Alzheimer dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le sue esigenze e a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità. Se impedito nella sua pulsione al movimento, il malato può reagire con manifestazioni di insofferenza e, talvolta, di aggressività. Tenuto conto di tale pulsione, è opportuno che i malati possano vagabondare liberamente non solo all'interno del nucleo, ma anche in giardino, a prescindere dalla situazione meteorologica. D'altro canto, la libera frequentazione dell'area verde costituisce l'assunto sul quale si basa la tesi della terapeuticità dei giardini progettati a misura di malato di Alzheimer, in quanto la vita all'aperto non solo consente una maggiore libertà di azione e di movimento rispetto a quella possibile esclusivamente all'interno del nucleo, ma contribuisce anche a mantenere un relativo grado di autonomia, senza creare costrizioni e stress al paziente e al personale. Quindi, mantenere un rapporto diretto e continuo con la natura favorisce il benessere fisico e psicologico del malato. La costante accessibilità del giardino da parte del malato è realizzabile tramite un sistema di copertura, che protegga sia dalle precipitazioni, che dall'eccessivo soleggiamento, non solo il percorso di vagabondaggio, ma anche una sua parte.

Soluzione conforme



Giardino Alzheimer realizzato presso il nucleo Alzheimer di Montaione (Firenze), arch. G. Roselli

nuova costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 2 Planimetria in scala 1:200 del giardino con evidenziazione delle zone a cielo aperto e di quelle coperte



**orientamento
spaziale**

Comprensibilità
dello schema
distributivo

**fruibilità e
facilità d'uso**

Costituzione e
dimensiona-
mento degli
spazi

nuova costruzione

prescrittiva

recupero

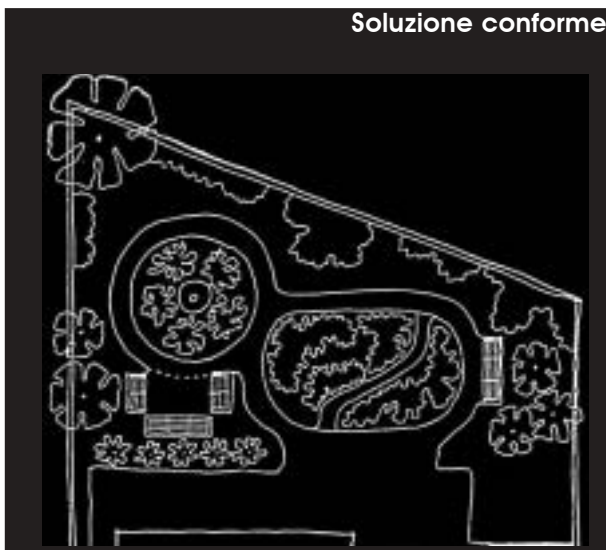
raccomandativa

Indicazione progettuale

Organizzare l'impianto distributivo intorno ad uno o più percorsi di vagabondaggio chiusi, ad andamento curvilineo.

Lo stato d'ansia, determinato nel malato di Alzheimer dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le proprie esigenze ed a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità; tendenza che rimane costante ed inalterata per lungo tempo nel decorso della malattia. Per questo vanno previsti dei percorsi che assecondino il vagabondare; che non presentino, nel loro andamento, occasioni di scelta, che potrebbero rivelarsi traumatiche e foriere di confusione o d'incertezza; che siano facilmente individuabili.

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione dei percorsi interni ed esterni tramite adeguata simbologia grafica

Indicazione progettuale

Adottare una conformazione degli spazi e una loro correlazione in modo da favorire il controllo visivo diretto del paziente da parte degli operatori.

I deterioramenti e le anomalie di comportamento indotti dalla malattia di Alzheimer richiedono una costante supervisione dei pazienti da parte degli operatori. I disturbi funzionali e cognitivi, quelli del comportamento, le spesso eccessive reazioni di carattere emotivo-psicologico (aggressività, stato d'ansia, delirio paranoide) e le altre di natura comportamentale (difficoltà ad individuare un potenziale pericolo, vagabondaggio afinalistico, pulsione alla fuga) evidenziano la necessità che il personale fruisca delle più agevoli condizioni di controllo visivo sul paziente, al fine di garantire la sua massima sicurezza. L'attività di controllo da parte del personale, fondamentale in ogni momento della giornata, può esser semplificata da una distribuzione e da una conformazione degli ambienti che prevedano i locali destinati alle attività comuni al centro dell'impianto planimetrico e le camere di degenza disposte intorno ad essi. Tale distribuzione spaziale permette e rende più efficace l'attività di supervisione da parte del personale grazie alla massimizzazione delle aree controllabili visivamente, tenuto conto, fra l'altro, che il rapporto numerico previsto fra operatori e malati non è mai superiore a 1:3/1:4.

fruibilità e facilità d'uso

Correlazione tra gli spazi

controllo

Consentire il controllo visivo da parte degli operatori

Soluzione conforme



costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.5 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione dei punti preferenziali di controllo e degli angoli liberi di visuale tramite adeguata simbologia grafica



orientamento spaziale

Comprensibilità dello schema distributivo

fruibilità e facilità d'uso

Costituzione e dimensionamento degli spazi

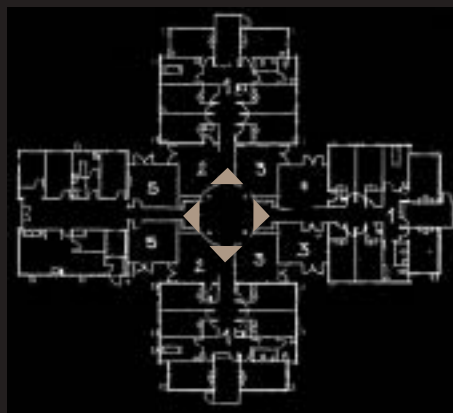
Indicazione progettuale

Privilegiare una disposizione delle camere di degenza in modo che siano facilmente raggiungibili dagli ambienti di vita comune.

Fra le deficienze tipiche della malattia di Alzheimer, la progressiva perdita della memoria compromette nel malato la capacità di orientarsi e di riconoscere gli spazi, con implicite ricadute nella sua sfera emotivo-psicologica e quindi nel suo comportamento. Emerge perciò la necessità che i vari ambienti del nucleo siano fra loro correlati in maniera semplice e chiaramente percepibile, al fine di diminuire gli stati di ansia spesso indotti dallo stato confusionale e dal disorientamento. Infatti, a causa delle ridotte capacità di identificazione cognitiva dei luoghi, spesso i pazienti non riescono ad individuare la collocazione della propria camera e sono ridotti nella loro possibilità di autonomia.



Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.3 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione delle destinazioni d'uso e delle correlazioni spaziali (distanze) e visive tra spazi comuni e camere di degenza

Indicazione progettuale

Prevedere l'accesso al giardino dagli ambienti comuni.

Lo stato d'ansia, indotto nel malato di Alzheimer dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le proprie esigenze e a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità. Se impedito nella sua pulsione al movimento, il malato può reagire con manifestazioni di insofferenza e, talvolta, di aggressività.

Poiché il vagabondaggio è una delle poche attività che rimane inalterata nel tempo, persino negli stadi avanzati della malattia, è comprensibile come essa vada assecondata ed incoraggiata, al fine anche di stimolare le capacità residue del malato.

In tal senso è utile che gli spazi verdi protetti siano facilmente raggiungibili dal malato, in modo tale da garantirgli libertà di movimento e autonomia decisionale. La facile accessibilità, la correlazione e la complanarità fra il nucleo e il giardino diventano quindi parametri necessari a garantire la fruizione autonoma dell'area verde.

fruibilità e facilità d'uso

Accessibilità e praticabilità

fruibilità e facilità d'uso

Correlazione tra gli spazi

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione degli accessi interno/esterno e con l'evidenziazione del percorso di vagabondaggio tramite adeguata simbologia grafica



orientamento spaziale

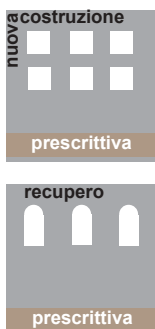
Comprensibilità
dello schema
distributivo

Indicazione progettuale

Nell'ambiente comune, separare chiaramente l'area destinata al pranzo, da quella del soggiorno e da quella per le attività terapeutiche. Lo schema planimetrico-distributivo deve consentire al malato l'immediata riconoscibilità della diversa funzione di tali aree.

La malattia di Alzheimer compromette le normali capacità cognitive dell'individuo, ne altera il comportamento e determina reazioni d'ansia, per la difficoltà del malato a comprendere e a farsi comprendere. In particolare, la progressiva perdita della memoria provoca numerosi deficit che, a lungo andare, si traducono anche nella difficoltà ad orientarsi nello spazio e a distinguere la diversa destinazione d'uso degli ambienti. Di fronte a soluzioni distributive complicate il malato, già incapace di operare scelte cognitivamente impegnate, tende a disorientarsi e a non essere più in grado di relazionarsi con lo spazio, con conseguenti stati d'ansia e di inquietudine. E' perciò necessario garantire al malato ambienti comuni comprensibili nella loro funzione, espliciti nella loro organizzazione distributiva, facilmente individuabili dal punto di vista visivo, che possano quindi rassicurarlo in quanto chiari nella connotazione e nella localizzazione.

Infatti è emerso che la multifunzionalità di una stessa area (ad esempio, il tavolo dell'area pranzo usato anche per un programma terapeutico) ha comportato effetti di disorientamento nei malati e la loro incapacità a portare a termine l'attività prevista. Se ne evince che se è utile avere un ambiente unico per la vita comune, è altrettanto indispensabile ordinarne la distribuzione in maniera esplicita per sotto aree funzionali.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.3 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione delle destinazioni d'uso

Indicazione progettuale

Nell'organizzazione degli ambienti comuni prevedere luoghi nei quali il paziente possa appartarsi, da solo o in piccola compagnia, pur non perdendo l'osservazione delle attività di gruppo.

benessere psicologico

Riservatezza e tranquillità degli spazi destinati ai malati

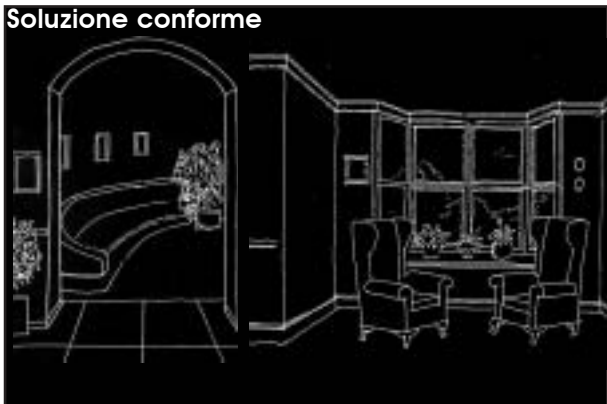
La malattia di Alzheimer determina un deterioramento cognitivo, comportamentale e funzionale. Ad esso il malato spesso reagisce con stati d'ansia e di depressione, anche associati a fenomeni allucinatori, a deliri, a comportamenti ossessivi che, manifestandosi in modo imprevedibile, pregiudicano la sua socialità e la sua sfera emotiva, rendendolo irritabile ed aggressivo.

A causa del citato deterioramento delle sue facoltà e dei disturbi ricordati ad esso collegati, il malato, quando coinvolto in attività terapeutiche di gruppo, può reagire tanto con una diminuzione del rendimento applicativo, tanto con comportamenti impropri, quanto con apatia e tendenza ad alienarsi dal gruppo.

In ogni momento della giornata, quindi, il malato di Alzheimer deve avere la possibilità di scegliere autonomamente di vivere la socialità o di isolarsi.

Da qui la necessità di spazi che garantiscano momenti di privacy al malato e, al contempo, facilitino il suo reinserimento nelle attività collettive.

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.3 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione delle zone di conversazione, di soggiorno e degli spazi ai quali afferiscono tramite adeguata simbologia



orientamento spaziale

Comprensibilità
dello schema
distributivo

fruibilità e facilità d'uso

Costituzione e
dimensiona-
mento degli
spazi

Indicazione progettuale

Lo sviluppo dei percorsi di vagabondaggio deve essere contenuto e deve risultare facilmente individuabile.

A causa della perdita della memoria, la capacità di identificazione cognitiva dei luoghi da parte del malato di Alzheimer si riduce soprattutto se egli si trova di fronte a soluzioni distributive complesse ed a dimensioni che non riesce a dominare. Ne consegue in lui uno stato di disorientamento e d'inquietudine che lo porta perfino a non essere in grado di muoversi autonomamente.

Anche percorsi di vagabondaggio troppo lunghi possono disorientare, agitare e scoraggiare il paziente che, sebbene mosso dalla continua pulsione all'errare, necessita di poter controllare visivamente lo spazio circostante, per non perdere riferimenti noti. La constatazione che il vagabondare rimane costante persino negli stadi avanzati della malattia, avvalorata la necessità di dover rivolgere attenzione particolare alla definizione dei percorsi ad esso dedicati.

nuova costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione delle distanze massime di percorrenza tra aree funzionali (camere/cucina, camere/soggiorno, soggiorno/cucina, ecc.) e dello sviluppo complessivo

interno
esterno

Indicazione progettuale

Nel percorso di vagabondaggio interno ed esterno, prevedere zone di interesse ad esso tangenti, per stimolare l'attenzione e l'orientamento del paziente.

**orientamento
spaziale**

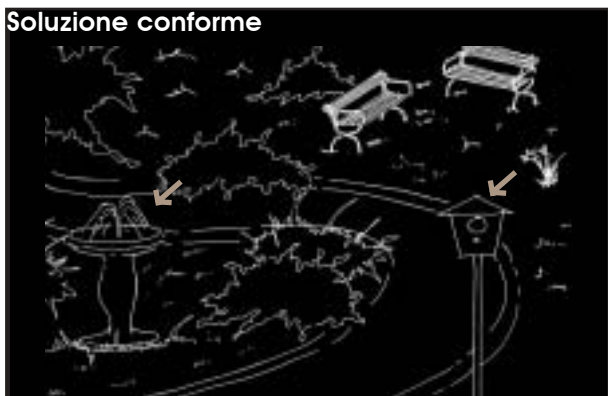
Comprensibilità
dello schema
distributivo

Lo stato d'ansia, determinato nel malato di Alzheimer dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le sue esigenze e a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità.

Per questo motivo è importante che il percorso sia ritmato da zone che stimolino il suo interesse, accendano la sua attenzione e lo distolgano dal continuo errare.

Oltre a zone di sosta e di riposo, ombreggiate e dotate di panchine, il percorso deve presentare punti di riferimento e di attrazione (piante dai colori vivi e dal profumo coinvolgente, zone destinate all'orticoltura, voliere, serre, fontane, ecc.) Il percorso, in altri termini, deve essere concepito come un circuito che propone una serie di "incontri" atti a stimolare la curiosità e l'orientamento del malato, il cui fine terapeutico è il recupero di una sua partecipata attenzione verso la realtà esterna. Anche la presenza di animali domestici, seppure limitata a poche specie, rende completa la stimolazione sensoriale dell'ambiente naturale e crea ulteriori punti di attrazione lungo il percorso.

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione dei percorsi interni ed esterni e delle aree servite, con relative destinazioni d'uso, con localizzazione degli elementi di orientamento e specifica della loro natura (elemento architettonico/ d'arredo/ elemento naturale) tramite adeguata simbologia grafica

sicurezza

Controllo delle
cause di cadute

sicurezza

Controllo delle
cause di urti

fruibilità e facilità d'uso

Accessibilità e
praticabilità

nuova
costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Indicazione progettuale

*Prevedere percorsi liberi da ostacoli e privi di
dislivelli e barriere.*

La malattia di Alzheimer, di per sé – e a causa della condizione di senilità del malato –, determina deterioramenti tali da condizionare il coordinamento motorio del malato e la sua capacità di compiere movimenti mirati. A peggiorare il quadro clinico intervengono disturbi visivi che alterano la percezione del rapporto particolare/sfondo e riducono l'acuità visiva, così che risulta compromessa la capacità del malato di individuare perfettamente la conformazione degli ambienti. Lo strumento decisionale a disposizione del progettista può pervenire a risposte risolutive dei problemi posti da tali deficit del malato, attraverso un controllo dell'ambiente in termini di sicurezza e di fruibilità. E' necessario pertanto farsi cura che i piani di calpestio non presentino ostacoli al moto né occasioni improvvise di perdita di equilibrio, che non siano presenti negli ambienti – interni ed esterni – elementi difficilmente individuabili, per trasparenza o per dimensioni o per scarso contrasto cromatico.

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione dei percorsi interni ed esterni, dei dislivelli, delle eventuali pendenze e relative rampe, tramite opportuna simbologia grafica e quote altimetriche

interno
esterno

Indicazione progettuale

Prevedere la complanarità dei piani di calpestio dei percorsi, delle aree di sosta e del tappeto erboso.

Per interventi su edifici esistenti, nel caso di dislivelli ineliminabili, prevedere rampe dalla pendenza contenuta.

La malattia di Alzheimer – di per sé ed anche a causa della condizione di senilità del malato – determina deterioramenti e anomalie, che si esprimono nell'incapacità a compiere movimenti mirati e in una ridotta abilità di coordinamento motorio. Al contempo, lo stato d'ansia, determinato nel malato di Alzheimer dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le sue esigenze e a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità.

Pertanto, lo schema planimetrico del giardino deve garantire condizioni di fruibilità tali da compensare le difficoltà motorie del paziente.

E' evidente infatti che le differenze di quota ostacolano, o comunque rendono più difficoltosi e soprattutto meno sicuri, gli spostamenti autonomi dei pazienti.

Proprio il riappropriarsi di condizioni di autonomia nella gestione di sé da parte del malato, è inteso come fondamentale traguardo del programma riabilitativo espresso dagli ambienti protesici.

fruibilità e facilità d'uso

Accessibilità e
praticabilità

sicurezza

Controllo delle
cause di cadute

Soluzione conforme



costruzione

nuova



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.1 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione delle quote planimetriche ed altimetriche
- TAV.9 Sezioni in scala 1:100 con l'indicazione delle quote altimetriche

benessere visivo

Controllo qualità, quantità e collocazione fonti d'illuminazione

benessere psicologico

Controllo dell'illuminazione e dell'abbagliamento

Indicazione progettuale

Evitare che il malato possa incorrere in fenomeni d'abbagliamento nel passare dall'interno del nucleo al giardino.

La malattia di Alzheimer, insieme alla condizione di senilità, è responsabile di numerosi deficit a carico del sistema visivo, quali la riduzione dell'acuità visiva, la minore sensibilità ai contrasti, la difficoltà a percepire le distanze e la vulnerabilità all'abbagliamento. In particolare quest'ultima, in sinergia con l'incapacità del malato di distinguere la realtà dai prodotti della sua fantasia, è responsabile di stati allucinatori.

L'improvvisa luminosità alla quale egli può essere sottoposto nel passare dall'interno all'esterno, può spingerlo ad interpretare l'abbagliamento o l'ombra come presenza reale di una persona a lui ostile. Si tratta di delirio paranoide, cioè della convinzione, non fondata e di natura persecutoria, di trovarsi innanzi a qualcuno ostile. Ciò turba il malato e pregiudica la sua sfera emotivo-psicologica, rendendolo irritabile e aggressivo. Per tale motivo, è necessario che l'accesso al giardino sia mediato in modo tale che il salto di luminosità risulti filtrato e meno invasivo.

nuova costruzione

raccomandativa

recupero

raccomandativa



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione degli accessi interno/esterno e degli accorgimenti utilizzati per filtrare il passaggio interno/esterno

interno
esterno

Indicazione progettuale

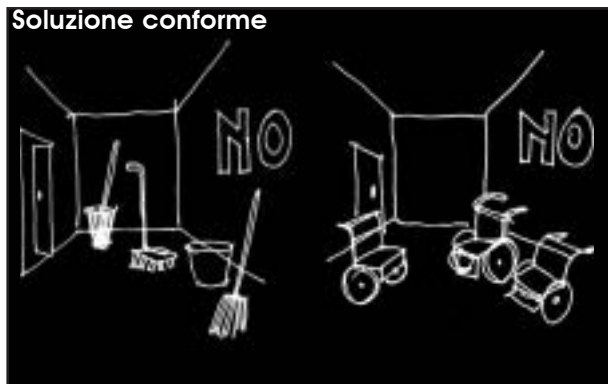
Rendere interdette al paziente le seguenti unità spaziali: deposito per attrezzature di pulizia, rimessa per sedie a rotelle, deposito biancheria e ricovero attrezzi.

sicurezza

Accessibilità
limitata di spazi

I deterioramenti cognitivi indotti dall'Alzheimer, in primo luogo la perdita della memoria, riducono le capacità intellettive del malato e le rendono simili a quelle di un bambino, di età via via decrescente, in rapporto al progredire della malattia. Tale condizione comporta difficoltà da parte del malato di Alzheimer a riconoscere potenziali fonti di pericolo. Al contempo, lo stato d'ansia, determinato nel malato dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le sue esigenze ed a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità. Poiché il vagabondaggio è una delle poche attività che rimane inalterata nel tempo, persino negli stadi più avanzati della malattia, è comprensibile come essa vada assecondata ed incoraggiata, al fine anche di stimolare le capacità residue del malato. La libertà di spostamento del malato costituisce, quindi, un requisito fondamentale nella progettazione degli spazi per dementi. E' altrettanto evidente, però, che il rispetto della sua sicurezza sia assunto come fondamento progettuale.

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.3 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione delle unità spaziali accessibili e non ai pazienti e delle soluzioni adottate per rendere inaccessibili gli spazi predetti



orientamento spaziale

Comprensibilità
degli spazi

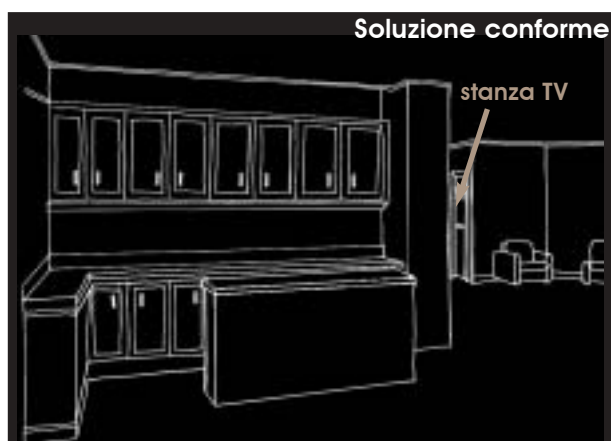
fruibilità e facilità d'uso

Accessibilità e
praticabilità

Indicazione progettuale

Evitare negli ambienti comuni la presenza di porte, eccezione fatta per il locale tv e per quello destinato alla musicoterapia.

