

# Research on the Targeted Design Strategies and Theories for Dementia of Italy Community Elderly Center

——The Design Case of Milano Figino Community Elderly Center

DOUBLE DEGREE THESIS

FAN RUOBING

S239158

Professor

Marco Trisciuglio

Politecnico Di Torino & Tsinghua University

2017-06-30



**Research on the Targeted Design  
Strategies and Theories for Dementia of  
Italy Community Elderly Center  
——The Design Case of Milano Figino  
Community Elderly Center**

Thesis Submitted to

**Tsinghua University**

in partial fulfillment of the requirement

for the professional degree of

**Master of Architecture**

by

**Fan Ruobing**

Thesis Supervisor: Professor Marco Trisciuglio

Associate Supervisor: Professor Cheng Xiaoqing

**May, 2018**

## **Abstract**

The developed countries in Europe, especially Italy, have entered the elderly society stage. Italy, as a country with a large population of elderly and demented, has a lot of experience with dementia and elderly problems, and is especially expertised in various architectural strategies for the elderly with dementia. Among them, the Community Elderly Centers for Dementia are the most common elderly facilities in Italy. Merging with the community, Community Elderly Centers support the in-house pension service by providing curing service. Architectural design strategies can also be developed and collected from these centers.

In this study, the researcher focused on the Community Elderly Centers for Dementia. With field researches in Italy, a design was developed for the reformation of the Milan Figino Community Elderly Center. Design theories and strategies were also discussed.

Chapters 1 and 2 systematically introduced the development and current situation of Italian elderly caring service and Community Elderly Centers for Dementia. Based on local circumstances, the researcher analyzed the cognitive theory of dementia and induced the “Prototype Recalling” model. The researcher also concluded that, the specific design theory for Italian Community Elderly Center for Dementia could be summarized as “humanized”, “memory evoking” and “daily life”.

Chapter 3 briefly introduced the design scheme of Milano Figino Community Elderly Center, together with the analysis of representative caring institutions for elderly with dementia.

Chapters 4, 5 and 6 described and analyzed the design strategy for Community Elderly Centers for Dementia in three different aspects: the functional and organizational configuration strategies based on the “humanized” concept; the space arrangement strategies based on the “memory evoking” concept; and the detailed design strategies based on the “daily life” concept.

Italy treats elderly with dementia with romantic and peaceful feelings. Exploration on the design strategies of Italian Community Elderly Centers for Dementia will promote the development of elderly caring service in China, and provide the Chinese

elderly with and without dementia to with a comfortable living circumstance.

**Key words:** Italy; Community Elderly Centre; Dementia; Design strategy; Prototype recalling

## Catalogue

Chapter 1 Introduction .....	1
1.1 Research Background .....	1
1.1.1 World-wide Aging Problem.....	1
1.1.2 Increase in Elderly with Dermentia.....	1
1.1.3 Italian Experience in Architecture for Elderlys .....	1
1.2 Research Targets .....	2
1.2.1 Community Elderly Centres .....	2
1.2.2 Elderly with Dementia .....	2
1.3 Research Purpose .....	3
1.4 Methods and Research Frame .....	3
1.4.1 Methods.....	3
1.4.2 Research Frame.....	5
Chapter 2 Pension System and Elderly with Dementia in Italy .....	6
2.1 Population Aging Problem in Italy.....	6
2.1.1 Introduction .....	6
2.1.2 Characteristics .....	7
2.2 Idea behind the Italian Pension System .....	8
2.3 Italian Research on Dementia .....	9
2.3.1 Current Status of Dementia and Policies.....	9
2.3.2 Medical Researches.....	10
2.3.3 Psycological Resaesrches .....	12
2.3.4 Social Researches .....	13
2.3.5 Architectural Researchers.....	14
2.3.5.1 Raising of the “Prototype Recalling” Model .....	14
2.3.5.2 Theory System of “Prototype Recalling” Model.....	17
<a href="#">Chapter 3 Analysis of Italian Community Elderly Centres.....</a>	<a href="#">20</a>
3.1 Characteristics of Community Elderly Centres .....	20
3.1.1 Fundamental Positioning of Community Elderly Centres .....	20