Le deficienze cognitive costituiscono la principale manifestazione clinica della malattia di Alzheimer. La progressiva perdita della memoria provoca nel malato una serie di deficit che si riverberano sulla sua capacità ad orientarsi nello spazio. A causa di tali carenze mnemoniche, quindi, il malato tende a perdersi anche in ambienti a lui noti. Non solo, di fronte a soluzioni articolate, egli è incapace di operare scelte cognitive, si disorienta e non è più in grado di muoversi autonomamente, con conseguenti stati d'ansia e d'inquietudine. La separazione dei diversi locali destinati alla vita comune e alle attività terapeutiche contribuisce a confondere i pazienti, che possono non ricordare la collocazione di un ambiente oppure la funzione che in esso si svolge. E' opportuno invece che i vari locali, pur mantenendo costante la propria connotazione funzionale, siano raggiungibili visivamente, in modo che il malato possa identificarli e orientarsi con più facilità ed essere anche stimolato a partecipare alle attività proposte dal programma terapeutico.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.7 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione dei percorsi e delle posizioni di porte e finestre tramite adeguata simbologia grafica

Indicazione progettuale

Evitare le porte scorrevoli negli ambienti destinati al paziente.

Poiché il morbo di Alzheimer comporta una progressiva compromissione della memoria, della vista, della capacità di calcolo e di giudizio, nonché di trattenere nuove informazioni, il malato si trova in una situazione di svantaggio nei confronti dell'ambiente.

Qualunque elemento (oggetto, arredo, aspetto dell'edificio) che non rientra nelle informazioni acquisite dal malato, lo confonde e lo turba e non si presta ad essere fruito autonomamente da lui. E' necessario, quindi, rendere riconoscibile e familiare l'ambiente a lui pertinente.

benessere psicologico

Riconoscibilità e facile individuazione di elementi tecnici

fruibilità e facilità d'uso

Riconoscibilità e familiarità di elementi tecnici

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.7 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione delle porte interne ed esterne, delle modalità di apertura (ad ante incernierate) e del senso di apertura



sicurezza

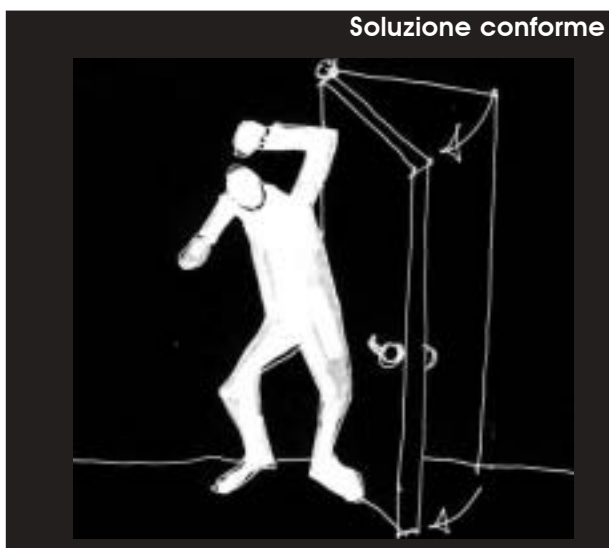
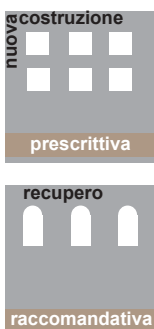
Controllo delle cause di urti

Indicazione progettuale

Prevedere per le porte modalità d'apertura tali da non costituire ostacolo al moto e causa di infortuni in caso d'urto.

I deterioramenti cognitivi indotti dall'Alzheimer riducono le capacità del malato e le rendono simili a quelle di un bambino, di età via via decrescente, in rapporto al progredire della malattia.

Tale condizione comporta nel malato difficoltà a riconoscere potenziali fonti di pericolo; può, quindi, accadere che durante il vagabondaggio egli urti contro una porta non riconosciuta come tale.



Soluzione conforme

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.7 Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con l'indicazione delle porte interne ed esterne, delle modalità di apertura (con ante incernierate) e del senso di apertura



Indicazione progettuale

Evitare pareti vetrate continue (dal pavimento al soffitto).

La malattia di Alzheimer – di per sé ed anche a causa della condizione di senilità del malato – è responsabile di deterioramenti a carico del sistema visivo, che si traducono in alterazioni della percezione particolare/sfondo, nella riduzione dell'acuità visiva, in minore sensibilità ai contrasti cromatici, in difficoltà a percepire le distanze, nonché in vulnerabilità all'abbagliamento. Tale condizione è aggravata dalle deficienze cognitive indotte dalla malattia che, a lungo andare, azzerano la capacità del malato di interpretare correttamente l'ambiente circostante.

E' possibile quindi che il malato non riesca a percepire la presenza di una parete vetrata e che, nel tentativo di raggiungere l'esterno, ci sbatta contro. In opposizione od in alternativa, il malato, sempre per le cause sopra dette, di fronte ad una vetrata intera può reagire in modo allucinatorio, credendo l'esterno una rappresentazione.

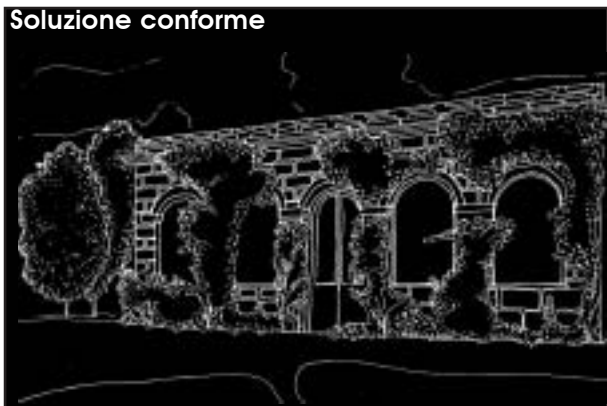
benessere psicologico

Riconoscibilità e facile individuazione di elementi tecnici

sicurezza

Controllo delle cause di urti

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.8 Prospetti in scala 1:100 con l'indicazione delle partiture e delle dimensioni degli infissi



orientamento temporale

Consentire la percezione della dimensione temporale

Indicazione progettuale

Privilegiare una disposizione delle finestre sul paesaggio circostante, in modo da stimolare nei pazienti l'orientamento temporale.

Per il malato di Alzheimer é difficile comprendere lo scorrere del tempo, distinguere le varie stagioni dell'anno oppure il giorno dalla notte. Questo può derivare dalla confusione indotta dalla degenerazione cerebrale e, in particolare modo, dalla perdita di memoria. Anche il normale equilibrio dei ritmi circadiani risulta alterato nel paziente con demenza, con conseguenti stati d'ansia e di smarrimento, che contribuiscono ad accentuare depressione ed estraniamento dalla realtà. Per ridurre l'ansia nel malato, i programmi terapeutici si attengono ad una routine regolare, con eventi che scandiscono e strutturano la giornata, facendo sì che essa non diventi una successione di fatti imprevedibili. Può essere quindi utile un rapporto del malato con l'esterno che stimoli i processi della memoria attraverso la constatazione della variazione del tempo nell'arco della giornata e, anche, delle stagioni nell'arco dell'anno.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.7 Pianta in scala 1:100 con l'indicazione delle visuali principali e delle posizioni delle finestre in relazione all'esterno visibile
- TAV.9 Sezioni longitudinali e trasversali in scala 1:100 con l'indicazione delle caratteristiche dell'esterno visibile

Indicazione progettuale

Nella definizione delle finestre adottare delle dimensioni ed una localizzazione che permettano di guardare fuori senza sporgersi.

sicurezza

Controllo delle cause di cadute

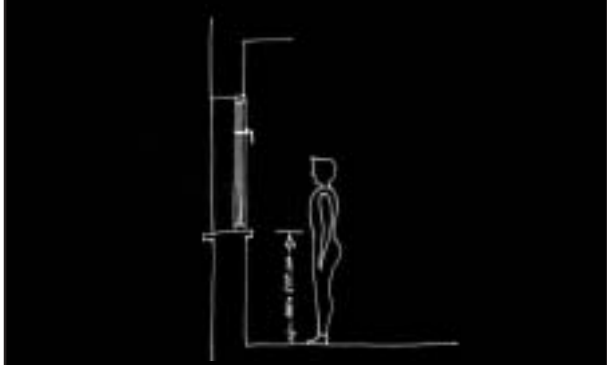
sicurezza

Controllo delle cause di fuga

I deterioramenti cognitivi indotti dall'Alzheimer, in primo luogo la perdita della memoria, riducono progressivamente le capacità intellettive del malato al punto che egli non riconosce potenziali fonti di pericolo.

Così, se l'altezza da terra della finestra non è opportunamente calibrata, può accadere che il malato, sporgendosi, cada. Inoltre, finestre facilmente scavalcabili possono rappresentare occasione di fuga, desiderio spesso presente nel malato, per le sue condizioni di deterioramento cognitivo. Il voler fuggire è, infatti, dovuto alla perdita di riferimenti logici con l'ambiente, al senso di estraneità nei confronti di una realtà che non riconosce come propria ed è enfatizzato dalla tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità. In altre parole, durante il vagabondaggio, se il paziente trova lungo il percorso finestre facilmente scavalcabili cerca automaticamente di oltrepassarle.

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.10 Sezioni schematiche verticali in scala 1:50 dei diversi tipi di finestre con l'indicazione delle quote principali (davanzale o parapetto misurato rispetto al filo esterno della facciata)

sicurezza

Controllo delle cause di cadute

sicurezza

Controllo delle cause di fuga

nuova costruzione

raccomandativa

recupero

raccomandativa

Indicazione PROGETTUALE

Qualora le finestre siano prospicienti ad uno spazio non di pertinenza del nucleo, prevedere l'apertura della sola parte superiore dell'infixo.

I deterioramenti cognitivi indotti dall'Alzheimer, in primo luogo la perdita della memoria, riducono le capacità intellettive del malato e le rendono simili a quelle di un bambino, di età via via decrescente, in rapporto al progredire della malattia. Tale condizione comporta difficoltà da parte del malato a riconoscere potenziali fonti di pericolo. Così la finestra, se può essere facilmente scavalcata, rende possibile la fuga, così come l'accidentale caduta.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.4 Pianta in scala 1:100 con l'indicazione del tipo di spazio prospiciente (strada, altra proprietà)

Indicazione progettuale

Prevedere per le finestre schermature e/o qualsiasi altra soluzione che eviti fenomeni di abbagliamento o pronunciati giochi di ombre.

benessere psicologico

Controllo dell'illuminazione e dell'abbagliamento

La malattia di Alzheimer, insieme alla senilità, è responsabile di numerosi deficit del sistema visivo, quali l'alterazione della percezione particolare/sfondo, la riduzione dell'acuità visiva, la minore sensibilità ai contrasti, la difficoltà a percepire le distanze e la vulnerabilità all'abbagliamento. In particolare quest'ultima, in concomitanza con l'incapacità del malato di distinguere la realtà dai prodotti della sua fantasia, è responsabile di stati allucinatori.

L'eccesso di soleggiamento o i giochi d'ombre possono, quindi, generare in lui l'interpretazione dell'abbagliamento o dell'ombra come presenza reale di una persona. Si tratta di delirio paranoide e cioè della convinzione, non fondata e quasi di natura persecutoria, di trovarsi innanzi a qualcuno ostile. Tali episodi turbano il malato e pregiudicano la sua sfera emotivo-psicologica, rendendolo irritabile e aggressivo.

Soluzione conforme



costruzione



raccomandativa

recupero



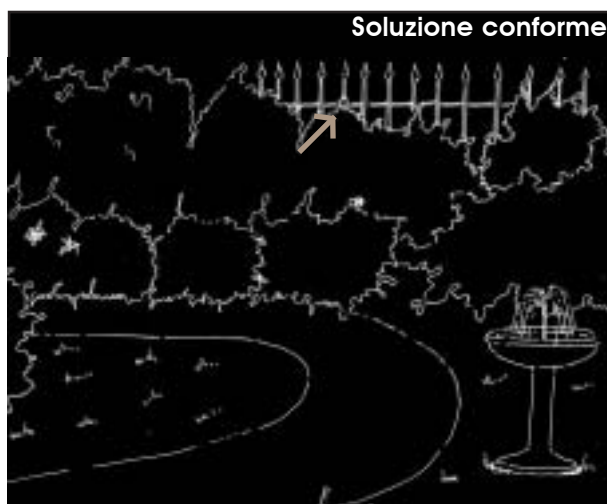
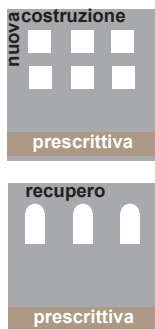
raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.10 Sezione schematica verticale in scala 1:50 dei tipi di finestre con l'indicazione delle quote principali (davanzale o parapetto misurato rispetto al filo esterno della facciata) e delle soluzioni adottate per evitare la penetrazione del sole

sicurezzaControllo delle
cause di fuga**Indicazione progettuale***Occultare il cancello d'ingresso al nucleo e la recinzione del giardino.*

La tendenza alla fuga, tipica del malato di Alzheimer, è dovuta alla perdita di riferimenti logici con l'ambiente, al senso di estraneità nei confronti della realtà ed è enfatizzata dalla tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità che egli presenta. In altre parole, durante il vagabondaggio, se il paziente trova lungo il percorso porte facilmente individuabili od ostacoli facilmente superabili (ad esempio recinzioni o cancelli bassi e riconoscibili) cerca automaticamente di oltrepassarli. Quando ciò accade, il paziente rischia di perdersi e di non saper più tornare indietro, considerati fra l'altro i suoi deficit cognitivi connessi alla difficoltà di orientamento nello spazio.

**Localizzazione dell'informazione progettuale**

- TAV.4 Pianta in scala 1:100 con l'indicazione degli accessi, delle recinzioni e degli accorgimenti adottati
- TAV.9 Sezioni in scala 1:100 della recinzione

UNITA' SPAZIALE

Indicazione progettuale

Prevedere la possibilità da parte del malato di personalizzare la camera di degenza.

Le persone affette da Alzheimer hanno bisogno di vivere in ambienti simili a quelli domestici.

La possibilità di personalizzare la propria camera di degenza diventa fatto fondante non solo per supportare il senso di individualità del malato, ma soprattutto per organizzargli una serie di stimoli, di memorie del proprio passato, utili a compensare i suoi deficit. Che il malato abbia a disposizione un ambiente suo, personale, arredato con oggetti a lui cari e familiari, è terapeutico nella stessa misura in cui quest'ambiente consente momenti di autonomia dal gruppo, di pausa dallo stimolo costante delle attività terapeutiche.

benessere psicologico

Riservatezza e tranquillità degli spazi destinati ai malati

benessere psicologico

Riconoscibilità e facile identificabilità di spazi ed arredi

Soluzione conforme



nuova costruzione



raccomandativa

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.3 Pianta in scala 1:100 con l'indicazione delle camere di degenza per tipo



benessere psicologico

Riservatezza e
tranquillità degli
spazi destinati
ai malati

Indicazione progettuale

*Evitare che la porta del bagno afferente alla camera di
degenza sia in asse con quella della camera stessa.*

La tutela della privacy e della dignità del malato costituisce un obiettivo di fondamentale importanza nell'organizzazione degli spazi destinati ai pazienti con demenza di tipo Alzheimer. Poiché la camera di degenza è l'ambiente nel quale, più che in altri, il malato si ritira alla ricerca di tranquillità e di riservatezza, è necessario evitargli con opportune scelte progettuali, che si verifichino occasioni di disagio.



Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.7 Pianta in scala 1:100 con l'indicazione dei percorsi e delle posizioni di porte e finestre tramite adeguata simbologia grafica

UNITA' SPAZIALE

Indicazione progettuale

Evitare la collocazione della televisione negli ambienti comuni e prevedere una sala dedicata alle proiezioni televisive.

I deterioramenti a carico del sistema uditivo comportano nel malato ridotta tollerabilità 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. I suoni prodotti dalla televisione, ad esempio, oltre a infastidire i malati coinvolti in attività di gruppo, possono essere causa di allucinazioni uditive. Il malato potrebbe attribuire i suoni emessi dalla televisione a persone reali e andare incontro, così, a episodi di delirio e di aggressività. D'altro canto le immagini televisive possono costituire anch'esse causa di turbamento e generare forme simili di allucinazione. 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. Consentire solo a quei malati che non incorrono in stati allucinatori di seguire i programmi televisivi risulta un atto di affermazione della loro autonomia e, al contempo, un segno di rispetto verso le diverse necessità altrui.

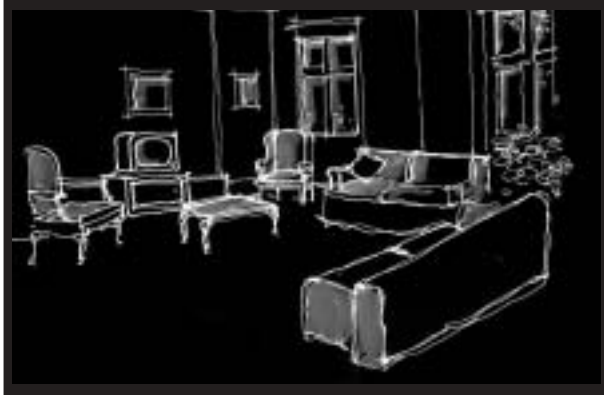
benessere psicologico

Controllo delle fonti di suono e di rumore

benessere acustico

Controllo delle fonti di suono e di rumore

Soluzione conforme



costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.3 Pianta in scala 1:100 con l'indicazione della sala tv e della localizzazione della televisione

**fruibilità e
facilità d'uso**

Accessibilità e
praticabilità

Indicazione progettuale

Prevedere un sistema di copertura per il percorso di vagabondaggio, al fine di permettere la sua libera fruizione con ogni situazione meteorologica.

Lo stato d'ansia, determinato nel malato di Alzheimer dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le sue esigenze e a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità.

Se impedito nella sua pulsione al movimento, il malato può reagire con manifestazioni di insofferenza e, talvolta, di aggressività. Perciò è opportuno che i malati possano vagabondare liberamente non solo all'interno del nucleo, ma anche in giardino, a prescindere dalla situazione meteorologica. D'altro canto, la libera frequentazione dell'area verde costituisce l'assunto sul quale si basa la tesi della terapeuticità dei giardini progettati a misura di malato di Alzheimer: la vita all'aperto consente al paziente una maggiore libertà di azione e di movimento contribuendo al suo benessere fisico e psicologico.



Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Pianta in scala 1:100 con l'indicazione dei percorsi del giardino, delle aree coperte e non

Indicazione progettuale

Nella progettazione illuminotecnica prevedere un sistema di illuminazione che permetta la fruizione del giardino nelle ore di buio.

benessere visivo

Controllo qualità, quantità e collocazione fonti d'illuminazione

La necessità di prevedere una corretta illuminazione degli spazi esterni è fattore imprescindibile quando si progettano nuclei destinati a malati di Alzheimer. La tendenza compulsiva al vagabondare dei malati spesso non trova riduzione né durante le ore notturne né in condizioni climatiche inclementi.

Ciò comporta la previsione di un sistema d'illuminazione che renda chiaramente e uniformemente percepibile il piano di calpestio del percorso esterno, con punti luce in numero e in tipo di illuminamento adeguati, ma, al contempo, partecipi dei deficit ottico-percettivi dei pazienti nonché di quelli cognitivi, in primo luogo la difficoltà a dominare l'abbagliamento luminoso senza subire crisi di allucinazioni o di panico.

Soluzione conforme



costruzione



raccomandativa

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.6 Pianta in scala 1:100 con l'indicazione della localizzazione degli apparecchi illuminanti, della loro tipologia e del loro campo d'illuminazione

Pd

Us30VI

PROGETTO DEFINITIVO

esterno

UNITA' SPAZIALE

**benessere
psicologico**

Controllo dell'illuminazione e dell'abbagliamento

sicurezza

Controllo delle cause di cadute

Indicazione progettuale*Evitare specchi d'acqua ferma, a livello del piano di calpestio.*

L'acqua è un elemento connaturato al giardino e può costituire per il malato uno stimolo interessante (uno zampillo o una fontana possono creare uno stimolo uditivo e incuriosire il malato). Tuttavia la sua presenza deve essere pensata in modo tale da contrastare i possibili effetti negativi: ad esempio, il rischio di reazioni di panico da parte del malato nel caso in cui veda la sua immagine riflessa dall'acqua. Infatti, l'incapacità del malato di distinguere la realtà dai prodotti della sua fantasia può indurlo ad interpretare la sua immagine riflessa come altra persona scatenandogli la convinzione, non fondata e di natura persecutoria, di trovarsi innanzi a qualcuno ostile. Tali episodi turbano il malato e pregiudicano la sua sfera emotivo-psicologica, rendendolo irritabile e aggressivo. Inoltre, la presenza di specchi d'acqua può far desiderare al paziente di immergersi, con conseguenti, molteplici rischi.

nuova
costruzione

prescrittiva

recupero



prescrittiva

Soluzione conforme**Localizzazione dell'informazione progettuale**

- TAV.3 Pianta in scala 1:100 con l'indicazione di eventuali elementi d'acqua e loro tipologia

interno
esterno

Indicazione progettuale

Scegliere tipi di pavimentazione che consentano al paziente di camminare agevolmente, rispettando la sua tendenza a trascinare i piedi. Evitare soluzioni con materiali che presentino un'apprezzabile deformazione sotto carico, quali moquette, sabbia, ghiaia, terreno sciolto.

La malattia di Alzheimer – di per sé ed anche a causa della condizione di senilità del malato –, determina deterioramenti ed anomalie, che si esprimono nell'incapacità a compiere movimenti mirati e in ridotta abilità di coordinamento motorio. Al contempo, lo stato d'ansia, determinato nel malato dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le sue esigenze ed a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità.

Poiché il vagabondaggio è una delle poche attività che rimane inalterata nel tempo, persino negli stadi avanzati della malattia, è comprensibile come essa vada assecondata ed incoraggiata, al fine anche di stimolare le capacità residue del malato. In tal senso è necessario che le pavimentazioni siano progettate in modo da permettere al malato di camminare con agevolezza e senza incorrere in possibili incidenti.

fruibilità e facilità d'uso

Accessibilità e
praticabilità

sicurezza

Controllo delle
cause di cadute

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Pianta in scala 1:50 con indicazione dei tipi di pavimentazione e della geometria di posa in opera con riferimenti codificati alle prescrizioni capitolari
- Prescrizione capitolare relativa ai tipi di pavimentazione, con l'indicazione del materiale, del colore, del formato, della superficie e del coefficiente di attrito



fruibilità e facilità d'uso

Accessibilità e
praticabilità

sicurezza

Controllo delle
cause di cadute

benessere psicologico

Riservatezza e
tranquillità degli
spazi riservati
ai pazienti

Indicazione progettuale

I pavimenti devono essere perfettamente complanari fra loro, omogenei nel materiale, nella texture e nella componente cromatica. Evitare pavimentazioni con giunti evidenti.

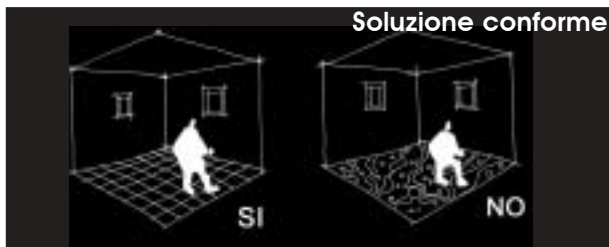
Il malato di Alzheimer presenta una tendenza compulsiva al vagabondaggio che, connessa ai deficit psicomotori collegati alla specificità della malattia o alla condizione di senilità (incapacità a compiere movimenti mirati, ridotte abilità di coordinamento del movimento), lo espone al pericolo di cadute. Considerate anche l'inclinazione a trascinare i piedi e la difficoltà ad individuare eventuali ostacoli e a superare pendenze, sia pure minime, è frequente che il malato possa inciampare. E' quindi necessario controllare le cause di caduta, pur facilitando in ogni modo la mobilità autonoma del malato. Ad aumentare il rischio di cadute contribuiscono i deterioramenti a carico del sistema visivo e, in particolare, l'incapacità a discernere correttamente la dimensione della profondità e, quindi, a distinguere il particolare dallo sfondo. Essi inducono nel malato uno stato confusionale che è avvalorato dai deficit cognitivi propri della malattia di Alzheimer. Tale stato confusionale induce il malato ad interpretare le possibili variazioni nella tessitura del pavimento e nel materiale così come l'eventuale alternanza della componente cromatica come variazioni di quota, come buchi. Ad esse reagisce con paura, bloccandosi o, qualora la variazione morfologica o materica sia al centro della superficie, camminando rasente al muro per evitarla.



prescrittiva



prescrittiva



Soluzione conforme

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.2 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione dei tipi di pavimentazione, della geometria di posa in opera, del tipo di materiale, di formato e dei dislivelli minimi in corrispondenza delle soglie interno/esterno
- Prescrizione capitolare relativa ai tipi di pavimentazione, con l'indicazione del materiale, del colore, del formato, della superficie e del coefficiente di attrito

Indicazione progettuale

Prevedere il contrasto visivo tra il pavimento e le pareti.

La malattia di Alzheimer è responsabile di deterioramenti a carico del sistema visivo che si traducono, tra gli altri, nell'incapacità di leggere la terza dimensione e nella ridotta sensibilità ai colori, soprattutto se tra loro simili.

Questi deterioramenti impediscono al malato di cogliere la profondità dell'ambiente in cui si trova, facendogli percepire lo spazio in modo piatto: ad esempio, la percezione della reale dimensione di una stanza da parte del malato è resa problematica dall'incapacità di distinguere con precisione la linea di demarcazione tra pavimento e parete.

Una più corretta ed 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.

benessere visivo

Capacità di stimolare una adeguata percezione delle immagini

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.1 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione delle finiture superficiali e relativa legenda con l'esplicitazione delle caratteristiche della finitura tramite simbologia grafica convenzionale o codificata

sicurezza

Controllo delle cause di cadute

benessere visivo

Capacità di stimolare una adeguata percezione delle immagini

nuova costruzione

prescrittiva

recupero

raccomandativa

Indicazione progettuale

Nel caso di presenza di scale, prevedere la differenziazione fra alzata e pedata di ogni gradino.

La malattia di Alzheimer, accompagnata dalla condizione di senilità, è responsabile di numerosi deficit a carico del sistema visivo, quali la riduzione dell'acuità visiva, la difficoltà a percepire le distanze, l'alterazione della percezione particolare/sfondo, la minore sensibilità ai contrasti cromatici e la difficoltà a cogliere la profondità.

Questi deficit pongono il paziente in una condizione di svantaggio nei confronti dell'ambiente e, mentre concorrono a determinare possibili incidenti, compromettono la sua già ridotta capacità di operare scelte autonome, con implicite ricadute emotivo-psicologiche.

In particolar modo, la presenza di scale in un nucleo Alzheimer costituisce un elemento di indubbio limite e di effettivo pericolo per i pazienti, anche per quelle man-canze a carico del sistema motorio, dovute alla vecchiaia, che possono rendere loro faticoso e difficile il superamento di dislivelli, seppur minimi.

Quindi per i centri Alzheimer di nuova costruzione, è necessario evitare il ricorso a scale. Per i centri previsti in un edificio già esistente, in cui siano presenti scale, si dovrà creare la più favorevole condizione di autonoma fruizione della barriera architettonica, attraverso soluzioni progettuali che ne garantiscano anche la facile individuazione.

Soluzione conforme

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.1 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione delle finiture superficiali fornite dai sistemi codificati
- Prescrizione capitolare relativa ai tipi di pavimentazione, con l'indicazione del materiale, del colore e della superficie



Indicazione progettuale

Negli angoli delle pareti, evitare soluzioni a spigolo vivo.

La malattia di Alzheimer – di per sé ed anche a causa della condizione di senilità –, è responsabile di deterioramenti tali da condizionare il coordinamento motorio del malato e la sua capacità di compiere movimenti mirati.

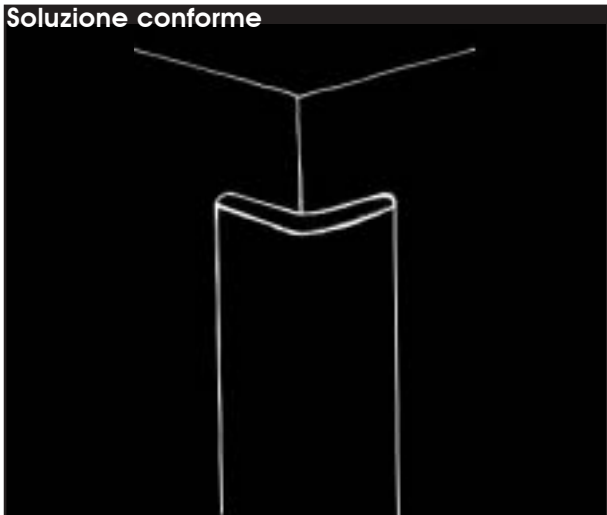
A peggiorare il quadro clinico intervengono disturbi visivi che si traducono in alterazioni della percezione particolare/sfondo, in riduzione dell'acuità visiva, in minore sensibilità ai contrasti cromatici, in difficoltà a percepire le distanze, nonché in vulnerabilità all'abbagliamento.

Tale condizione impedisce al malato di interpretare correttamente l'ambiente circostante, per cui è possibile che egli, durante il suo vagabondare afinalistico, non riesca a percepire con esattezza lo spazio e scontri contro gli angoli delle pareti, ferendosi.

sicurezza

Controllo delle cause di urti

Soluzione conforme



nuova costruzione



raccomandativa

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.9 Particolare costruttivo tipo in scala 1:5 della soluzione adottata per evitare gli spigoli vivi
- Prescrizione capitolare relativa alla soluzione adottata per evitare gli spigoli vivi



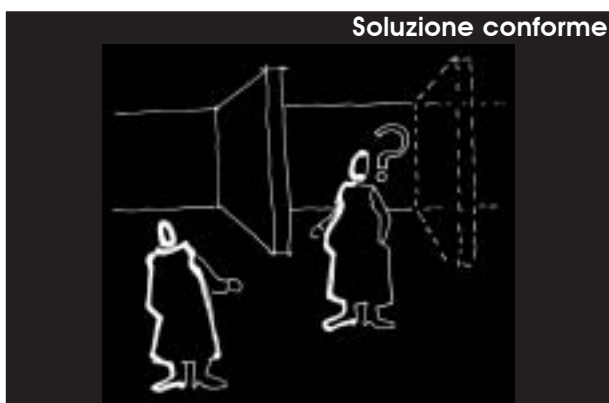
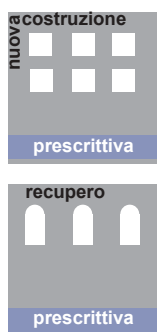
orientamento spaziale

Comprensibilità
dello schema
distributivo

Indicazione progettuale

Nella progettazione d'interni, evitare il ricorso a pareti mobili perché la conformazione degli spazi rimanga costante.

La malattia di Alzheimer compromette le normali capacità cognitive del malato; in particolare, la progressiva perdita della memoria da parte del malato provoca deficit che determinano difficoltà ad orientarsi nello spazio ed a distinguere la diversa destinazione d'uso degli ambienti. Il malato, quindi, necessita di vivere in luoghi che non subiscano variazioni o di assetto morfologico o di organizzazione funzionale, in quanto la stabilità di oggetti e di arredi e delle loro collocazione lo rassicura nei suoi comportamenti, lo sostiene nelle sue capacità decisionali residue e ne favorisce l'autonomia. Viceversa, il malato, di fronte a soluzioni distributive mutevoli, tende a disorientarsi ed a non essere più in grado di relazionarsi con lo spazio, con conseguenti stati d'ansia e d'inquietudine. E' perciò necessario garantire al malato ambienti dalla conformazione costante, facilmente individuabili dal punto di vista visivo, che possano quindi rassicurarlo in quanto chiari nella connotazione e nella localizzazione.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa agli arredi

Indicazione progettuale

Nella progettazione illuminotecnica, prevedere un livello d'illuminamento minimo generale costante.

La malattia di Alzheimer – di per sé ed anche a causa della condizione di senilità del malato – è responsabile di deterioramenti a carico del sistema visivo, che si traducono in un'alterazione della percezione particolare/sfondo, nella riduzione dell'acuità visiva, in una minore sensibilità ai contrasti, nella difficoltà a percepire le distanze, nonché nella vulnerabilità all'abbagliamento.

Inoltre la malattia è responsabile di stati d'ansia, che sono indotti dall'incapacità del malato ad esprimere le proprie esigenze o a comprendere l'ambiente in cui si trova, e che si palesano con una sua pulsione continua al vagabondare senza meta, sia di giorno che di notte.

Ne viene la necessità di prevedere una qualità luminosa degli ambienti che asseconi, in ogni momento della giornata, la autonoma espressione del comportamento del malato, evitandogli occasioni di pericolo, dovute tanto alla deficienza di illuminazione quanto ad improvvisi abbagliamenti.

sicurezza

Controllo delle cause di cadute

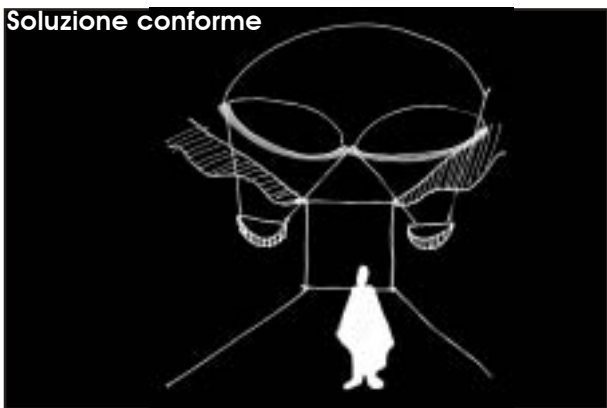
sicurezza

Controllo delle cause di urti

benessere visivo

Controllo qualità, quantità e collocazione fonti d'illuminazione

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 6 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione della localizzazione esatta degli apparecchi illuminanti, della loro tipologia e del loro campo d'illuminazione
- Prescrizione capitolare relativa agli apparecchi illuminanti ed alle loro caratteristiche illuminotecniche

benessere psicologico

Controllo dell'illuminazione e dell'abbagliamento

benessere visivo

Controllo qualità, quantità, collocazione fonti di illuminazione

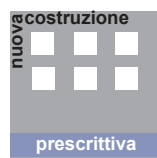
Indicazione progettuale

Nella progettazione illuminotecnica, prescegliere sistemi d'illuminazione indiretta e/o posizionare le fonti luminose fuori dal campo visivo dei pazienti.

La malattia di Alzheimer, in concomitanza con la condizione di senilità, determina numerosi deterioramenti a carico del sistema visivo, che si traducono nella riduzione dell'acuità visiva, nella vulnerabilità all'abbagliamento, nella difficoltà a percepire le distanze e nella minore sensibilità ai contrasti cromatici.

Ad aggravare la situazione interviene la tendenza, tipicamente senile, a guardare verso il basso, con la conseguente limitazione del campo visivo; ciò pone il paziente in una posizione di svantaggio nei confronti dell'ambiente, in quanto è frequente che, in presenza di luci dirette o posizionate a terra, il malato venga abbagliato e sia vittima, di conseguenza, di stati allucinatori.

Tali episodi turbano il malato e pregiudicano la sua sfera emotivo-psicologica, rendendolo irritabile ed aggressivo.



Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.6 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione della localizzazione esatta degli apparecchi illuminanti, della loro tipologia e del loro campo d'illuminazione
- Prescrizione capitolare relativa agli apparecchi illuminanti e alle loro caratteristiche illuminotecniche

Indicazione progettuale

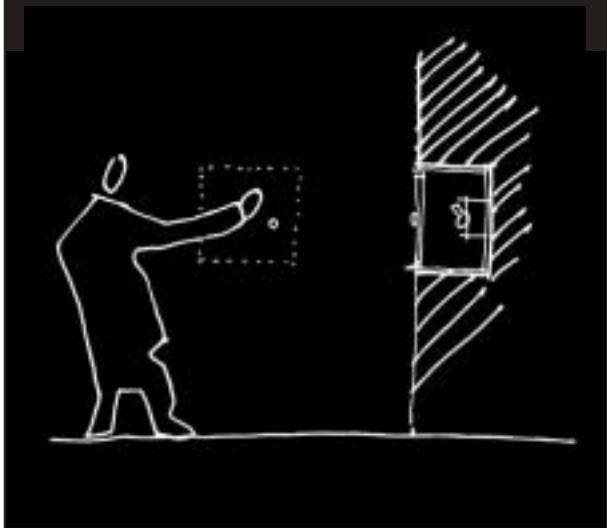
Occultare ai pazienti i dispositivi di comando dei vari tipi di impianti.

Le deficienze cognitive indotte dalla malattia di Alzheimer sono responsabili anche della difficoltà a riconoscere l'ambiente, gli arredi, le attrezzature e le loro funzioni. Nel caso dei comandi degli impianti, quando questi sono facilmente accessibili, accade spesso che il malato li manipoli arbitrariamente e senza alcuna cognizione di fatto. Ne consegue un loro uso improprio da parte del malato, con la correlata eventualità di incorrere in incidenti di vario genere. Da qui la necessità di limitarne l'accessibilità ai malati in ragione sia della loro sicurezza sia di una più spedita gestione della struttura da parte del personale.

sicurezza

Accessibilità limitata di spazi e di oggetti

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa ai comandi impiantistici



**benessere
acustico**

Controllo delle
fonti di suono e
di rumore

**benessere
psicologico**

Non intrusività
dei sistemi di
controllo

Indicazione progettuale

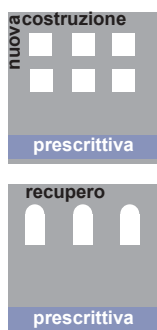
Evitare il ricorso ad allarmi sonori che possano turbare il benessere psicologico del malato.

La tendenza alla fuga, propria dell'Alzheimer, e i deterioramenti cognitivi in seguito ai quali i malati non sono più in grado di riconoscere potenziali fonti di pericolo, rendono necessarie dotazioni di controllo destinate a sorvegliare i pazienti.

Occorre tener presente che i deficit a carico del sistema uditivo comportano nel malato ridotta tollerabilità verso gli stimoli sonori eccessivi ed improvvisi, i quali possono costituire causa di stati d'ansia e di agitazione.

Prevenire l'aggravio indotto da tale handicap d'ordine organico-funzionale è utile per impedire che il malato abbia possibili ricadute di tipo psicologico-comportamentale (agitazione, stati d'ansia, aggressività, nervosismo) e per garantirgli una migliore qualità di vita.

E' preferibile quindi ricorrere a strumenti di controllo che consentano di informare il solo personale della situazione di pericolo in cui il malato sta incorrendo.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa ai sistemi di segnalazione

Indicazione progettoale

Le superfici vetrate degli infissi devono garantire l'incolumità in caso di urto.

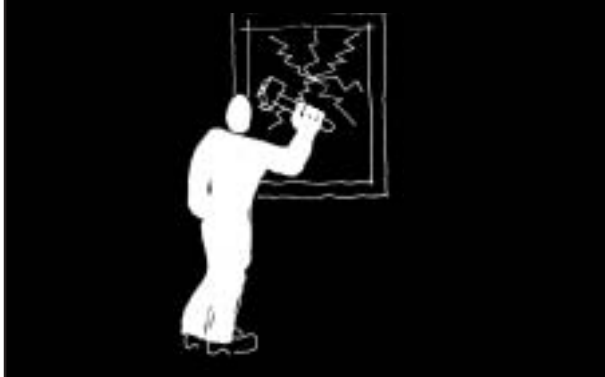
Le persone affette dal morbo di Alzheimer presentano una progressiva diminuzione delle proprie capacità cognitive e sensoriali. La diminuzione dell'acuità visiva, la vulnerabilità all'abbagliamento, causa di stati allucinatori seguiti spesso da episodi di delirio paranoide, la difficoltà nella percezione particolare/sfondo, che si manifesta nell'incapacità di individuare perfettamente la collocazione di un oggetto nello spazio, riducono sensibilmente nel malato la capacità di individuare, di comprendere e di distinguere un possibile pericolo. A tali deficit se ne aggiungono altri, quali il rallentamento psicomotorio e la ridotta abilità di coordinamento, forieri di cadute e di urti. Inoltre, la progressiva perdita di memoria porta il paziente a non riconoscere più gli oggetti e la loro funzione.

Quindi, poiché nel malato di Alzheimer è alta la possibilità di incorrere in incidenti, è necessario che tutte le soluzioni vetrate del nucleo e del giardino presentino caratteristiche di sicurezza.

sicurezza

Sicurezza d'uso degli oggetti

Soluzione conforme



nuova costruzione



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 10 Abaco degli infissi in scala 1:20 con l'indicazione del tipo di vetrate
- Prescrizione capitolare relativa agli infissi



**fruibilità e
facilità d'uso**

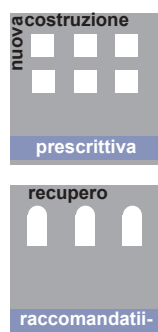
**Semplicità
d'uso degli
oggetti**

Indicazione progettuale

Nella scelta delle porte, privilegiare quelle che, per peso e dimensione, richiedano un utilizzo di ridotto impegno fisico.

La malattia di Alzheimer, – di per sé ed anche a causa della condizione di senilità del malato –, determina deterioramenti e anomalie che si esprimono nell'incapacità a compiere movimenti mirati, nella ridotta abilità di coordinamento e nella diminuzione della forza fisica. Questi deficit limitano l'autonomia d'azione del paziente che, di conseguenza, reagisce con stati d'ansia e d'inquietudine, qualora si renda conto di non essere in grado di portare a termine un'attività o si veda ostacolato nella sua pulsione al vagabondaggio.

Viceversa, la possibilità di aprire o di chiudere con facilità le porte può contribuire a conservare e stimolare le capacità residue del malato e a favorire in lui quell'autostima, considerata obiettivo terapeutico del programma di ambiente protesico.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 10 Abaco degli infissi in scala 1:20 con l'indicazione delle tipologie adottate



Indicazione progettuale

Nella finitura di porte e/o pareti, evitare superfici riflettenti.

La malattia di Alzheimer, insieme alla condizione di senilità, è responsabile di numerosi deficit a carico del sistema visivo. Di questi, la vulnerabilità all'abbagliamento, in sinergia con l'incapacità del malato a distinguere la realtà dai prodotti della sua fantasia, è responsabile di stati allucinatori.

Il malato, di fronte a superfici riflettenti, può smarrire temporaneamente la vista od il senso di sé, così come può interpretare la propria immagine riflessa come presenza reale di un'altra persona. Si tratta di delirio paranoide, e cioè della convinzione, non fondata e quasi di natura persecutoria, di trovarsi innanzi a qualcuno ostile. Tali episodi turbano il malato e pregiudicano la sua sfera emotivo-psicologica, rendendolo irritabile e aggressivo.

benessere psicologico

Controllo dell'illuminazione e dell'abbagliamento

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 1 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione delle finiture superficiali fornite dai sistemi codificati
- TAV.10 Abaco degli infissi in scala 1:20 con l'indicazione del tipo di finiture
- Prescrizione capitolare relativa ai tipi di finiture delle pareti, con l'indicazione del materiale, del colore e della superficie.



**orientamento
spaziale**

Riconoscibilità
e familiarità
degli elementi
tecnici

Indicazione progettuale

Nella scelta cromatica delle porte degli ambienti accessibili al paziente, adottare colori diversificati per aree funzionali.

Fra le deficienze tipiche della malattia di Alzheimer, la progressiva perdita della memoria compromette nel malato la capacità di orientarsi, di riconoscere e di distinguere le diverse destinazioni d'uso degli ambienti, con implicite ricadute nella sua sfera emotivo-psicologica e, quindi, nel suo comportamento.

L'uso della componente cromatica facilita l'orientamento, in quanto può fungere da codice, quasi una segnaletica passiva, che guida gli spostamenti del paziente. La diversa colorazione delle porte, in rapporto alla destinazione d'uso dell'ambiente al quale esse danno accesso, costituisce un espediente capace di stimolare nel malato le opportune associazioni. Recenti studi hanno evidenziato come il colore sia un efficace stimolatore per pazienti colpiti da morbo di Alzheimer, in quanto intensifica l'attenzione del malato, quando è chiamato a svolgere determinate prestazioni che lo impegnano cognitivamente. Il colore, quindi, deve essere usato dal progettista non come elemento sussidiario, ma come strumento di informazione e di supporto.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 10 Abaco degli infissi in scala 1:20 con l'indicazione dei colori e delle aree funzionali alle quali gli infissi appartengono

Indicazione progettuale

Nella soluzione cromatica di finitura delle porte degli ambienti accessibili al paziente, utilizzare un colore contrastante rispetto a quello della parete afferente, per favorirne l'individuazione.

benessere visivo

Capacità di stimolare una adeguata percezione delle immagini

La malattia di Alzheimer – di per sé ed anche a causa della condizione di senilità –, è responsabile di deterioramenti a carico del sistema visivo, che si traducono, tra gli altri, nella riduzione dell'acuità visiva, nella difficoltà di percezione dei colori, soprattutto se tra loro simili, e nella minore sensibilità ai contrasti cromatici.

Tale condizione è aggravata dalle deficienze cognitive indotte dalla malattia che, a lungo andare, azzerano la capacità del malato di interpretare correttamente l'ambiente circostante.

Una più facile comprensione dell'ambiente determina nel malato una maggiore autonomia e quell'autostima considerata fondamentale traguardo del programma riabilitativo espresso dagli ambienti protesici.

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 10 Abaco degli infissi in scala 1:20 con l'indicazione dei colori e dei contrasti cromatici adottati



sicurezza

Accessibilità limitata di spazi e di oggetti

sicurezza

Controllo delle cause di fuga

Indicazione PROGETTUALE

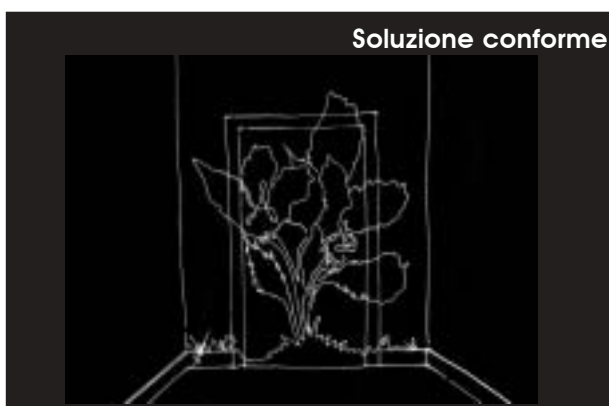
Occultare alla vista del paziente le porte dei locali ad accessibilità interdetta.

I deterioramenti cognitivi indotti dall'Alzheimer, in primo luogo la perdita della memoria, riducono le capacità intellettive del malato e le rendono simili a quelle di un bambino, di età via via decrescente, in rapporto al progredire della malattia.

Tale condizione comporta difficoltà da parte del malato di Alzheimer a riconoscere potenziali fonti di pericolo. Al contempo, lo stato d'ansia, determinato nel malato dalla sua difficoltà ad esprimere in maniera intelligibile le sue esigenze e a capire l'ambiente circostante, si traduce nella tendenza compulsiva a vagabondare senza alcuna finalità.

Poiché il vagabondaggio è una delle poche attività che rimane inalterata nel tempo, persino negli stadi avanzati della malattia, è comprensibile come essa vada assecondata ed incoraggiata, al fine anche di stimolare le capacità residue del malato.

La libertà di spostamento del malato costituisce, quindi, un requisito fondamentale nella progettazione degli spazi per dementi. E' altrettanto evidente, però, che il rispetto della sua sicurezza sia assunto come fondamento progettuale.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 10 Abaco degli infissi in scala 1:20 con l'indicazione degli accorgimenti adottati per dissimulare la presenza della porta

interno
esterno

Indicazione progettuale

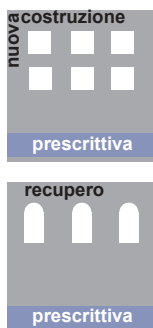
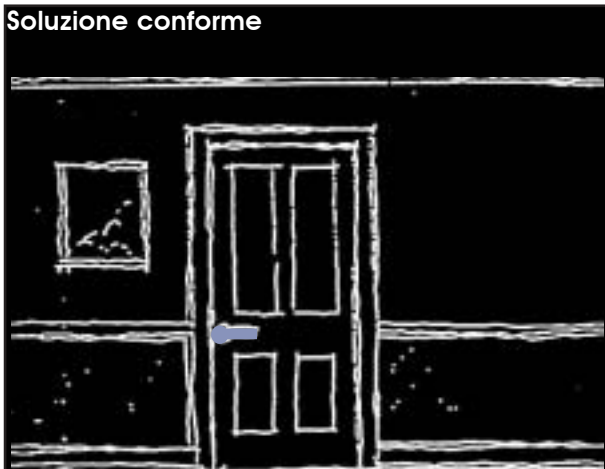
Nella scelta delle maniglie delle porte, adottare un colore diverso e contrastante da quello della porta, per facilitarne l'individuazione da parte del paziente.

La malattia di Alzheimer determina un deterioramento cognitivo, funzionale e comportamentale. Una delle manifestazioni di questa sommatoria di deficit è la perdita della capacità di leggere la terza dimensione: il malato percepisce l'ambiente in modo piatto senza avvertire la distanza tra i vari oggetti o la loro precisa collocazione, con intuibili conseguenze nel suo rapporto con lo spazio. Gli risulta, infatti, difficile capire la posizione di una sedia rispetto alla parete, del corrimano rispetto al muro. Una più corretta e facile comprensione dello spazio può essere indotta dallo strumento progettuale, attraverso la calibrata regia dei rapporti cromatici fra particolare e sfondo.

benessere visivo

Capacità di stimolare una adeguata percezione delle immagini

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 10 Abaco degli infissi in scala 1:20 con l'indicazione dei contrasti cromatici adottati per i sistemi di manovra

sicurezzaSicurezza d'uso
degli oggetti**fruibilità e
facilità d'uso**Semplicità
d'uso degli
oggetti**fruibilità e
facilità d'uso**Riconoscibilità
e familiarità
degli oggetti**Indicazione progettuale**

Nella scelta delle maniglie per porte, finestre ed arredi-contenitori, adottare soluzioni che risultino familiari ai pazienti ed evitare forme spigolose.

La malattia di Alzheimer comporta una progressiva compromissione della memoria, della vista, della capacità di calcolo e di giudizio, nonché l'incapacità a trattenere nuove informazioni. Tali deficit pongono il paziente in una situazione di svantaggio nei confronti dell'ambiente, aggravata qualora esso proponga soluzioni sconosciute alla sua esperienza.

Infatti, la perdita della memoria, responsabile dei disturbi di agnosia e aprassia, compromette la possibilità del malato di riconoscere gli ambienti, gli arredi e gli oggetti d'uso quotidiano che non siano entrati, nel recente passato, nella sua familiarità domestica, con la conseguenza di confonderlo e di turbarlo.

E' necessario quindi rendere familiare l'ambiente a lui pertinente. In questo caso, la riconoscibilità delle maniglie da parte del malato può stimolare l'esercizio della sua memoria residua, favorire quella autostima considerata obiettivo terapeutico del programma di ambiente protesico, nonché permettergli di vagabondare senza trovare impedimenti al suo cammino.

Inoltre, poiché la malattia riduce la capacità del malato di individuare i possibili pericoli, sarà compito del progettista curare fino al dettaglio la definizione degli ambienti, in modo da garantirne la fruizione, in totale sicurezza.

nuova costruzione**prescrittiva****recupero****raccomandativa****Soluzione conforme****Localizzazione dell'informazione progettuale**

- Prescrizione capitolare relativa alle maniglie, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate

Indicazione progettuale

Per il corrimano presente nei percorsi di vagabondaggio, prevedere un colore contrastante con quello dello sfondo.

La malattia di Alzheimer è responsabile di deterioramenti a carico del sistema visivo che si traducono, tra gli altri, nell'incapacità di leggere la terza dimensione e nella ridotta sensibilità ai colori, soprattutto se tra loro simili.

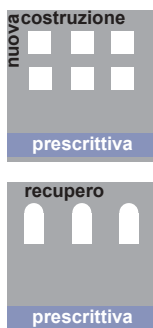
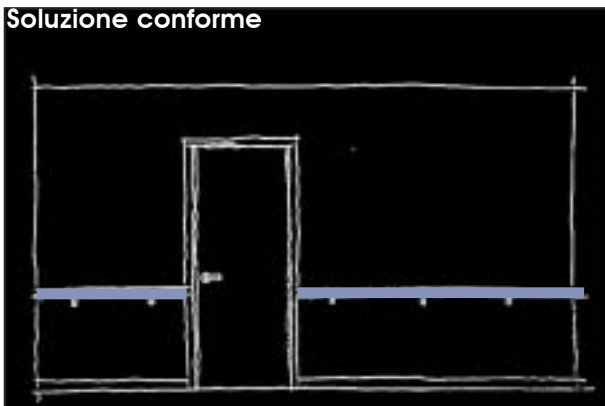
Questi deterioramenti impediscono al malato di individuare la reale posizione degli oggetti in un ambiente, in quanto percepisce lo spazio in modo piatto.

Una più corretta ed immediata lettura della profondità può essere aiutata dal colore, se usato come strumento di informazione e di supporto ai deficit cognitivi del malato.

benessere visivo

Capacità di stimolare una adeguata percezione delle immagini

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.3 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione dello sviluppo planimetrico del corrimano in corrispondenza dei percorsi, con l'indicazione della tipologia e della colorazione dell'elemento

fruibilità e
facilità d'uso

Riconoscibilità
e familiarità
degli arredi

Indicazione progettuale

Nella progettazione e/o nella scelta degli arredi, privilegiare forme e materiali che risultino familiari ai pazienti.

La progressiva perdita della memoria, connessa al disturbo dell'aprassia, compromette la capacità di riconoscere gli ambienti, gli arredi e gli oggetti d'uso quotidiano. Poichè l'andamento della malattia determina progressive difficoltà nella comprensione dell'ambiente, il malato difficilmente riconosce quegli arredi che non abbiano già fatto parte del proprio patrimonio di esperienze.

Pertanto, più l'ambiente in cui il paziente vive presenta caratteristiche di familiarità, più il suo controllo su quell'ambiente sarà agevolato: ciò contribuirà a ridurre in lui quegli stati d'ansia indotti dal senso di estraneità e a garantirgli benessere e serenità. La casa deve quindi sempre rappresentare l'elemento ispiratore di ogni decisione progettuale.

Inoltre, la riconoscibilità degli arredi da parte del malato – considerata la sua difficoltà ad apprendere e trattenere nuove informazioni – può stimolare l'esercizio della sua memoria residua e, attraverso la fruizione autonoma degli oggetti, favorire quell'autostima considerata obiettivo terapeutico del programma sotteso al progetto di ambiente protesico.

nuova	costruzione		
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	prescrittiva		
recupero			
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	prescrittiva		

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.7 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione del tipo di arredo e rimando alla prescrizione capitolare
- Prescrizione capitolare relativa agli arredi, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate

Indicazione progettuale

Nella progettazione e/o nella scelta degli arredi, utilizzare colori diversi in funzione della destinazione d'uso degli ambienti.

Fra le deficienze tipiche della malattia di Alzheimer, la progressiva perdita della memoria compromette nel malato la capacità di orientarsi, di riconoscere e di distinguere le diverse destinazioni d'uso degli ambienti, con implicite ricadute nella sua sfera emotivo-psicologica e, quindi, nel suo comportamento.

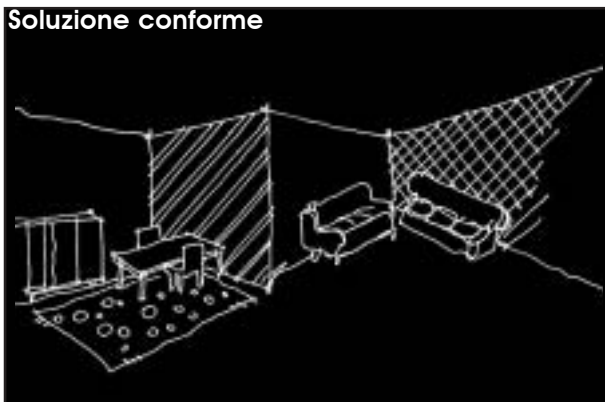
L'uso attento della componente cromatica facilita l'orientamento, in quanto può fungere da codice, quasi una segnaletica passiva, che guida gli spostamenti del paziente. La diversa colorazione degli arredi in funzione della destinazione d'uso degli ambienti costituisce un espediente capace di stimolare nel malato associazioni corrette.

Recenti studi hanno evidenziato come il colore sia un potente stimolo nei pazienti colpiti da morbo di Alzheimer, in quanto esso intensifica l'attenzione durante lo svolgimento di determinate prestazioni, come appunto l'orientarsi nello spazio. Il colore, quindi, deve essere concepito come strumento terapeutico rispetto ai deficit cognitivi del malato.

orientamento spaziale

Comprensibilità
degli spazi

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.7 Pianta in scala 1:50 dell'arredo degli ambienti con l'indicazione della loro colorazione per aree funzionali



benessere visivo
Capacità di stimolare un'adeguata percezione delle immagini

sicurezza
Controllo delle cause di cadute

sicurezza
Controllo delle cause di urti

nuova costruzione
raccomandativa
recupero
raccomandativa

Indicazione progettuale

Nella progettazione e/o nella scelta degli arredi privilegiare colori contrastanti rispetto a quelli dello sfondo, per garantire la loro immediata individuazione da parte dei pazienti.

La malattia di Alzheimer, accompagnata dalla condizione di senilità, è responsabile di numerosi deficit a carico del sistema visivo, quali la riduzione dell'acuità visiva, la difficoltà a percepire le distanze, la vulnerabilità all'abbagliamento, l'alterazione della percezione particolare/sfondo e la minore sensibilità ai contrasti cromatici.

Ciò aggrava ulteriormente la capacità dei pazienti, già compromessa dalla stessa malattia, di riconoscere l'ambiente e li sottopone all'eventualità di incorrere in incidenti.

In tal caso il colore – intendendo anche la tonalità cromatica del materiale naturale utilizzato - 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.

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa agli arredi con la documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate

Indicazione progettuale

Prevedere un sistema di segnaletica che spieghi la destinazione degli ambienti.

I deficit cognitivi, e in particolar modo la progressiva perdita della memoria, rendono difficile se non talvolta impossibile, al malato tanto la lettura di un testo quanto la comprensione delle informazioni in esso contenute.

Egli, per esempio, può essere in grado di leggere la scritta "camera di degenza", ma non capirne il significato o, addirittura, può perdere del tutto la capacità di leggere. E' 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.

Poiché il livello di deficienza cognitiva dei malati di Alzheimer non è omogeneo, si consiglia di utilizzare contemporaneamente una gamma diversificata di segnali: iconici, cromatici e di lettering.

La teoria della "Comunicazione Ambientale" (environmental communication) consiglia l'utilizzo di segnali grafici e di disegni che raffigurano la funzione del luogo indicato: una semplice illustrazione di un piatto, di un coltello, di una forchetta e di un cucchiaino, esposta all'esterno della sala da pranzo, può aiutare il paziente a capire che si tratta della zona nella quale si consumano i pasti.

orientamento spaziale

Identificabilità del sistema di segnaletica

facilità d'uso fruibilità

Comprensibilità del sistema di segnaletica

Soluzione conforme



costruzione



prescrittiva

recupero



prescrittiva

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.3 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione della localizzazione esatta dei punti predisposti per la segnaletica visiva
- TAV.11 Abaco in scala appropriata della segnaletica



fruibilità e facilità d'uso

Semplicità
d'uso degli arredi

sicurezza

Sicurezza d'uso
degli arredi

Indicazione progettuale

Nella scelta di sedute con bracciolo, privilegiare quelle con un piano di seduta ampio.

La progressiva perdita della memoria, accompagnata dalla mancanza di coordinamento dei movimenti e dalla riduzione della vista, diminuisce nei malati la capacità di usare in modo corretto gli oggetti, con la conseguente eventualità di incorrere in incidenti di vario genere.

Affinché il malato possa conservare il più a lungo possibile le proprie capacità residue, l'ambiente dovrà proporsi quale ausilio al suo agire, in condizioni di autonomia.

I deficit sopra rilevati, ad esempio, possono determinare nel malato il rifiuto ad utilizzare poltrone o sedie con i braccioli, perché proprio la presenza del bracciolo è avvertita come ostacolo alla precisa individuazione del piano di seduta. Pertanto, il progettista dovrà tenere conto di questa difficoltà nella scelta degli arredi, senza arrivare alla riduttiva conclusione di evitare sedute con braccioli.



Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa agli arredi con documentazione fotografica, o simile, sulle scelte adottate

Indicazione progettuale

Prevedere varie tipologie di seduta, atte a soddisfare le esigenze sia del singolo che dei gruppi.

I deficit cognitivi tipici della malattia di Alzheimer condizionano la condotta del malato e lo espongono ad una variabilità di comportamenti, spesso improvvisi nel loro manifestarsi. Affinché il malato abbia un ambiente partecipe delle proprie imprevedibili esigenze, esso dovrà presentare flessibilità nell'organizzazione degli oggetti d'arredo.

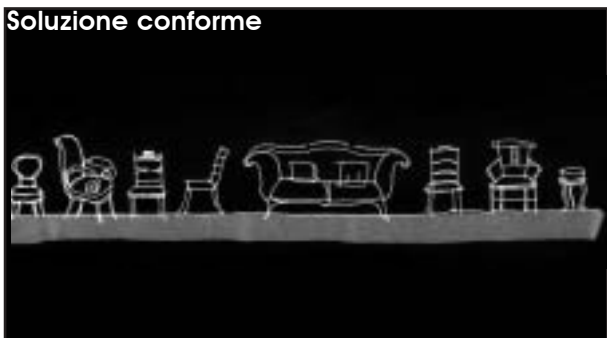
In questo senso, offrire tipologie di seduta diverse consente al malato di scegliere la soluzione che trova più rispondente e di decidere se sostare in compagnia o isolarsi.

Quindi, le sedute dovranno essere tanto singole (la difesa del proprio spazio è un comportamento esasperato nel malato di Alzheimer che, di fronte a presunti atti di intrusione, può avere reazioni aggressive), quanto a più posti e ammettere disposizioni conviviali per stimolare i malati alla vita di relazione.

benessere psicologico

Riservatezza e tranquillità degli spazi destinati ai pazienti

Soluzione conforme



nuova costruzione



raccomandativa

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.7. Pianta in scala 1:50 con l'indicazione del tipo di arredo e rimando alla prescrizione capitolare
- Prescrizione capitolare relativa agli arredi con documentazione fotografica, o simile, sulle scelte adottate



benessere visivo

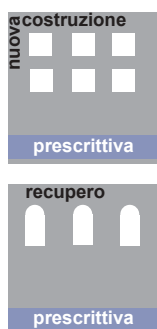
Capacità di stimolare una adeguata percezione delle immagini

Indicazione progettuale

Nella progettazione dei bagni destinati ai pazienti, prevedere una differenziazione cromatica fra sanitari, pavimento e pareti.

La malattia di Alzheimer, affiancata dalla condizione di senilità, è responsabile di un progressivo deterioramento del sistema visivo, che si manifesta, tra l'altro, nella difficoltà di percepire i colori, soprattutto se simili tra loro, di cogliere la profondità dello spazio e, quindi, la reale posizione di un oggetto nell'ambiente. A causa di ciò, può accadere che il paziente non sia in grado di individuare la corretta collocazione dei sanitari, se questi sono di colore simile od uguale a quello delle pareti e/o dei pavimenti. Ciò determina l'incapacità da parte del malato ad utilizzare in modo appropriato le attrezzature del bagno.

Ne consegue la necessità di un progetto cromatico che agevoli il malato nella fruizione autonoma dello spazio.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV. 1 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione delle finiture superficiali e relativa legenda con l'esplicitazione delle caratteristiche della finitura tramite adeguata simbologia grafica convenzionale o codificata
- TAV. 7 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione dell'arredo degli ambienti e della loro colorazione per aree funzionali
- Prescrizione capitolare relativa agli arredi, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate

UNITA' SPAZIALE

Indicazione progettuale

Nella progettazione dei bagni destinati ai pazienti, prevedere un tipo di rubinetteria tradizionale, facilmente riconoscibile da parte dei malati.

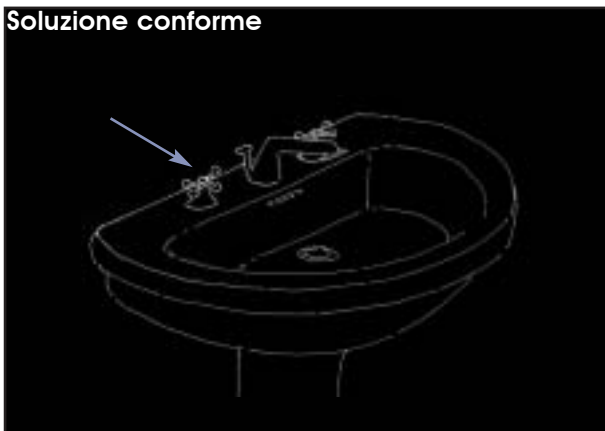
fruibilità e facilità d'uso

Riconoscibilità
e familiarità
degli arredi

La progressiva perdita della memoria, connessa ai disturbi di agnosia e aprassia, compromette la capacità di riconoscere gli ambienti, gli arredi e gli oggetti d'uso quotidiano. Il malato difficilmente comprende gli oggetti che non abbiano già fatto parte del proprio patrimonio di esperienze, come ad esempio può accadere per i rubinetti con comando a leva, a fotocellula, a pedale, tutti quelli, cioè, che non siano entrati, nel recente passato, nell'uso domestico.

La riconoscibilità degli oggetti d'uso da parte del malato può stimolare, infatti, l'esercizio della sua memoria residua, favorire in lui quell'autostima, considerata obiettivo terapeutico del programma di ambiente protesico; al contrario la difficoltà nel fruire autonomamente delle attrezzature, perché non comprese, può indurlo a stati di aggressività e/o di depressione.

Soluzione conforme



costruzione

nuov



prescrittiva

recupero



raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa alla rubinetteria, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate

benessere
psicologico

Riconoscibilità
e facile individuazione
delle attrezzature

fruibilità e
facilità d'uso

Riconoscibilità e
familiarità delle
attrezzature

Indicazione progettuale

Nella progettazione dei bagni destinati ai pazienti,
prevedere un comando del wc facilmente riconoscibile
da parte del paziente.

A causa dei deficit connessi con il morbo di Alzheimer qualunque elemento (oggetto, arredo, aspetto dell’edificio) che non rientri nelle informazioni acquisite dal malato, lo confonde e lo turba. E’ necessario, quindi, rendere riconoscibile e familiare l’ambiente a lui pertinente. La riconoscibilità degli oggetti d’uso da parte del malato può stimolare l’esercizio della sua memoria residua, favorire in lui quell’autostima, considerata obiettivo terapeutico del programma di ambiente protesico. Perciò le scelte progettuali devono tenere conto sia della precedente storia socio-culturale del malato sia della localizzazione temporale, variabili che impongono attenzione e flessibilità nei confronti del suo patrimonio di conoscenze morfologiche.

nuova costruzione

raccomandativa

recupero

raccomandativa

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa agli arredi, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate

UNITA' SPAZIALE

Indicazione progettuale

Prevedere una soluzione che consenta al malato di distinguere la funzione del bidet da quella del wc.

fruibilità e facilità d'uso

Riconoscibilità
e familiarità
degli arredi

La progressiva perdita della memoria, connessa al disturbo dell'aprassia, compromette la capacità di riconoscere e di distinguere gli ambienti, gli arredi e gli oggetti d'uso quotidiano. Inoltre, la riconoscibilità delle componenti di arredo da parte del malato – considerata la sua difficoltà di apprendere e trattenere nuove informazioni – può stimolare l'esercizio della sua memoria residua e, attraverso la loro fruizione autonoma, favorire quell'autostima, considerata obiettivo terapeutico del programma sotteso al progetto di ambiente protesico. Al contrario, la difficoltà nel fruire autonomamente delle attrezzature, perché non comprese, può indurlo a stati di depressione e/o di agitazione.

Soluzione conforme



costruzione

nuova

raccomandativa

recupero

raccomandativa

Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa agli arredi, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate

benessere visivo

Capacità di stimolare una adeguata percezione delle immagini

sicurezza

Controllo delle cause di cadute

Indicazione progettuale

La tavoletta del wc dovrà essere priva di coperchio e di un colore brillante e contrastante con la parete e con il pavimento.

La malattia di Alzheimer – di per sé ed anche a causa della condizione di senilità del malato – è responsabile di deterioramenti a carico del sistema visivo, che si traducono in un’alterazione della percezione particolare/sfondo, nella riduzione dell’acuità visiva, in una minore sensibilità ai contrasti cromatici, nonché in una difficoltà a percepire le distanze. Tale condizione è aggravata dalle deficienze cognitive indotte dalla malattia, che, a lungo andare, azzerano la capacità del malato di interpretare adeguatamente l’ambiente circostante e, di conseguenza, di operare scelte comportamentali corrette ed autonome. E’ possibile quindi che il malato non riuscendo ad individuare la posizione del wc possa utilizzarlo in modo improprio od, addirittura, cadere e farsi male.

nuova costruzione

raccomandativa

recupero

raccomandativa



Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa agli arredi, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate

Indicazione progettuale

Prevedere la possibilità di occultare lo specchio, qualora sia causa di turbamento per il malato.

Le deficienze cognitive proprie dell'Alzheimer, in concomitanza con la difficoltà del malato a distinguere la realtà dai prodotti della sua fantasia, sono spesso causa di stati allucinatori.

Aggrava ulteriormente il quadro clinico l'incapacità del malato a riconoscere non solo le persone a lui note, come i familiari, ma persino sé stesso: egli, infatti, non si riconosce, avendo di sé l'immagine delle sue fattezze giovanili.

Il malato può, quindi, reagire alla propria immagine riflessa nello specchio in modo allucinatorio percependola come presenza reale di persona estranea. E' perciò vittima di stati di inquietudine nella convinzione di trovarsi di fronte a qualcuno di ostile. Tali episodi turbano il malato e pregiudicano la sua sfera emotivo-psicologica, rendendolo irritabile ed aggressivo.

benessere psicologico

Riservatezza e tranquillità degli spazi destinati ai pazienti

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa agli arredi, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate



Indicazione progettuale

Nella progettazione del bagno destinato ai pazienti, prevedere un sistema di allarme temporizzato che segnali il prolungarsi della permanenza del paziente nel bagno stesso.

La malattia di Alzheimer determina nel malato una serie di deterioramenti cognitivi e di anomalie comportamentali che ne limitano l'autonomia d'azione e che, contemporaneamente, lo sottopongono al continuo rischio di incidenti.

Quindi, se, da una parte, il paziente deve essere lasciato libero di agire e di fruire da solo dei servizi igienici, per mantenere attive le sue capacità residue, dall'altra, è necessario che gli operatori vigilino sulla sua incolumità.

Il sistema di controllo da adottare dovrà essere scelto in modo da tutelare la dignità del paziente e da non invadere la sua privacy; per cui, si consiglia di privilegiare metodi di segnalazione fra i meno invasivi.



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.4 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione della localizzazione esatta dei dispositivi di rilevamento, della loro tipologia e del tipo di segnalazione al personale

UNITA' SPAZIALE

Indicazione progettuale

Nella scelta dei fornelli per la cucina terapeutica, evitare quelli che presentino elementi di pericolo per i pazienti.

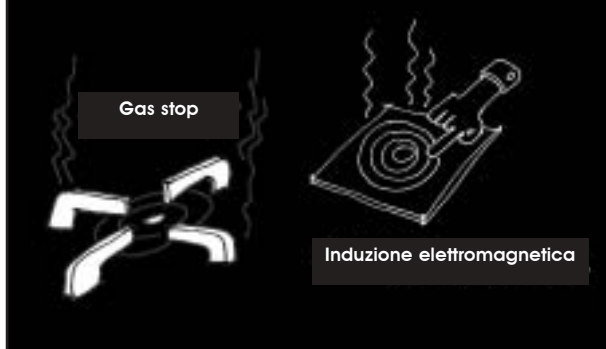
sicurezza

Sicurezza d'uso degli oggetti

La malattia di Alzheimer – di per sé ed anche a causa della condizione di senilità del malato – è responsabile di deterioramenti a carico del sistema visivo, che si traducono in un'alterazione della percezione particolare/sfondo, nella riduzione dell'acuità visiva e nella difficoltà a percepire le distanze. Ad aggravare la situazione concorrono sia l'incerto coordinamento dei movimenti sia la progressiva perdita della memoria. Ne consegue che la capacità del malato di usare in modo corretto gli oggetti diminuisce, con la frequente possibilità di incorrere in incidenti di vario genere.

A questo proposito, la cucina terapeutica costituisce un luogo potenzialmente pericoloso, se non vengono adottati determinati e specifici accorgimenti, volti a prevenire possibili cause di pericolo.

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa alle attrezzature per la cottura dei cibi

fruibilità e
facilità d'uso

Semplicità
d'uso oggetti

Indicazione progettuale

Prevedere varie tipologie di bancali per l'ortoterapia.

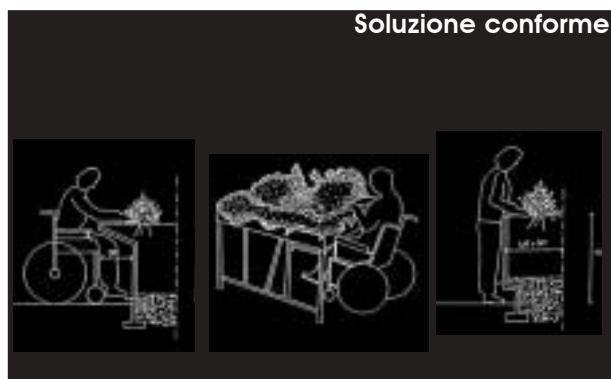
I progressivi disturbi della memoria e l'alterazione delle capacità cognitive più comuni, dei quali è responsabile la malattia di Alzheimer, generano un esasperato stato di depressione nel malato, dovuto anche alla perdita della fiducia in sé stesso e nelle proprie possibilità. Di fronte a tale situazione si ricorre ad un approccio di tipo riabilitativo: dopo aver valutato le effettive condizioni del paziente, i suoi reali deficit e le capacità ancora illese, viene formulato un programma terapeutico finalizzato a stimolare le abilità residue e a supportare quelle compromesse. 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. Per garantire comunque ad ogni paziente la possibilità di dedicarsi autonomamente alla cura dell'orto, è necessario progettare sia bancali per chi non è in grado di chinarsi, sia orti fruibili da disabili in carrozzina. E' evidente che i bancali devono essere progettati ergonomicamente anche in funzione delle esigenze di quest'ultima categoria di utenza.

nuova costruzione

raccomandativa

recupero

raccomandativa



Localizzazione dell'informazione progettuale

- Prescrizione capitolare relativa agli arredi con documentazione fotografica, o simile, sulle scelte adottate

UNITA' SPAZIALE

Indicazione progettuale

Nella progettazione della recinzione permettere la vista solo di eventuali visuali gradevoli.

La malattia di Alzheimer determina numerosi deterioramenti cognitivi, comportamentali e funzionali, causa di ansia, di depressione, di fenomeni allucinatori, di deliri, di comportamenti ossessivi che pregiudicano la socialità e la sfera emotiva del malato, rendendolo irritabile ed aggressivo.

Per non aggravare tale condizione d'instabilità emotiva, nel caso in cui la zona verde confini con aree potenzialmente foriere di stress, è consigliabile celarne la percezione per evitare ulteriori fonti di disagio.

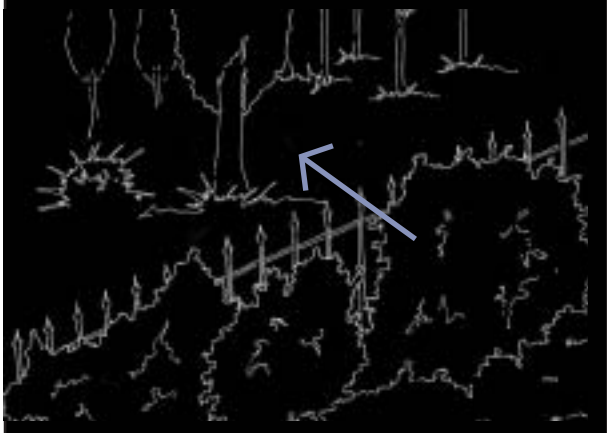
Al contrario, se l'esterno presenta scenari che tutelano o incrementano una situazione di benessere psicologico per il malato, è raccomandabile valorizzarli creando visuali opportune.

Esse, tra l'altro, consentiranno di stimolare nel malato un interesse verso il mondo esterno, riducendo quegli stati di alienazione facili a verificarsi nei soggetti con demenza di tipo Alzheimer.

benessere psicologico

Riservatezza e tranquillità degli spazi destinati ai pazienti

Soluzione conforme



Localizzazione dell'informazione progettuale

- TAV.8 Pianta in scala 1:50 dell'area recintata con l'indicazione degli angoli di visuale libera e del tipo di visuale

benessere visivo

Capacità di stimolare una adeguata percezione delle immagini

sicurezza

Sicurezza d'uso degli oggetti

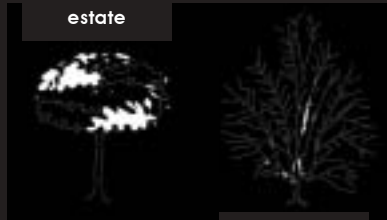
Indicazione progettuale

Nella progettazione botanica prevedere piante che, in totale sicurezza, forniscano al malato la percezione del cambiamento stagionale e stimoli sensoriali (visivi, tattili, olfattivi).

Nella progettazione del giardino Alzheimer, la pianificazione botanica non si deve circoscrivere a mere motivazioni estetiche, in quanto svolge un ruolo strategico e terapeutico. La vegetazione è uno strumento che consente al malato di accorgersi del cambiamento stagionale e, quindi, di percepire quel trascorrere del tempo, compromesso dalla malattia. Inoltre può fornire stimoli sensoriali, utili ad acuire il suo interesse e ad accentuare la sua attenzione, come può diventare punto di riferimento spaziale della passeggiata e del vagabondare. Si dovranno, quindi, privilegiare piante che presentino caratteristiche olfattive e cromatiche con inflorescenze grandi e dai colori appariscenti, date le ridotte capacità visive del malato. Le scelte botaniche saranno mirate a preferire essenze non urticanti o pungenti, in modo da consentire al malato di toccarle in condizioni di sicurezza. Inoltre, va considerata la possibilità che il malato ingerisca o cerchi d'ingerire quello da cui è attratto, per cui è necessario garantire l'edibilità di fiori, frutti, foglie e piante, vista anche l'incapacità del paziente ad individuare potenziali fonti di pericolo. La vegetazione deve quindi essere attraente, colorata, profumata, manipolabile senza rischi di incidenti, non velenosa, evocante il trascorrere del tempo per la diversità dei colori e delle forme che assume con il trascorrere delle stagioni.

nuova costruzione**prescrittiva****recupero****prescrittiva****Soluzione conforme**

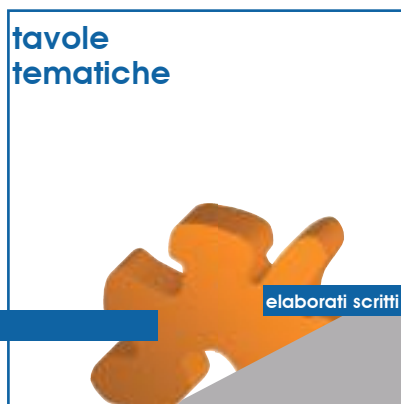
estate



inverno

Localizzazione dell'informazione progettuale

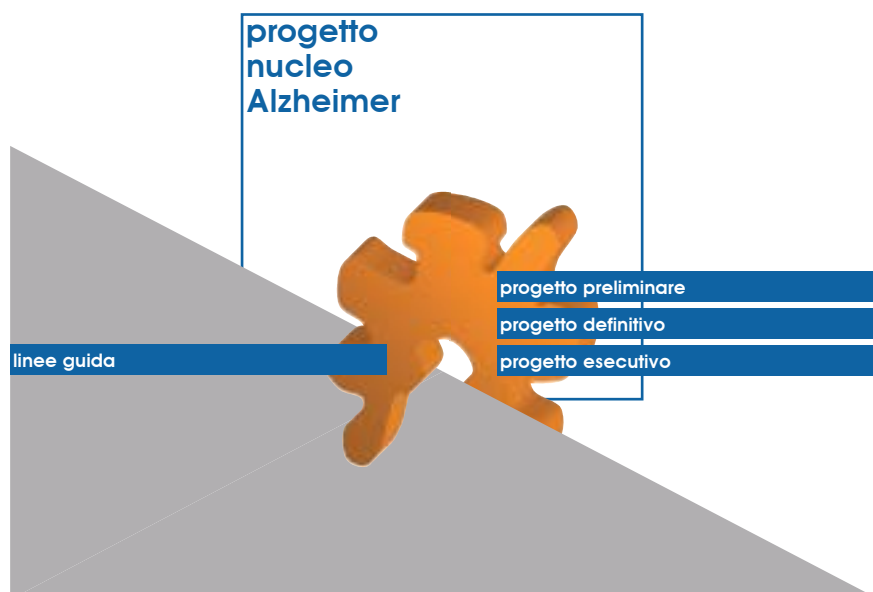
- TAV.5 Pianta in scala 1:50 con l'indicazione delle sistemazioni a verde e delle specie naturali (alberi, arbusti, fiori, ecc)



Struttura e contenuti degli elaborati progettuali

Al fine di favorire il compito del progettista nella predisposizione della documentazione relativa alla progettazione di un nucleo Alzheimer, si propone l'elenco degli elaborati progettuali richiesti. Esso è articolato per i tre livelli della progettazione – preliminare, definitiva, esecutiva – ed è strettamente correlato al paragrafo delle schede delle linee guida denominato *Localizzazione dell'informazione progettuale*.

Tale elenco ha lo scopo di segnalare immediatamente al progettista quali siano i documenti da produrre a ciascun livello della progettazione per attestare che le indicazioni progettuali sono state recepite e dimostrare la conformità del progetto ad esse.



	PROGETTO PRELIMINARE	Schede delle linee guida
Relazione generale	capitolo dedicato agli aspetti morfologici	Ci4
tavola 1	Planimetria dell'area in scala 1:200 con: - indicazione delle fonti rumorose, della soluzione adottata per l'abbattimento acustico (per esempio barriere di alberi, terrapieno, ecc.) e della sua localizzazione	Ci8
tavola 2	Planimetria dell'area in scala 1:200 con: - indicazione delle zone a cielo aperto e di quelle coperte del giardino - indicazione della destinazione d'uso degli ambienti - indicazione dell'area di pertinenza del nucleo Alzheimer rispetto all'eventuale RSA di riferimento e dei possibili tipi di interferenza - indicazione delle camere di degenza per tipo con riferimento all'abaco - numerazione dei posti letto - indicazione delle quote altimetriche e planimetriche	Oe9 Oe2, Oe3, Oe4, Oe5 Oe1 Oe6 Ci1 Ci2, Ci3, Oe4
tavola 3	Planivolumetrico in scala 1:200 con: - individuazione delle ombre proiettate dagli elementi costruiti e naturali esistenti e di progetto calcolate nei diversi periodi stagionali e nelle diverse ore del giorno	Ci9
tavola 4	Pianta in scala 1:200 del nucleo/dell'area con: - indicazione dei percorsi interni ed esterni tramite adeguata simbologia grafica - apposizione di simboli per denotare gli accessi diversificati per utilizzo e il tipo di controllo	Ci5, Ci7, Oe7, Oe8 Ci6
tavola 5	Sezioni in scala 1:200: - indicazione delle quote altimetriche di progetto - indicazione delle dimensioni totali e parziali delle zone del giardino - indicazione dello spazio giardino e dello spazio interno	Ci2, Ci8 Oe4 Ci3
tavola 6	Prospetti in scala 1:200: - indicazione dell'identità morfologica rispetto al contesto	Ci4
tavola 7	Assonometria e/o prospettiva in scala adeguata - indicazione dell'identità morfologica rispetto al contesto	Ci4
tavola 8	Abaco schematico in scala 1:100 - dei tipi di camere di degenza con riferimenti codificati alle piante	Oe6
tavola 9	Tabelle relative ai parametri da rispettare: - delle dimensioni e delle superfici degli ambienti - numero utenti, superficie per utente e superficie totale	Oe4 Ci1

	PROGETTO DEFINITIVO	Schede delle linee guida
tavola 1	Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con: - indicazione delle quote planimetriche e altimetriche e superfici	Oe10
tavola 2	Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con: - indicazione dei percorsi interni ed esterni, diversificati per utilizzo tramite adeguata simbologia grafica - indicazione delle distanze massime di percorrenza tra aree funzionali (camere/cucina, camere/soggiorno, soggiorno/cucina, ecc.) e dello sviluppo complessivo - indicazione dei percorsi interni ed esterni e delle aree servite, con relative destinazioni d'uso, con localizzazione degli elementi di orientamento e specifica della loro natura (degli elementi architettonici/di arredo/elemento naturale...) tramite adeguata simbologia grafica - indicazione degli accessi interno/esterno e degli accorgimenti utilizzati per filtrare il passaggio interno/esterno - indicazione dei percorsi del giardino, delle aree coperte e non - indicazione dei percorsi interni ed esterni, dei dislivelli, delle eventuali pendenze e delle relative rampe tramite opportuna simbologia grafica e quote altimetriche - indicazione degli accessi interno/esterno e del percorso di vagabondaggio tramite adeguata simbologia grafica	Oe1 Oe7 Oe8 Oe11 Us32IV Oe9 Oe4
tavola 3	Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con: - indicazione delle destinazioni d'uso - indicazione delle destinazioni d'uso, delle correlazioni spaziali (distanze) e visive tra spazi comuni e camere di degenza - indicazione delle unità spaziali accessibili e non ai pazienti e delle soluzioni per rendere inaccessibili gli spazi predetti - indicazioni di eventuali elementi d'acqua e delle loro tipologie - indicazione della sala tv e della localizzazione della televisione e dell'hi-fi - indicazione delle zone di conversazione, di soggiorno e degli spazi ai quali afferiscono tramite adeguata simbologia - indicazione delle camere di degenza per tipo	Oe5 Oe3 Oe12 Us30VI Us13III Oe6 Us5I
tavola 4	Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con: - indicazione degli accessi all'area, delle recinzioni del giardino e degli accorgimenti adottati per dissimulare la presenza della recinzione - indicazione del tipo di spazio prospiciente (strada, altra proprietà)	Oe21 Oe19
tavola 5	Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con: - indicazione dei punti preferenziali di controllo e degli angoli liberi di visuale tramite adeguata simbologia grafica	Oe2
tavola 6	Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con: - indicazione della localizzazione degli apparecchi illuminanti, della loro tipologia e del loro campo d'illuminazione	Us30V
tavola 7	Pianta dell'area e del nucleo in scala 1:100 con: - indicazione delle porte interne ed esterne, delle modalità (ad ante incernierate) d'apertura e del senso di apertura - indicazione delle visuali preferenziali e della posizione delle finestre in relazione all'esterno visibile - indicazione dei percorsi e delle posizioni di porte e finestre tramite adeguata simbologia grafica	Oe14, Oe15 Oe17 Oe13, Us6II
tavola 8	Prospetti in scala 1:100 con: - indicazione delle partiture e delle dimensioni degli infissi (ed indicazione del tipo di spazi prospicienti del prospetto)	Oe16
tavola 9	Sezioni in scala 1:100 - indicazione delle quote altimetriche - indicazione della recinzione e degli accorgimenti adottati per dissimulare la presenza della recinzione - longitudinali e trasversali, con indicazione delle caratteristiche dell'esterno visibile	Oe10 Oe21 Oe17
tavola 10	Sezioni schematiche in scala 1:50: - verticali, dei diversi tipi di finestre con l'indicazione delle quote principali (davanzale o parapetto misurato rispetto al filo esterno della facciata) e delle soluzioni adottate per evitare la penetrazione del sole	Oe18, Oe20

	PROGETTO ESECUTIVO	Schede delle linee guida
tavola 1	Pianta in scala 1:50 con: - indicazione delle finiture superficiali e relativa legenda con l'esplicitazione delle caratteristiche della finitura, tramite simbologia grafica convenzionale o codificata	Oe3, Oe4, Us6I, Oe13
tavola 2	Pianta in scala 1:50 con: - indicazione dei tipi di pavimentazione, della geometria di posa in opera, del tipo di materiale, di formato e dei dislivelli minimi in corrispondenza delle soglie interno/esterno con riferimenti codificati alle prescrizioni capitolari	Oe1, Oe2
tavola 3	Pianta in scala 1:50 con: - indicazione dello sviluppo planimetrico del corrimano in corrispondenza dei percorsi, con indicazione della tipologia e della colorazione dell'elemento	Oe19
	- indicazione della localizzazione esatta dei punti predisposti per la segnaletica visiva	Oe23
tavola 4	Pianta in scala 1:50 con: - indicazione della localizzazione esatta dei dispositivi di rilevamento, della loro tipologia e del tipo di segnalazione al personale	Us6VII
tavola 5	Pianta in scala 1:50 con: - indicazione delle sistemazioni a verde e delle specie naturali (alberi, arbusti, fiori, ecc.)	Us30XI
tavola 6	Pianta in scala 1:50 con: - indicazione della localizzazione esatta degli apparecchi illuminanti, della loro tipologia e del loro campo d'illuminazione	Oe7, Oe8
tavola 7	Pianta in scala 1:50 con: - gli arredi con indicazione della loro colorazione per aree funzionali	Oe21, Us6I
	- indicazione del tipo di arredo e rimando alla prescrizione capitolare	Oe20, Oe25
tavola 8	Pianta in scala 1:50 con: - indicazione dell'area recintata con l'individuazione degli angoli di visuale libera e del tipo di visuale	Us30X
tavola 9	Particolare costruttivo in scala 1:5 della soluzione adattata per evitare gli spigoli vivi	Oe5
tavola 10	Abaco degli infissi in scala 1:20	Oe14, Oe15
	- indicazione dei colori, dei contrasti cromatici e delle aree funzionali alle quali gli infissi appartengono	
	- indicazione del tipo di finiture, colore e superficie	Oe13
	- indicazione delle tipologie adottate	Oe12
	- indicazione degli accorgimenti adottati per dissimulare la presenza della porta	Oe16
	- indicazione del tipo di vetratura	Oe11
tavola 11	- indicazione dei contrasti cromatici adottati per i sistemi di manovra	Oe17
	Abaco in scala appropriata della segnaletica e della simbologia adottata	Oe23
Prescrizione capitolare relativa	- ai tipi di pavimentazione e finiture delle pareti, con indicazione del materiale, del colore, del formato, della superficie e dei dislivelli minimi in corrispondenza delle soglie interno/esterno	Oe1, Oe2, Oe4, Oe13
	- agli infissi e relative maniglie, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate	Oe18
	- ai sistemi di segnalazione per la sicurezza del paziente	Oe10, Oe11
	- alla soluzione adottata per evitare gli spigoli vivi	Oe5
	- alle attrezzature per la cottura dei cibi	Us4VIII
	- agli apparecchi illuminanti e alle loro caratteristiche illuminotecniche	Oe7, Oe8
	- ai comandi impiantistici	Oe9
	- alla rubinetteria, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate	Us6II
	- agli arredi, con documentazione fotografica, o simile, sulle tipologie adottate	Oe6, Oe20, Oe22, Oe24, Oe25, Us6I, Us6III, Us6IV, Us6V, Us6VI, Us31IX

Da un punto di vista concettuale la progettazione può essere intesa come un processo di risoluzione di un problema. In tale prospettiva l'attività di acquisizione degli input di progetto (briefing) costituisce l'imprescindibile premessa conoscitiva volta a definire i "dati del problema", sia che si tratti di interventi di nuova costruzione sia di ristrutturazione.

La finalità generale perseguita dal briefing è quella di creare il supporto informativo necessario per l'individuazione di direzioni di intervento progettuale, con il particolare obiettivo di risolvere eventuali criticità e ottimizzare e migliorare complessivamente le condizioni di svolgimento delle varie attività negli spazi costituenti la struttura edilizia del centro. Nel caso di interventi di ristrutturazione le finalità conoscitive del briefing sono volte essenzialmente alla registrazione dello stato di fatto nel quale andrà ad innestarsi l'intervento progettuale, mentre nel caso di nuove costruzioni esse consistono principalmente nella strutturazione dell'insieme dei dati essenziali che informeranno il progetto.

Il quadro esigenziale che in maniera specifica si può rilevare con gli strumenti di briefing di seguito descritti è costituito dai bisogni del personale sia in riferimento al ruolo di supporto terapeutico e controllo dei pazienti sia in riferimento alla propria permanenza all'interno del centro.

Due sono le categorie di informazioni che costituiscono il necessario presupposto conoscitivo alle azioni progettuali ovvero quelle volte alla

- definizione del complesso delle attività svolte dal personale all'interno del centro
- individuazione delle condizioni ambientali e strumentali necessarie per lo svolgimento delle suddette attività.

Per raccogliere queste informazioni può ipotizzarsi la predisposizione di tre tipologie di strumenti:

- a- il questionario aperto e la lista delle unità spaziali (Cfr. Allegato I).

Quest'ultima ha il compito di fungere da supporto pre-strutturato – in quanto riferito a informazioni omogenee ripetitive – per raccogliere le risposte degli interlocutori apponendo un semplice simbolo, così da accelerare i tempi e minimizzare il rischio di perdita di dati durante la somministrazione del briefing

b- le schede (Cfr. Allegato II), la cui compilazione richiede essenzialmente l'apposizione di simboli o la scrittura di brevi testi in relazione a categorie di informazioni specifiche

c- la tabella delle relazioni funzionali tra le attività (Cfr. Allegato III), la cui compilazione prevede essenzialmente l'uso di codici alfanumerici predisposti per l'evidenziazione delle relazioni tra le attività.

Si fa rilevare che gli strumenti qui elencati - e riportati in allegato -, sebbene già utilizzati in esperienze di progettazione, hanno valore principalmente esemplificativo in quanto indicativi delle tipologie di informazioni che devono essere raccolte, mentre la forma specifica del supporto (schede, liste, elenchi, tabelle etc.) può essere passibile di modifiche per migliorarne l'operatività in sede di somministrazione.

Il questionario aperto

Il questionario aperto, in quanto strumento di briefing che valorizza l'apporto conoscitivo degli interlocutori, risulta adatto per l'acquisizione di informazioni su aspetti o problematiche di cui i ricercatori hanno un basso livello di conoscenza.

In particolare, il questionario può essere utilizzato per raccogliere le seguenti tipologie di informazioni, qui brevemente descritte relazioneandole alle rispettive principali finalità progettuali:

- *descrizione della dimensione spaziale-funzionale complessiva del centro (ingressi, unità spaziali) e della consistenza quantitativa e qualitativa (in termini di ruoli ricoperti) degli operatori della struttura.*

I dati inerenti la descrizione fisica della struttura possono agevolmente essere raccolti utilizzando come supporto tabelle a tal fine predisposte come la già menzionata lista delle unità ambientali.

Nel caso, poi, di interventi di ristrutturazione ci si può proficuamente avvalere della planimetria del centro per la esatta localizzazione degli ingressi e delle varie unità ambientali. Sempre delle tabelle possono essere adottate per raccogliere i dati inerenti la consistenza quali-quantitativa degli operatori.

In termini più ampi e con validità generale, può dirsi che la scelta del supporto per la registrazione delle risposte degli interlocutori deve essere operata sulla base dei criteri base di riduzione complessiva del tempo di somministrazione del briefing e di minimizzazione del rischio di perdita di dati durante la loro registrazione. Per ciò che attiene le finalità progettuali, le informazioni sulla dimensione spaziale-funzionale della struttura consentono essenzialmente di conoscere il funzionamento complessivo del centro, mentre le informazioni sugli operatori consentono di avere un fondamentale termine di riferimento per il dimensionamento degli spazi costituenti la struttura edilizia – sia che si tratti di ristrutturazione sia di interventi di nuova costruzione.

- informazioni attinenti le strategie future di sviluppo della struttura

Queste informazioni - nel caso di interventi di ristrutturazione di centri esistenti - costituiscono essenzialmente il supporto conoscitivo per eventuali adeguamenti della consistenza dimensionale della struttura o per risolvere l'alloggiamento di nuove attività previste o, ancora, per il riuso di spazi ospitanti attività in via di dismissione.

In termini più generali, la finalità di queste informazioni, sia che si tratti di interventi di ristrutturazione sia di nuova costruzione, consiste nell'assicurarsi che la soluzione progettuale che si andrà a prefigurare non risulti obsoleta a breve termine.

- informazioni volte ad evidenziare le criticità - funzionali e/o gestionali - riferite alla scala dell'intera struttura

Queste informazioni hanno l'obiettivo manifesto di focalizzare l'azione progettuale sui nodi critici a livello della struttura nel suo insieme

- opinioni su aspetti specifici

L'azione progettuale deve sempre armonizzarsi con i punti di vista, le opinioni di coloro che operano - o opereranno - nella struttura oggetto dell'intervento progettuale (un esempio significativo di argomento sul quale è opportuno raccogliere il parere del personale può senz'altro ritenersi quello del controllo dei pazienti attraverso dispositivi elettronici come le telecamere, le quali comportano delle imprescindibili valutazioni in merito alle limitazioni della privacy dei pazienti).

Per ciò che attiene la scelta degli interlocutori del questionario aperto possono esprimersi alcuni, fondamentali criteri base: le informazioni che si riferiscono agli aspetti di natura gestionale e strategica sono pressochè esclusivamente acquisibili dagli operatori che ricoprono ruoli dirigenziali; le informazioni che si riferiscono al funzionamento routinario, quotidiano della struttura sono acquisibili da operatori che svolgono funzioni di coordinamento – nel caso specifico l'infermiere responsabile del piano di assistenza che possiede una visione d'insieme sia delle caratteristiche della struttura sia delle sue problematiche; per le informazioni su aspetti specifici – pareri, chiarificazione di nodi critici, ecc. – deve prevedersi il coinvolgimento degli operatori che svolgono le attività interessate con l'avvertenza generale che, qualora le risposte prevedano dei cambiamenti di natura strutturale – incremento del personale, acquisti di attrezzature, ecc. – deve comunque compiersi una verifica incrociata volta a definirne il grado di fattibilità attraverso l'interrogazione dell'operatore che svolge il ruolo di dirigente.

Le schede

Le schede costituiscono uno strumento finalizzato a raccogliere le informazioni inerenti le attività svolte dal personale e le condizioni – ambientali e strutturali – necessarie per il loro svolgimento. Questo strumento ha un livello superiore di pre-strutturazione delle informazioni, sulle quali si vogliono acquisire dati specifici,

rispetto al questionario aperto. Per ciò che attiene l'organizzazione complessiva dell'insieme delle schede si è qui assunta come griglia di riferimento la lista delle macrofunzioni e la relativa scomposizione delle macrofunzioni in attività elementari.

Le schede hanno la finalità di raccogliere informazioni circa le seguenti categorie di variabili:

- 1) le attività compiute nel centro (cosa viene fatto),
- 2) le caratteristiche qualitative (chi) e quantitative (quanti) relative al gruppo degli attori coinvolti in ciascuna attività
- 3) le unità ambientali dove si svolgono le attività (dove)
- 4) le caratteristiche di utilizzazione delle varie unità ambientali (sincronica e diacronica)
- 5) le caratteristiche temporali delle attività (quando e per quanto tempo)
- 6) le condizioni ambientali necessarie per lo svolgimento delle attività (luce, temperatura, controllo visivo dei pazienti)
- 7) le dotazioni di arredi e di attrezzature (di cosa si abbisogna per lo svolgimento di ciascuna attività)

Non tutti i tipi di informazioni qui elencati saranno “automaticamente” riportati in ogni scheda di briefing ma sarà necessario operare una selezione critica adottando solo quelle informazioni ritenute significative nella descrizione della attività di volta in volta oggetto di analisi. Tuttavia, le categorie 1-4 e 7 saranno presenti in tutte le schede.

Per ciò che attiene le principali finalità progettuali delle categorie di informazioni poco sopra elencate si riferisce quanto segue:

- le categorie 1) e 2) costituiscono una griglia di riferimento indispensabile per la valutazione delle necessità spaziali e l'individuazione dei principali connotati tipologici della struttura;
- la categoria 3) permette di conoscere in termini spaziali il comportamento del personale attraverso una localizzazione spaziale puntuale di ciascuna attività;

- la categoria 4) permette essenzialmente di valutare la compatibilità tra attività svolte sincronicamente/diacronicamente nella medesima unità ambientale;
 - la categoria 5) permette - congiuntamente alle informazioni della categoria 4) - di valutare l'eventuale compatibilità diacronica tra le attività e di ottimizzare l'utilizzazione degli ambienti costituenti la struttura;
 - le categorie 6) e 7) permettono di conoscere le caratteristiche ambientali e le dotazioni di attrezzature e arredi necessari per lo svolgimento in condizioni confortevoli delle attività.
- Nell'allegato II vengono mostrate le modalità di compilazione.

Le tabelle

La tabella delle relazioni funzionali tra le attività ha il fine di rilevare la natura dei flussi – e dunque delle relazioni funzionali – che si instaurano tra le diverse attività svolte all'interno del centro. I flussi, come specificato nella tabella, possono essere riferiti sia agli operatori, sia ai materiali sia allo scambio di informazioni.

Dal punto di vista progettuale i flussi degli operatori e dei materiali individuano le relazioni spaziali – in particolare i caratteri di vicinanza e prossimità, nel primo caso, e di collegamento di servizio, nel secondo caso – delle unità ambientali in cui si svolgono le attività legate dal flusso degli operatori e dei materiali. Il flusso delle informazioni, invece, non necessariamente implica dei requisiti di natura spaziale, dato l'uso oramai generalizzato delle tecnologie informatiche che consentono di prescindere dalla dimensione spaziale per lo scambio delle informazioni. Tuttavia, com'è evidente, le relazioni spaziali di vicinanza/prossimità sono invece implicate dallo scambio di informazioni su supporto cartaceo.

Nell'allegato III, data la finalità puramente esemplificativa, è riportata solo la prima pagina della tabella delle relazioni funzionali tra le attività, dato che le pagine seguenti ripropongono tutte la medesima struttura.

		Accessibilità al paziente			
		presente	prevista libera	interdetta	con controllo
Us1	Atrio				
Us2	Soggiorno				
Us3	Sala da pranzo				
Us4	Cucina terapeutica				
Us5	Camera di degenza				
Us6	Bagno				
Us7	Bagno assistito				
Us8	Percorsi di vagabondaggio				
Us9	Lavanderia terapeutica				
Us10	Spazio per musicoterapia				
Us11	Spazio di lavoro				
Us12	Palestra				
Us13	Sala tv				
Us14	Spazio per il culto				
Us15	Spazio cure estetiche				
Us16	Spazio per colloqui				
Us17	Infermeria				
Us18	Ufficio-Direzione				
Us19	Archivio				
Us20	Guardaroba pazienti				
Us21	Spogliatoio per personale				
Us22	Camere per personale				
Us23	Bagno per personale				
Us24	Salottino per personale				
Us25	Dispensa				
Us26	Deposito biancheria				
Us27	Deposito attrezzature pulizia				
Us28	Rimessa per sedie a ruote				
Us29	Ingresso per non pazienti				
Us37	Lavanderia generale				
Us38	Cucina generale				

Allegato I

Esemplificazione di questionario per l'acquisizione di informazioni relative alle Unità spaziali

Macrofunzione A								Utilizzazione US per altre attività		Illuminazione				
	AA	BB	CC	DD	al	Unità spaziale	Durata attività	Sincronica	Diacronica	Artificiale	Naturale	Oscurabilità	Arredi principali	Attrezzature principali
Attività x														
Attività y														
Attività z														
Note										Condizioni svolgimento attività				
Svolgimento attività														
Questo campo ha il fine di raccogliere informazioni integrative che possono meglio specificare i dati raccolti attraverso la scheda o, anche, informazioni che sono difficilmente rilevabili e formalizzabili attraverso il meccanismo bloccato della scheda, (come, ad esempio, i commenti svolti dagli intervistati durante la somministrazione delle schede di briefing).														

Attività elementari

Le informazioni da acquisire consistono nella conferma - o meno - dello svolgimento delle singole attività elencate e nell'eventuale integrazione della lista. La conferma dello svolgimento di una data attività è formalizzata annerendo il quadratino corrispondente.

Gruppo di fruizione

Le abbreviazioni (AA, BB ecc.) identificano i vari attori.

Le informazioni da acquisire consistono nella individuazione del tipo e numero di attori coinvolti nello svolgimento di ciascuna attività elementare.

La compilazione prevede l'espressione del numero di ciascun tipo di attore coinvolto nello svolgimento di ogni singola attività elementare.

Unità spaziale

L'informazione da acquisire consiste nella identificazione dell'unità spaziale utilizzata per lo svolgimento di ciascuna delle attività elencate.

Durata attività

L'informazione di natura temporale qui presente è quella che si riferisce alla durata di svolgimento delle attività (in altri casi può essere significativa la identificazione di "quando" l'attività viene svolta).

Utilizzazione delle US

Le informazioni da rilevare consistono nella individuazione delle modalità di utilizzo delle varie Unità spaziali. La compilazione prevede la registrazione delle eventuali attività che sincreticamente e/o diacronicamente vengono svolte nella US attraverso l'uso di codici (o abbreviazioni) preventivamente definiti per l'identificazione di ciascuna delle attività svolte nella struttura edilizia.

Le condizioni di illuminazione

Le informazioni da acquisire sono volte a definire le condizioni di illuminazione necessarie per lo svolgimento delle varie attività. Attraverso l'apposizione di un segno di barratura nei quadrati predisposti si formalizza la necessità di illuminazione naturale. Per ciò che attiene l'illuminazione artificiale vanno evidenziate le caratteristiche che la luce deve avere (diffusa, regolabile, concentrata); e le esigenze di oscurabilità dell'ambiente (totale, parziale).

Le dotazioni di impianti e attrezzature

Le informazioni da acquisire consistono nella individuazione dei principali elementi di arredo e attrezzature necessari per lo svolgimento delle varie attività.

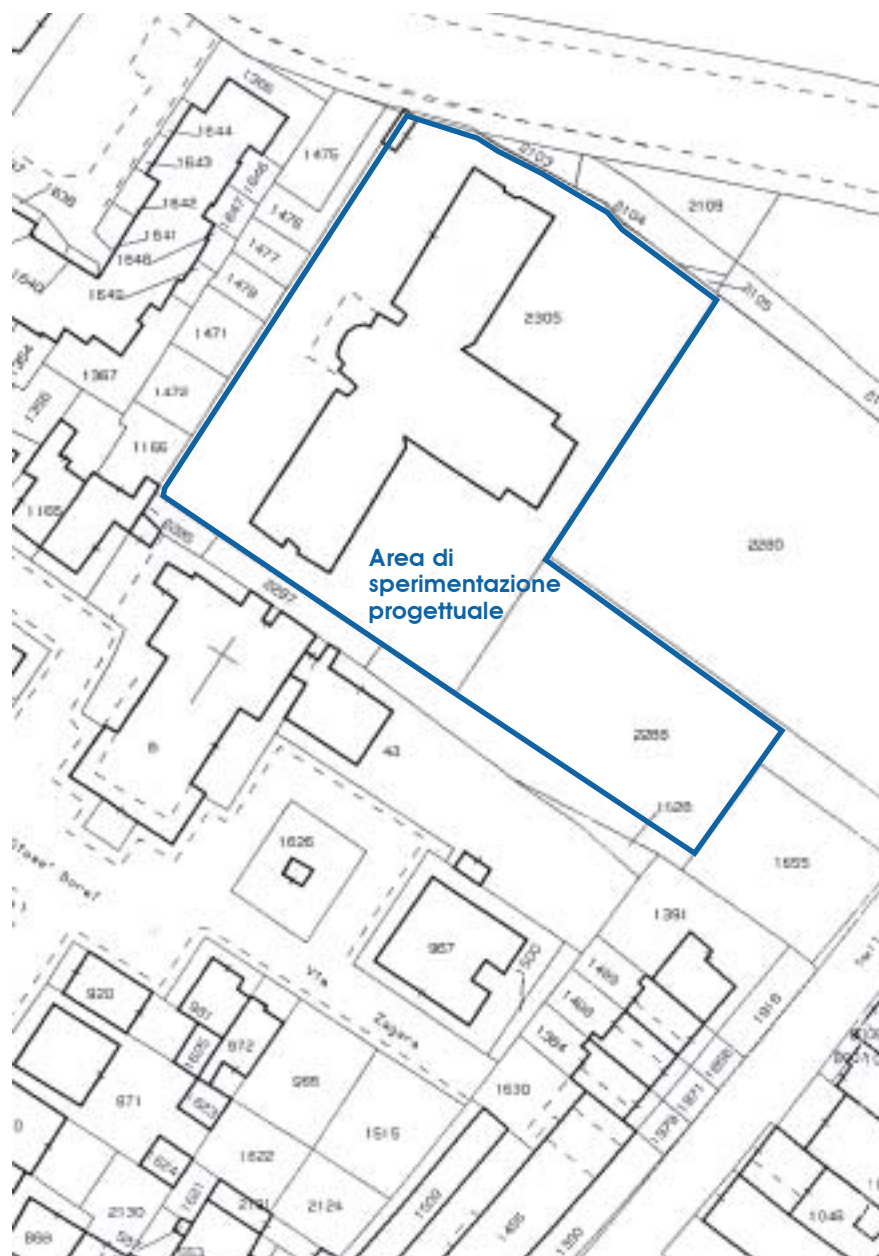
Allegato II

Esemplificazione per l'acquisizione di informazioni relative alle attività e alle condizioni necessarie per il loro svolgimento

		Flussi			
		di materiali		di informazioni supporto Cartaceo supporto Informatico	di operatori
			di operatori		
1 Inserimento del paziente nella struttura	1.A Colloquio iniziale 1.B Verifica stato di salute 1.C Diagnosi infermieristica preliminare 1.D Compilazione scheda paziente 1.E altro 1.F altro				
2 Programmazione delle attività del paziente	2.A Valutazione stadio della malat- tia 2.B Valutazione delle attitudini del paziente 2.C Programmazione attività individuali e di gruppo 2.D Altro 2.E Altro				
3 Svolgimento delle attività del paziente all'interno del centro	3.A Cura della casa 3.B Cucina terapeutica 3.C Movimento e percezione del se 3.D Manualità 3.E Attività ricreative 3.F Cura della persona 3.G Consumazione pasti 3.H Riposo quotidiano 3.I Igiene personale ed evacuazione 3.L Altro 3.M Altro				
4 Monitorizzazione giornaliera del paziente	4.A Redazione diario assistenziale 4.B Altro 4.C Altro				
5 Assistenza di base al paziente	5.A Assistenza del paziente non autosufficiente 5.B Altro 5.C Altro				

Allegato III

Esemplificazione di tabella per l'acquisizione
di informazioni relative alle relazioni funzio-
nali fra le attività



Sperimentazione progettuale per il centro Alzheimer di Narnali (Prato)

La ricerca sperimentale elaborata dal Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS, oltre a predisporre uno strumento normativo atto a qualificare la progettazione delle residenze sanitarie destinate ai malati di Alzheimer, ha sviluppato a fine solo strumentale un'ipotesi progettuale su una realtà esistente, per testare l'applicabilità delle linee guida formulate.

Tale ipotesi progettuale ha recepito le indicazioni della ASL 4 di Prato e il suo desiderio di realizzare un giardino Alzheimer in un'area a verde prospiciente la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di Narnali, priva allo stato attuale di qualsiasi soluzione organizzativa. Nella RSA è, infatti, in funzione da tempo un centro diurno Alzheimer, ricavato in una parte del piano terreno dell'edificio, mentre si prospetta in un futuro molto prossimo di riconvertire un'altra porzione del piano terreno, limitrofa a quella del centro diurno, a nucleo residenziale per i malati di Alzheimer. L'intervento si è allora interessato di rifunzionalizzare a livello prevalentemente tipologico gli spazi interni dell'esistente centro diurno e quelli destinati al centro residenziale, in modo da ipotizzare sinergia fra i due nuclei; di organizzare il giardino, nonché di prevedere un nuovo blocco edilizio, di collegamento fra i due centri, per ampliare gli spazi terapeutici.

Proposta metaprogettuale

Al margine nord-occidentale del Comune di Prato, nella frazione di Narnali, fra Via del Guado e Via di Maliseti, in una zona già dotata di tutti i servizi di urbanizzazione primaria e secondaria, è presente una RSA che già comprende un centro diurno Alzheimer, di impianto a forma di T.

Il tessuto urbano in cui è situato tale edificio è interessato da un edificato prevalentemente residenziale, leggermente decentrato verso la frazione di Maliseti, caratterizzato anche da alcuni edifici pubblici, negozi, una banca e una chiesa che contribuiscono a non emarginare i soggetti insediati, che possono così mantenere dei legami con il normale evolversi della vita.

La proposta progettuale si é concentrata sull'area del centro diurno Alzheimer, l'ala della RSA da destinarsi a centro permanente Alzheimer e la zona a verde adiacente alla RSA di proprietà della ASL4, destinata ad ospitare il giardino Alzheimer. Allo stato di fatto, la porzione della RSA utilizzata dal centro diurno Alzheimer e ricavata al piano terreno del braccio longitudinale della costruzione a forma di T, manca di una corretta impostazione degli accessi, di una organizzazione degli spazi tale da favorire il controllo diretto dei malati, di un percorso interno di vagabondaggio, di una demarcazione con gli ambienti pertinenti alla RSA.

L'ala da destinarsi a centro residenziale Alzheimer, locata al piano terreno del braccio sud della RSA, oltre a necessitare di una riorganizzazione degli spazi interni, richiede che sia prevista una correlazione con l'adiacente centro diurno in funzione di una futura più facile gestione dei due nuclei.

Al contempo, l'area verde ipotizzata per il giardino Alzheimer, prospiciente la zona dei nuclei, presenta una tale estensione che non ne rende corretta la sua completa utilizzazione, come le linee guida hanno postulato. Ciò ha portato a pensare di destinarne una parte ai nuclei Alzheimer e un'altra a spazio verde attrezzato per la R.S.A., che di fatto manca di un giardino di respiro proporzionale al numero dei suoi ospiti. Tale scelta ha anche permesso di dotare i centri di Alzheimer di un ingresso indipendente da via di Maliseti, lasciando in funzione quello da via del Guado per la sola RSA, nonché di prevedere due accessi pedonali al giardino Alzheimer riservati al giardiniere ed al personale. Di conseguenza, tra via di Maliseti e le due aree verdi è stata prevista una zona filtro alberata con un'area riservato a parcheggio.

L'obiettivo principale dell'intervento progettuale è stato quello di realizzare un ambiente protesico che tenesse conto delle reali esigenze del malato di Alzheimer.

Il progetto prevede sia la ristrutturazione degli spazi interni, attualmente occupati dal centro diurno e dalla R.S.A., sia la costruzione di nuovi spazi esterni all'edificio. La ristrutturazione degli

spazi interni si rende necessaria per supplire alle attuali carenze della struttura e per ottenere ambienti efficienti e ben fruibili dall'utenza prevista; la costruzione di un nuovo blocco edilizio correlato ai due centri Alzheimer mira a compensare l'insufficienza di spazi comuni, offrendo ambienti da utilizzare per lo svolgimento delle attività terapeutiche. Nello stabilire la nuova conformazione degli spazi, si è fatto in modo che l'intervento fosse meno invasivo possibile e che fosse in grado di rispondere sia alle esigenze del malato che a quelle gestionali-operative.

Il nucleo Alzheimer che si prospetta sarà quindi organizzato in tre parti: il centro diurno nella sua attuale collocazione, il centro residenziale nell'ala destinata e il nuovo blocco per le attività terapeutiche (oggetto di nuova costruzione), utilizzabile sia dal centro residenziale che dal diurno.

Il centro diurno, a cui si accede da via Maliseti attraverso un viale alberato, nella nuova conformazione presenta nella parte destra rispetto all'asse longitudinale della struttura, tutti gli spazi di servizio di pertinenza del personale. Ciò per evitare che si possa generare nel paziente confusione in merito agli spazi a lui accessibili e per indirizzarlo in modo chiaro verso la zona pensata per le attività terapeutiche. Questa è dislocata nella restante parte dell'area del centro diurno e si collega attraverso un percorso di vagabondaggio alle zone comuni del centro permanente, nonché al nuovo blocco posto in una piccola area verde prospiciente i due nuclei.

Il percorso interno di vagabondaggio, oltre ad unificare le tre aree (centro diurno, centro residenziale e blocco per le attività), è l'elemento portante del progetto. Grazie al suo andamento chiuso ad anello, oltre al vagabondaggio del malato, il percorso consente l'accesso a tutti gli spazi terapeutici e, quindi, permette di distrarre il paziente dal suo cammino e di coinvolgerlo nelle varie attività previste negli ambienti a lui tangenti.

Il nuovo blocco pensato per le attività terapeutiche è stato dislocato al margine della piccola area verde prospiciente i due centri e funge da luogo di convergenza del centro residenziale e di quello

diurno. Di dimensioni contenute, per non disorientare il paziente, costituisce anche un collegamento al giardino vero e proprio e al contempo un limite alla porzione di verde sulla quale si affacciano i due centri.

Nella sua composizione si è evitato ogni riferimento a contesti ospedalieri: attorno a un'area centrale di sosta, si presentano le "stanze" destinate alle attività terapeutiche, un giardino d'inverno e i necessari servizi igienici.

Indicazioni per il progetto esecutivo del giardino Alzheimer

La ricerca ha indicato l'importanza di un'area verde opportunamente predisposta per supportare ed enfatizzare le capacità residue che il paziente può ancora esprimere, nonché il suo grado di autonomia.

Il giardino ha rappresentato nella storia il continuo tentativo di mantenere, ricostruire ed umanizzare la memoria dell'ambiente naturale. Pertanto il giardino, l'orto, lo spazio verde sono luoghi familiari alla memoria, che rimangono nel vissuto anche di chi ha perduto la memoria di sé; il giardino rappresenta quindi il luogo dove al malato è consentito di godere della libertà di uscire all'aperto, di riappropriarsi della natura a patto che sia di facile accesso e soddisfi la pulsione al movimento.

Le persone affette da Alzheimer sono sottoposte a processi di progressiva riduzione delle capacità cognitive dovuti alla degenerazione delle facoltà cerebrali e a perdita della memoria verso sia la propria realtà umana che l'ambiente.

La strutturazione dell'ambiente terapeutico per gli affetti da Alzheimer costituisce, parallelamente alle ricerche mediche e farmacologiche, un obiettivo teso a determinare condizioni di rallentamento dei processi involutivi e degenerativi specifici. Se l'ambiente fisico deve compensare i deficit sensoriali e percettivi causati dalla demenza, lo spazio esterno diventa una pertinenza fondamentale, considerando che il comportamento dei malati è basato su

una forte pulsione alla deambulazione e al tempo stesso é necessario contenere (e controllare) l'ambito di deambulazione. Ciò significa dover far coincidere esigenze contrapposte e per questo i criteri di progettazione devono essere ricondotti ad un'integrazione organica tra spazi interni e spazi esterni, considerando la struttura degli spazi esterni funzionale al programma terapeutico specifico per i malati.

I risultati della ricerca svolta dal Centro TESIS sono stati applicati all'intervento sul giardino per il quale sono stati formulati i seguenti criteri progettuali:

- dare sfogo al vagabondaggio
- limitare il "campo d'azione" del paziente in modo mimetizzato e non coercitivo
- prevenire complicità e sintomi comportamentali
- garantire il controllo a vista degli operatori sanitari
- avere un rapporto diretto e continuo con l'interno del nucleo
- compensare i disturbi di memoria e prevenire il disorientamento
- garantire l'accessibilità e la fruizione notturna
- stimolare le abilità funzionali residue e compensare le disabilità
- evitare al malato stimoli stressanti e la privazione sensoriale
- garantire le capacità decisionali residue del malato
- adeguarsi ai ritmi ed ai bisogni del paziente
- avere un'atmosfera familiare e normalizzata
- creare un'immagine ambientale riconoscibile e rassicurante
- facilitare lo svolgimento dei programmi terapeutici
- consentire l'esercizio di attività ricreative a contatto con la natura.

Il progetto vuole negare innanzi tutto il concetto del parco naturalistico di "estetica passiva" per affermare invece l'idea di un luogo dove il fruitore può avvalersi di diversi stimoli, seguire esperienze interattive, maturare delle conoscenze, apprendere rilassandosi o svagarsi semplicemente.

Partendo da questo concetto, il giardino è definito da elementi "pieni" - spazi destinati ad attività specifiche, riferimenti visuali che lo ritmano - e da "vuoti" che, configurati come percorsi sinuo-

si, si dispiegano in curve e serpentine, fino a lambire tutti gli angoli interessati dalla composizione. Il percorso, infatti, può essere definito come una “passeggiata cinematografica”, lungo la quale si succedono tre aree a tema, concepite come “stanze” vivibili dal visitatore. Il percorso è l'elemento generatore e strutturante del progetto. Esso realizza una sequenza controllata di stimoli percettivi (colori, suoni, profumi), ha uno sviluppo anulare per evitare bivi ed incroci e permette al malato di tornare sempre al punto di partenza. La sua caratteristica precipua è soprattutto quella di distrarre il paziente dal continuo vagabondare e di renderlo partecipe di situazioni diverse, siano esse attività occupazionali, momenti di socializzazione, di rilassamento, di incontro o di sosta.

E' importante che il percorso sia intercalato con aree di sosta che si configurano come “mete da raggiungere”.

Tali aree sono di forma e dimensioni variabili, a seconda della funzione e del numero di utenti; sono luoghi dove lo scandire temporale si realizza attraverso l'esperienza di attività varie, che possono andare dalla sosta contemplativa al lavoro manuale.

L'intenzione è, infatti, quella di realizzare uno spazio “da scoprire”, quasi un “luogo delle meraviglie”, in cui il paziente si senta protetto e possa riappropriarsi del proprio tempo, del proprio spazio, del proprio corpo. Un elemento essenziale nella composizione è determinato dal terrapieno che delimita verso l'esterno il giardino in modo sicuro, cioè invalicabile per il malato e al contempo chiude lo spazio verde a lui destinato. Coperto dal manto erboso, esso si presenta come un elemento che si inserisce in modo naturale nel paesaggio circostante ed è caratterizzato da un andamento armonioso e collinare.

Il giardino è per eccellenza il luogo ove più facilmente il malato può essere guidato a riscoprire i suoi sensi, può percepire il cambiamento stagionale e il fluire del tempo, può essere risvegliato nella sua attenzione verso l'ambiente.

L'obiettivo è quindi quello di creare un ambiente che esalti le informazioni positive e mitighi gli stimoli negativi. Per un efficace con-

seguimento di tale obiettivo, le informazioni fornite dall'ambiente devono essere di tipo plurisensoriale, interessare cioè più sensi contemporaneamente, in modo da interagire efficacemente con le capacità percettive residue.

I luoghi dove ciò può avvenire sono:

- lo spazio del colore, in cui viene stimolata la percezione visiva attraverso il colore della vegetazione (fiori, foglie e corteccia degli alberi);
- lo spazio del gusto, dell'olfatto e del tatto, in cui è possibile cogliere frutti, assaporare l'aroma delle piante officinali e avere contatto diretto con le piante stesse;
- lo spazio della concentrazione, che consiste in uno spazio di forma circolare, attrezzato per lo svolgimento di attività manuali e ricreative, che permette di attrarre il paziente al suo interno;
- il luogo della stimolazione uditiva, individuato da una voliera, collocata in posizione centrale rispetto all'intero giardino, in quanto elemento di riferimento visivo anche a distanza. Inoltre essa costituisce un elemento tradizionale del giardino.

Gli accessi

Il progetto del giardino Alzheimer è organizzato all'interno di un terrapieno, che costituisce il limite verso lo spazio esterno. L'area oggetto dell'intervento ha una superficie totale pari a 2230 mq e quella interna al terrapieno di 960 mq circa.

L'accesso al giardino avviene sul lato nord-ovest da un unico ingresso, in comunicazione diretta con il blocco per le attività terapeutiche che è posizionato nell'area compresa fra il centro diurno e il centro permanente.

Sono inoltre presenti un accesso di servizio per il personale, posto a fianco dell'ingresso principale al centro diurno, ed uno per il giardiniere, posto sul lato est dell'area, che permette di accedere direttamente al ricovero degli attrezzi e al giardino stesso, attraverso una porta mimetizzata lungo il percorso.

Il percorso

L'elemento che definisce i limiti dell'area fruibile dai pazienti è costituito da un percorso pavimentato e coperto, che garantisce l'utilizzo del giardino anche in caso di condizioni meteorologiche sfavorevoli. Ha una larghezza media di 2,10 m ed è lungo complessivamente circa 110 m.

Tale percorso è delimitato sul lato esterno dal terrapieno che ha un'altezza variabile da 2,80 m, sul lato sud e sud-est, ai 2,50 m via via decrescenti fino alla quota zero sul lato ovest.

La morfologia del terrapieno ben si integra nel paesaggio circostante in quanto, esternamente, ha fattezze collinari e un andamento variabile per garantire a sud un'adeguata protezione dal soleggiamento, senza schermare a nord la visuale verso i monti in lontananza.

Assume anche l'identità di un elemento tecnologico dalle diverse connotazioni: semplice copertura, contenitore (lungo di esso troviamo un ricovero per gli attrezzi del giardiniere, uno spazio di deposito e dei bagni), supporto per attività diverse (area per l'ortoterapia e area per lo svolgimento di attività ricreative), nonché per piante rampicanti ed elementi di seduta.

La struttura portante del terrapieno è in cemento armato gettato in opera, opportunamente impermeabilizzata e internamente rivestita con pannelli di legno.

Lungo il lato sud e sud-est del giardino la struttura presenta una mensola a sbalzo a quota 2,50 m, che sostiene la copertura, e una zona funzionale che comprende i bagni accessibili ai pazienti, uno spazio di deposito ed un ricovero per gli attrezzi riservato al giardiniere. Da questo punto in poi il muro di contenimento inizia a decrescere in modo graduale, lasciando emergere la struttura di supporto della copertura, costituita da pilastri fissati al muro di cemento.

Qui la chiusura verso l'esterno è costituita non da una parete ma da elementi vegetali, quali siepi schermanti.

Esse sono state utilizzate anche come limite di demarcazione tra le

zone accessibili e quelle non accessibili ai pazienti. La copertura del percorso è leggera e costituita da elementi modulari, listelli di legno ancorati a dei correnti, ed ha una struttura portante in legno lamellare dal design quanto più familiare possibile. Essa è l'elemento unificante delle diverse aree del giardino, trattato in modo unitario a livello tecnologico e presenta un profilo che varia in corrispondenza dell'ingresso e degli spazi attrezzati per segnalare gli accessi e le aree funzionali e orientare il paziente.

L'elemento di copertura deve rispondere a requisiti diversificati e complessi, viste le esigenze comportamentali del malato di Alzheimer, pertanto il progetto propone diverse soluzioni possibili della finitura: senza tenuta all'acqua, coperta dal verde delle piante rampicanti o da stuoie, e con tenuta all'acqua, realizzata tramite più alternative: lastre di rame o di polycarbonato, tavole di legno o membrana in pvc.

Le aree tematiche

Le aree interne delimitate dal percorso sono state caratterizzate in modo diversificato, tanto da diventare delle aree tematiche che offrono differenti stimoli al paziente.

L'area più vicina all'ingresso è definita "spazio del colore" ed è caratterizzata da piante selezionate in modo da garantire la presenza del colore in ogni periodo dell'anno. Quest'area ha l'obiettivo di catturare l'attenzione del paziente attraverso una successione di stimoli visivi.

Nella parte più ad est trova collocazione lo "spazio del gusto, olfatto e tatto", che comprende una zona destinata all'ortoterapia, una al frutteto e un'altra alle piante aromatiche e commestibili in genere. In particolare l'orto rappresenta un elemento altamente significativo e simbolico, in quanto consente lo svolgimento di attività che danno al malato interesse e soddisfazione e che gli permettono di riappropriarsi del rapporto con la vita in genere, attraverso la manualità e il contatto diretto con la vegetazione. Accanto all'orto sono state inoltre collocate piante che hanno la caratteristica di

emettere profumazioni intense al solo sfregamento delle foglie. Il frutteto consente al paziente di ritrovare un ambiente familiare al suo vissuto e di orientarlo temporalmente. E' il luogo, all'interno dell'area, in cui è possibile cogliere e assaporare dei frutti liberamente e in totale sicurezza. La zona destinata agli aromi contiene piante aromatiche e commestibili in genere.

La terza area tematica è stata chiamata lo "spazio della concentrazione" ed è caratterizzata dalla presenza di un'area attrezzata e riparata, all'interno della quale i pazienti possono svolgere diverse attività terapeutiche. Nell'area è collocato un solo grande albero, avente come finalità quella di attirare l'attenzione del paziente, ed è delimitata da piante di diversa altezza e grandezza, che inducono i pazienti a permanere all'interno dell'area.

Le tre aree sono percorse da un vialetto sinuoso, che permette al paziente di attraversare ciascuna area, di permanere negli spazi di sosta o semplicemente di contemplarne il paesaggio.

Centralmente rispetto al giardino e visibile da tutti i punti dell'area è posizionata la voliera, elemento che riconduce alla stimolazione della percezione uditiva ed arricchisce di suoni il giardino e rappresenta un punto di riferimento spaziale per il paziente. Altri elementi che hanno lo scopo di essere dei "segnali" facilmente distinguibili, tanto da poter essere d'aiuto nell'orientamento, sono posti in prossimità dell'ingresso-uscita e dei due bracci che partono dal centro del giardino; si tratta di una torretta lignea con asta portabandiera, di una fontana e di una scultura.

Arredi

Di notevole importanza è la scelta degli arredi, in quanto devono assicurare l'incolumità d'uso, la protezione da cadute e una corretta fruibilità in termini di semplicità, praticità e riconoscibilità; devono garantire l'accessibilità diretta, la socializzazione ma anche la privacy, minimizzare i fattori di stress e possedere particolari dotazioni per lo svolgimento delle attività del giardino; devono possedere un aspetto familiare ed essere realizzati con materiali

caldi e piacevoli al tatto.

Gli arredi sono stati differenziati in base alle diverse zone del giardino, pur avendo le stesse caratteristiche formali.

Le panchine hanno la seduta e lo schienale in legno con struttura di supporto in acciaio, ancorata alla pavimentazione.

Pavimentazioni

La pavimentazione deve garantire la sicurezza d'uso (protezione da cadute), e quindi essere antisdrucciolo e antiriflesso; nonchè un certo benessere visivo, evitando possibilmente la presenza di fughe tra gli elementi che la compongono e mantenendo uniformità di texture e colorazione. È preferibile scegliere per essa colorazioni chiare e luminose in contrasto col verde della vegetazione circostante, affinché sia facilmente individuabile.

Essa si differenzia a seconda dei percorsi: lungo i percorsi principali e all'interno delle aree di sosta è stata realizzata in calcestruzzo con legante in resina trasparente, che, a seconda del tipo inerti naturali, permette di ottenere la colorazione desiderata. Ha inoltre caratteristiche di notevole resistenza al gelo, all'abrasione, alla fessurazione e agli urti. Lungo i vialetti interni è previsto l'uso di blocchetti di cls autobloccanti.

Tutte le superfici pavimentate hanno una pendenza massima del 2% per permettere un facile deflusso delle acque verso le canalette di raccolta. La pendenza non deve essere percepibile per prevenire cadute o situazioni di panico.

Il sistema di raccolta delle acque avviene verso una canaletta di raccolta interrata, lungo il percorso principale e intorno alla voliera, attraverso una piccola fessura presente tra due zanelle in pietra e continua lungo tutta l'estensione delle canalette. In questo modo si evitano elementi che possono compromettere l'incolumità del paziente, quali pendenze accentuate dalla pavimentazione, dislivelli tra la pavimentazione e le aree verdi, eliminando così possibili cause di pericolo.

Illuminazione

L'impianto d'illuminazione permette la fruizione notturna del giardino Alzheimer. Il malato di Alzheimer scambia spesso il giorno con la notte e quindi il vagabondaggio si può manifestare anche nelle ore notturne; deve quindi essere possibile una fruizione incondizionata del giardino. Inoltre, può essere necessario un potenziamento della luce diurna, in particolari condizioni meteorologiche.

Nel progetto è stato previsto un impianto di illuminazione che dovrà illuminare unicamente i percorsi, per evitare che un paziente acceda ad un'area di sosta e vi rimanga tutta la notte. L'impianto lungo il percorso dovrà essere dotato di punti luce in numero e tipo di illuminamento adeguato e rendere chiaramente e uniformemente percepibile il piano di calpestio. L'effetto del progetto di illuminazione dovrà tenere conto di tutti gli elementi presenti sulla scena: luci estremamente diffuse e uniformi appiattiscono eccessivamente l'ambiente, viceversa un contrasto eccessivo o l'abbagliamento, nonché l'illuminazione dal basso, drammatizzano l'ambiente, rendendolo ostile.

La proposta progettuale prevede l'utilizzo di un sistema di illuminazione diffuso, disposto lungo il percorso principale, ancorato alla struttura portante della copertura. L'ampiezza del fascio luminoso consente di illuminare tutto il percorso in modo uniforme. Tutti gli altri percorsi saranno dotati di lampioni a palo, che forniscono un richiamo alla tradizione.

Vegetazione

La vegetazione è il tessuto connettivo che sostiene tutte le attività che si svolgono nel giardino Alzheimer, è occasione di stimolo sensoriale e soprattutto strumento di esercizio di attività (cura del giardino e dell'orto) compatibilmente alla fase in cui si trovano i malati; è inoltre stimolo per il recupero - attraverso il vedere e, quindi, il rivivere - di situazioni già vissute ma apparentemente dimenticate o, meglio, difficili da evocare. Occorre, infatti, conside-

rare che la generalità dei malati di Alzheimer, oggi più o meno settantenni, ha vissuto parte della propria vita in aree rurali dove la conoscenza delle piante è sensibilmente accentuata. L'obiettivo è stato quello di evitare zone di scarso interesse vegetazionale, disponendo soluzioni capaci di catturare lo sguardo, di guidarlo e di accoglierlo come un abbraccio.

Di particolare importanza è stata la relazione alberi-percorsi nella determinazione della struttura del progetto, in quanto i primi rappresentano i "volumi principali" ed i secondi gli "elementi guida". Il volume di un albero, infatti, al pari di un edificio, ha la capacità ben precisa di incidere nell'organizzazione dello spazio ed essi sono stati generalmente posizionati in punti strategici, tanto da poter diventare dei riferimenti per il malato, o sono stati scelti in base a caratteristiche ben precise, proprio per poter attrarre la sua attenzione. Parallelamente all'analisi delle essenze vegetali è stato condotto uno studio sulle ombre proprie e portate degli elementi architettonici del progetto. Tali ombre costituiscono una potenziale fonte di pericolo per il paziente, pertanto si è cercato proprio attraverso la vegetazione, di "occupare" le aree maggiormente ombreggiate, in modo da evitare la proiezione a terra di ombre nette.

L'individuazione dei requisiti che devono avere le essenze vegetali deriva dalle caratteristiche del comportamento dei malati. Sono peraltro state evitate tutte le specie velenose, spinose, repellenti o pericolose in genere. La selezione tra le varie specie è stata effettuata considerando le diverse funzioni che esse devono svolgere; in realtà molte specie possono svolgere più di una funzione. Le principali tipologie funzionali all'interno delle quali sono state raggruppate le specie adatte al giardino di Alzheimer sono le seguenti:

- schermi visivi: piante sempreverdi o con foglie persistenti anche in inverno o con ramificazione molto fitta tale da realizzare uno schermo anche in mancanza di foglie;
- specie da bordura: piante di taglia piccola, media o grande, dai 25 cm ai 30-60 cm e oltre;

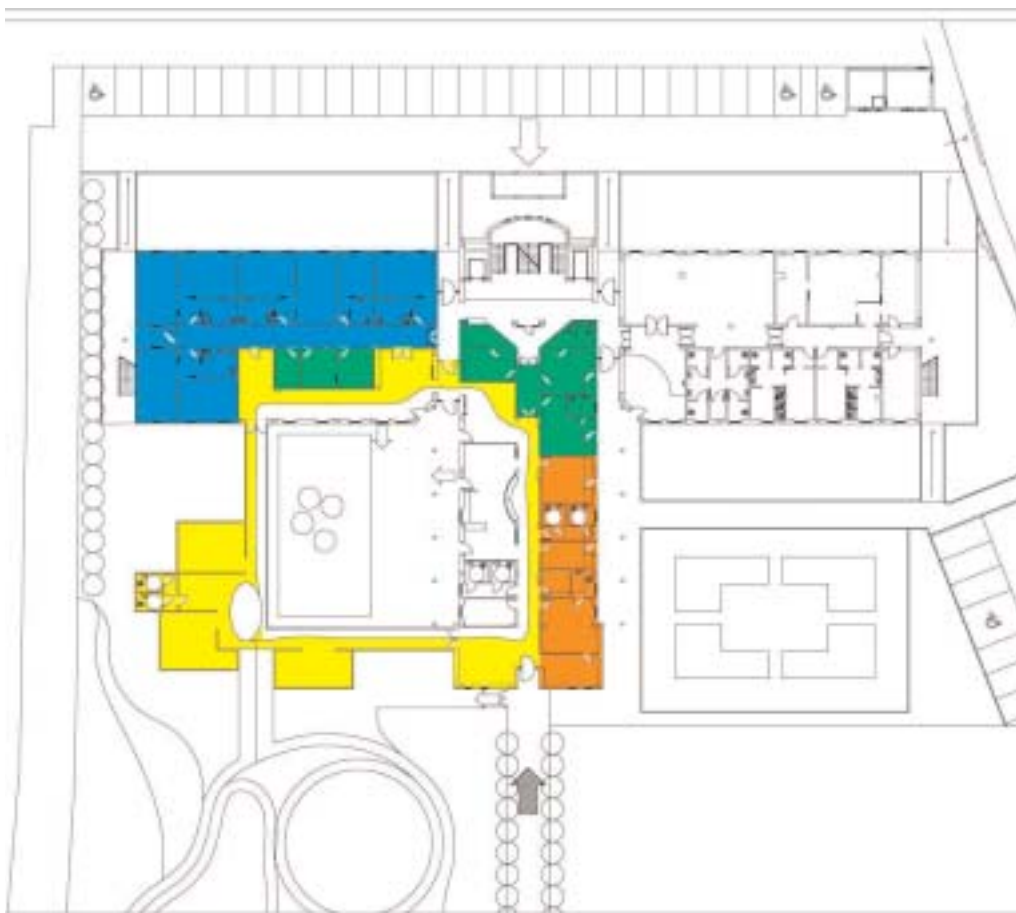
- specie ombreggianti (ombra lieve): specie a chioma espansa con fogliame rado;
- specie attrattive, interessanti per la colorazione delle foglie (foglie caduche): specie che presentano colori evidenti, sia in autunno che d'inverno sia in primavera o estate, soprattutto per il contrasto di colore di questi soggetti rispetto ad uno sfondo di vegetazione;
- specie attrattive, interessanti per la fioritura, le caratteristiche delle foglie e/o la corteccia: si tratta di piante che oltre ad offrire attrazione visiva, favoriscono stimolazione tattile, viste le particolarità che presentano (foglie lucide, verde brillante, corteccia fine o vellutata o che si sfoglia in veli sottili di colore evidente);
- specie attrattive (vista) e stimolanti (tatto, olfatto): piante che, oltre ad offrire attrazione visiva, favoriscono stimolazione tattile ma anche olfattiva, sono specie da fiori perenni, a fiori perenni, a fiori grandi oppure con infiorescenze evidenti dai colori forti oppure specie annuali o biennali da fiore adatte a fioriture stagionali;
- specie stimolanti (olfatto): piante interessanti per il profumo;
- specie rampicanti: specie che di norma richiedono un sostegno più o meno articolato;
- specie interessanti per la commestibilità dei frutti: sono state prese in considerazione perché sono attrattive per avifauna, che è un elemento capace di arricchire di stimoli l'ambiente e diversificare la qualità dei "suoni ambientali" del giardino. Tali piante sono state scelte in modo che i frutti, una volta lavati, non richiedano particolari operazioni di pulizia o preparazione, a parte l'eliminazione del nocciolo o dei semi;
- piante officinali e orticole: si tratta di specie di uso comune;
- tappeto erboso: presenta una diversa tessitura e fattura in base alla possibilità che sia o no calpestabile.

Schema generale degli interventi previsti per il centro Alzheimer residenziale e diurno (planimetria). In blu è indicata la parte di edificio interessata dalla ristrutturazione finalizzata a creare il centro Alzheimer diurno e residenziale adiacente alla RSA; in rosso è indicato il nuovo corpo edilizio che ospita le attività terapeutiche a supporto del centro Alzheimer; in verde è rappresentata l'area destinata a giardino per il centro Alzheimer e in giallo l'area destinata a giardino per la RSA.

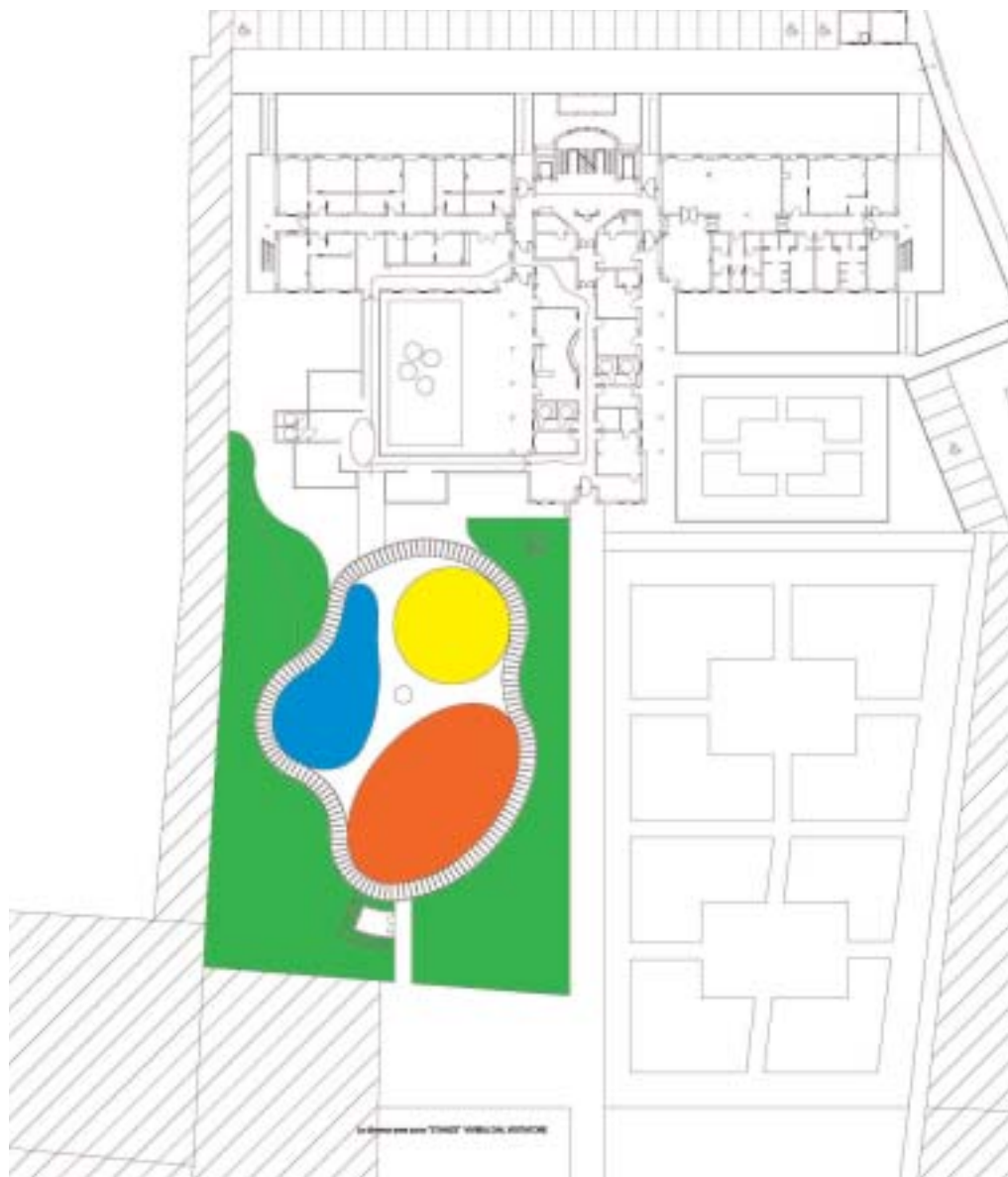


Indicazioni per la riorganizzazione funzionale degli spazi interni (planimetria).

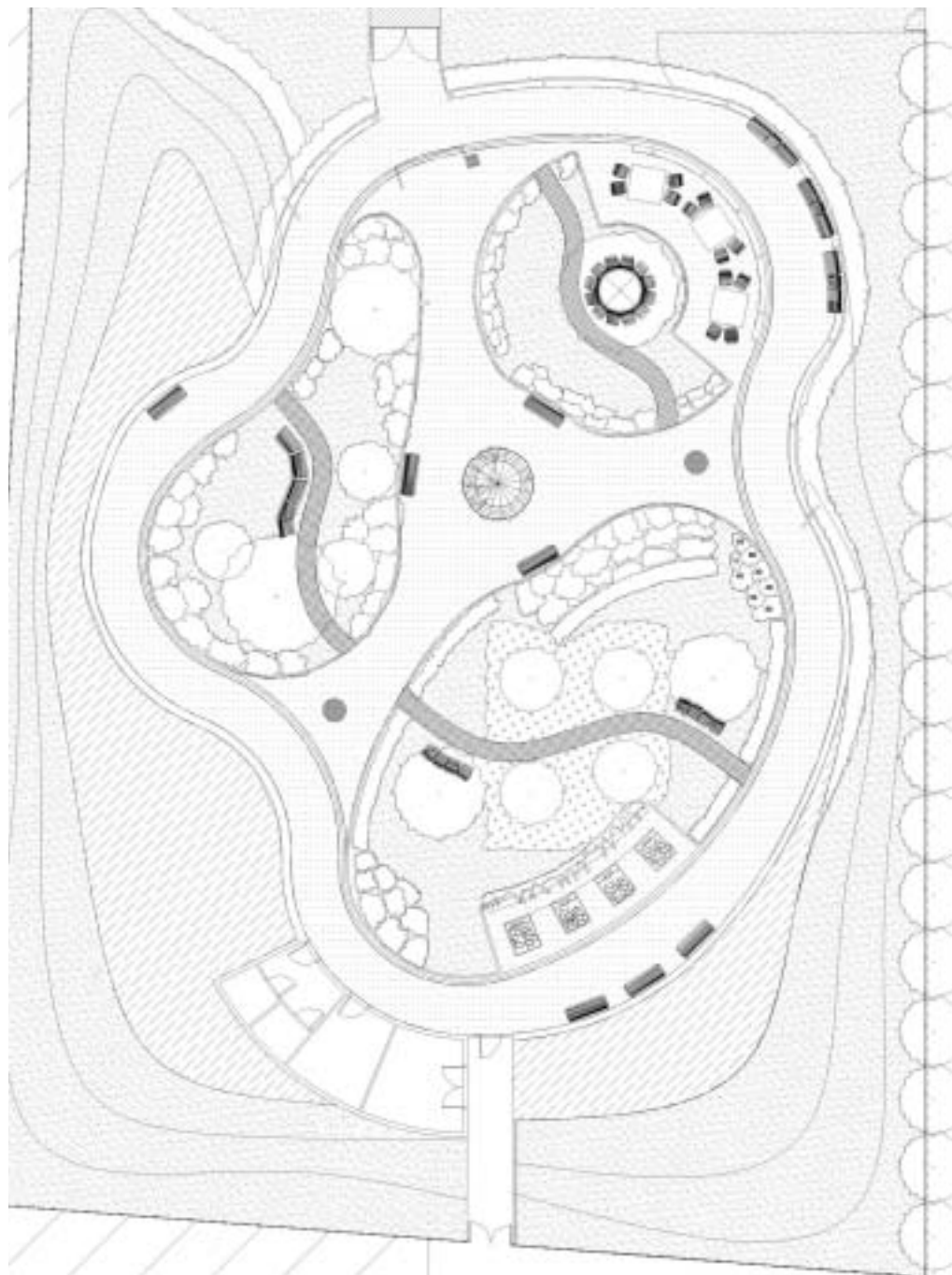
L'intervento di ristrutturazione prevede un'articolazione del centro residenziale e diurno in aree funzionali: in blu l'area degenza del centro residenziale; in rosso gli spazi assistenziali-gestionali; in giallo gli spazi terapeutici che si sviluppano attorno al percorso di vagabondaggio; in verde gli spazi di servizio generali, l'utilizzo di alcuni dei quali è condiviso dalla RSA.



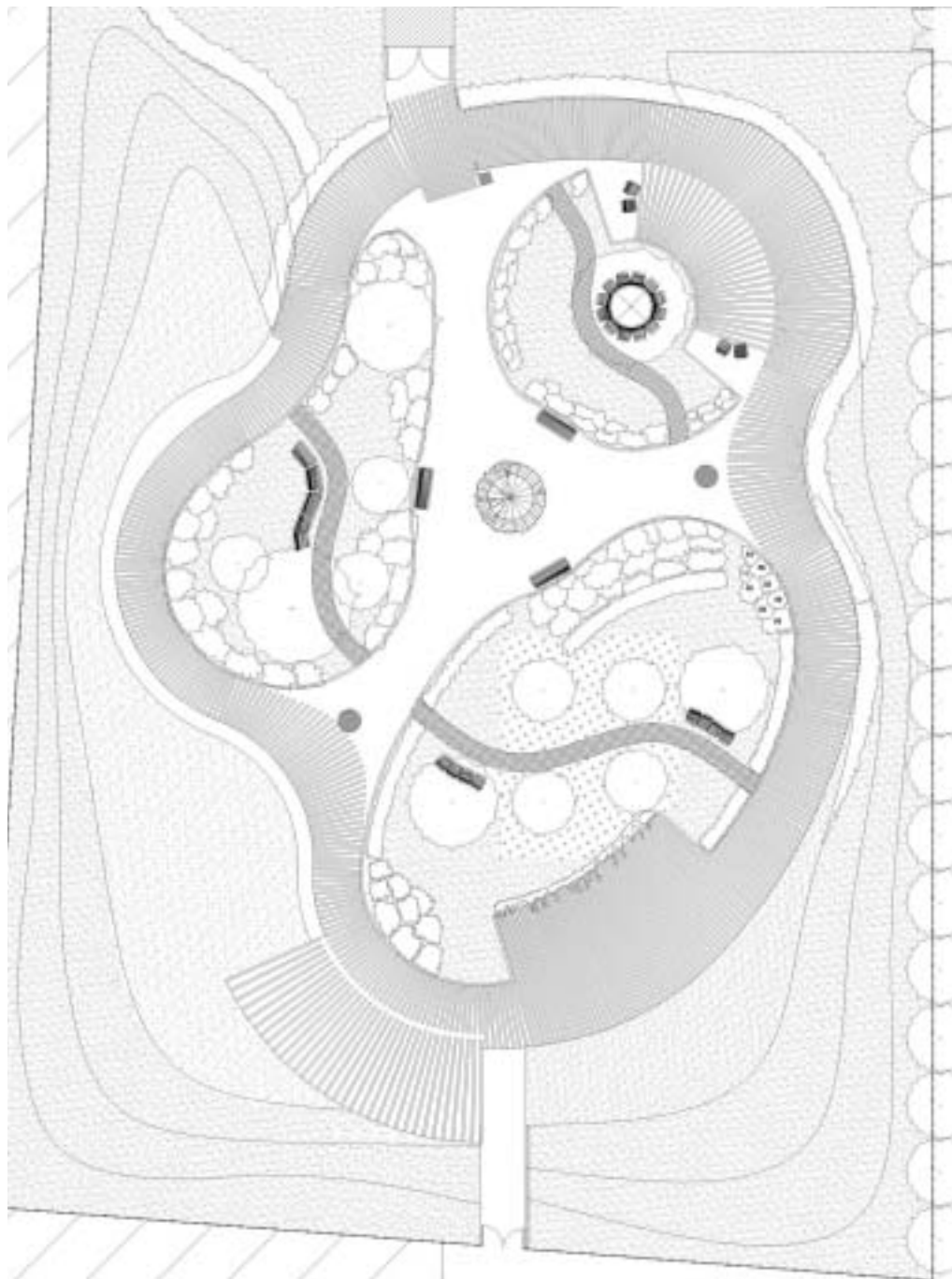
Indicazioni per la progettazione del giardino (planimetria). Il giardino si sviluppa all'interno di un sistema di percorrenza anulare a cui si accede dal nuovo corpo edilizio destinato alle attività terapeutiche. L'area del giardino è suddivisa in tre zone: la zona della stimolazione visiva, o zona del colore (in blu), dove prevalgono essenze vegetali particolarmente attrattive per gli aspetti cromatici; la zona del tatto, del gusto e dell'olfatto (in rosso) in cui prevalgono essenze vegetali particolarmente odorose e idonee per la coltura e per essere assaporate; la zona della concentrazione (in giallo) dove possono essere esercitate attività manuali all'aperto; la parte esterna del giardino (in verde) è resa inaccessibile al paziente.



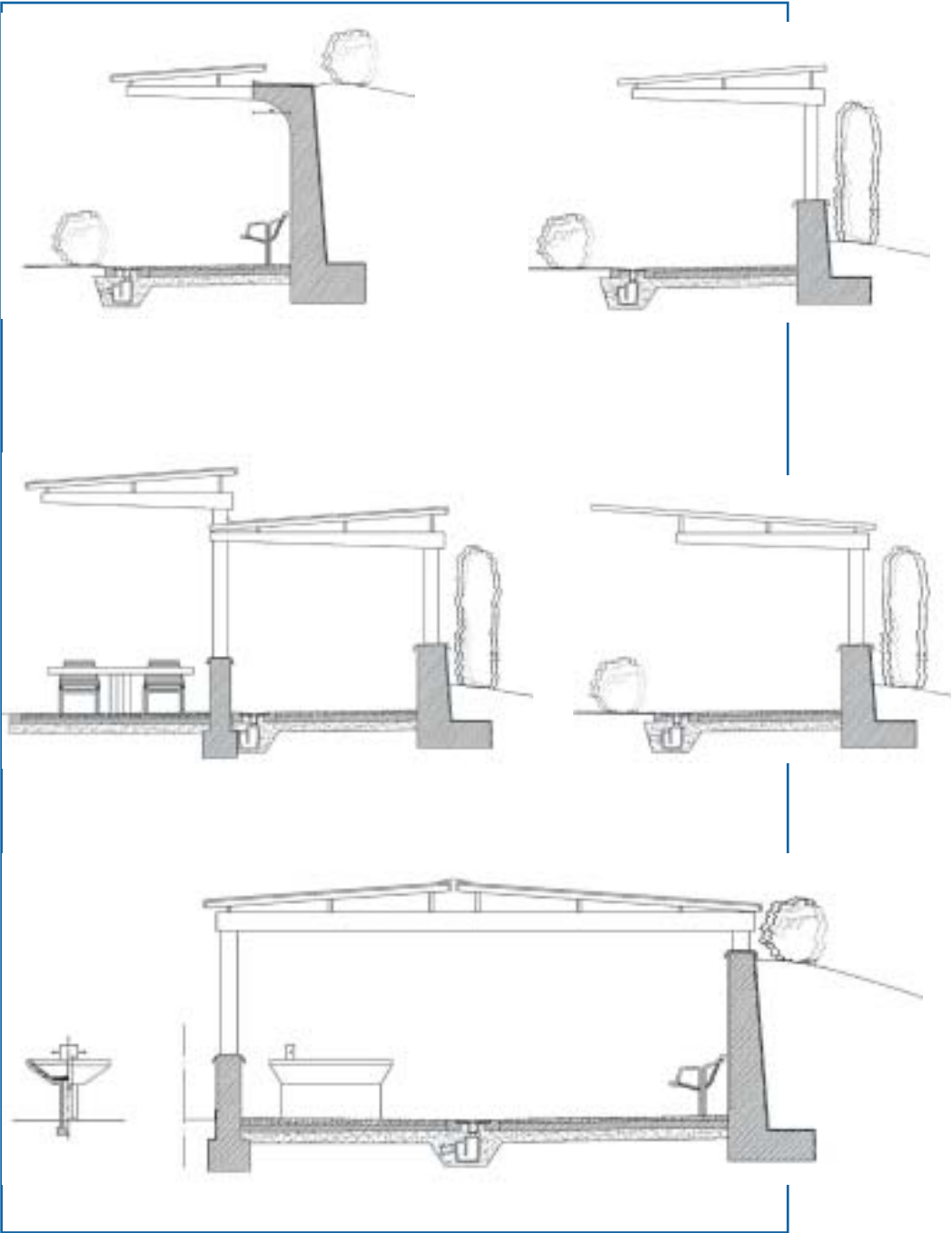
Progetto del giardino: sviluppo dei percorsi e aree funzionali (planimetria). Il percorso anulare che delimita il giardino soddisfa le pulsioni alla deambulazione continua del paziente, ma al tempo stesso offre gli stimoli e le occasioni per distoglierlo da essa e renderlo partecipe alla fruizione dello spazio all'aperto. Una serie di riferimenti architettonici e di arredo orientano il paziente all'interno del giardino, concepito secondo i criteri di massima sicurezza per il malato.



Progetto del giardino: copertura del percorso principale (planimetria). Il sistema di copertura costituisce l'elemento architettonico che conferisce unitarietà a tutta la composizione. Esso è configurato con ampiezze e pendenze differenti a seconda delle aree funzionali e della necessità di segnalare punti di riferimento per l'orientamento del paziente: l'uscita, le zone di sosta, le zone per le attività pratiche, i punti di confluenza con altri percorsi secondari.



Indicazioni progettuali per la realizzazione del sistema di copertura del percorso principale. Gli elaborati grafici rappresentano le sezioni tipo previste per le diverse zone lungo il percorso e forniscono indicazioni progettuali ad un livello di approfondimento pre-esecutivo.



Viste assonometriche delle coperture del percorso che delimita il giardino. La copertura costituisce un sistema di riferimento e orientamento per il paziente in quanto, attraverso le variazioni morfologiche e i cambi di inclinazione, consente di individuare le differenti aree funzionali e i punti di accesso.