3.1.2	Types of Community Elderly Centres .....	21
3.1.3	Development Trends of Community Elderly Centres.....	22
3.2	Case Study .....	23
3.2.1	Community Elderly Centres Connected in Association with Pension Complexes.....	23
3.2.2	Built-in Small-size Community Elderly Centres.....	25
3.2.3	Community Elderly Centres in Association with Medical Facilities .....	27
3.3	Introduction to Milano Figino Community Elderly Centre .....	28
3.3.1	Community Introduction .....	28
3.3.2	Current Status of Architectures .....	30
3.3.3	Remodeling Plan.....	33
3.4	Dementia-targeted Designs .....	39
3.4.1	“Person-centered” Approach and care to the care-provider.....	39
3.4.2	“Memory revoking” focused non-medicine treatment.....	41
3.4.3	“Daily life” strategy to treat dementia .....	44
Chapter 4 “Person-centered” Theory-based Function Allocation and Organization .....		50
4.1	Systematic Design Strategy to Match Local Requirements Precisely .....	50
4.2	Small-size Facilities with Multiple Functions.....	51
4.3	Isolated Groups of Elderly with Dementia.....	54
4.4	Classified Public Space with Multiple Levels of Boundaries .....	55
4.5	Fully-functionalized Facility and Personalized Stragety .....	57
Chapter 5 Design Strategies based on the “Memory Revoking” Theory .....		63
5.1	Extracting and Hierarchically Implementing Ground Elements to Create Familiar Environment.....	63
5.1.1	Extracting Ground Elements toReproduce Memory Fragments ....	63
5.1.2	“Memory Prototypes” Implanted into Different Layers of Space to Create Familiar Environments .....	66
5.2	Implantatin of Community “Memory Prototype” in Public Space ....	66

5.2.1	Introduction of Real Social Scences .....	66
5.2.2	“Middle Spaces” in the Public Space .....	70
5.2.3	Various Levels of Private Spaces.....	71
5.2.4	Using Regular Shapes in Public Spaces with Various Functions..	73
5.2.5	Using The traffic Space to Link “Memory Prototypes” .....	75
5.3	Group Life Spaces with Family “Memory Prototypes” .....	80
5.4	Personal “Memory Prototypes” in the Living Room .....	81
5.4.1	Reserve Space in the Living Rooms for Personal Items .....	82
5.4.2	Various Types of Rooms for the Elderly .....	83
5.5	Landscape Design Based on “Memory Prototype” .....	85
Chapter 6 Detail Design Based on the “Daily Life” Concept .....		88
6.1	The “Virtual” and “Real” Boundaries.....	88
6.2	The “Hidden” and “Present” Paths .....	90
6.2.1	De-institutionalized “Hidden” Paths .....	90
6.2.2	Personalized “Present” Paths.....	93
6.3	“Environmental Hint” Design Based on Five Senses .....	94
6.4	Design for Dementia: “Less is More”.....	98
Chapter 7 Conclusion and Elightments .....		100
7.1	Current Status of Chinese Aging and Dementia Problem .....	100
7.2	Design Elightments .....	100
References.....		102
Acknowledgements .....		105
Declaration.....		106
Appendix A Design Schemes .....		107
Appendix B Case Study Facilities .....		115
Resume.....		116

## Chapter1 Introduction

With the development of economy, science and technology and the continuous advancement of urbanization, the proportion of the elderly population has continued to rise, and the aging society has gradually become a social issue that needs urgent solution.

The aging of the population has led to an increase in dementia among the elderly. Dementia is mostly common in the elderly population. With the general increase in human life expectancy, the number of dementia patients in the world reached 47 million in 2016, accounting for 7% of the total number of elderly people. The number will double every 20 years. By 2050, the total number of dementia is expected to rise to 131.5 million, 8.2% of the total elderly population.

Compared with China, Italy is at the forefront of countries with most aging and demented population in Europe. Its experience in pension architectures is worth learning. Its dementia care facilities for the elderly with multiple types and multi-functions effectively cover the whole scale of pension requirements in Italy. After years of exploration in the provision of pension and livability, they have accumulated rich experience in design strategies and advanced concepts for the pension architecture for elderly with dementia.

Based on the fact that the proportion and average age of elderly population in Italy are both relatively high, the Italian government encourages “in-house pension service”, which is of great significance to China.

## Chapter 2 Currently Status of Italian Pension System and Relative Researches

The aging population in Italy have the following four features: ageing as a trend, with a large number with dementia; traditional in-house support concept, higher dependence on the community; declining birth rate, insufficient number of dependents; increasing requirements for professional pension facility architectures.

Italy has a mature pension system. The Italian national dementia strategy was formally initiated in 2013, and the 10-Point Working Document of the Italian National Dementia Strategy was formed and presented to provide comprehensive coverage for the elderly. Italy's comprehensive pension system encourages in-house care for the elderly with support from the community; different levels of pension facilities provide professional service; the pension system is integrated and the government supports various policies.

To treat dementia, we must find the nature of dementia from the perspectives of medicine, psychology, sociology, and architecture, and then perform specific designs.

The research on behavior and psychosomatic symptoms (BPSD) of demented elderly people is the basis of further analysis and design. In particular, non-drug treatment can improve the patient's condition or slow the progression of the disease. The purpose of intervention is also to improve the quality of life of patients with dementia and delay the development of the disease.

At the psychological level, according to Martin Heidegger's "ontology" perspective, Merleau Ponty's environment guides perspectives, Kitwood's interpersonal relationship stimulates cognitive perspectives, as well as the personality holism of the psychologist Carl Gustav Jung, dementia can cause people to return to the level of collective unconsciousness, made up of "prototypes". This kind of collective memory presented through "prototypes" is the cognitive basis for the existence of dementia patients after cognitive decline, and is also the focus of design for and respond to dementia.

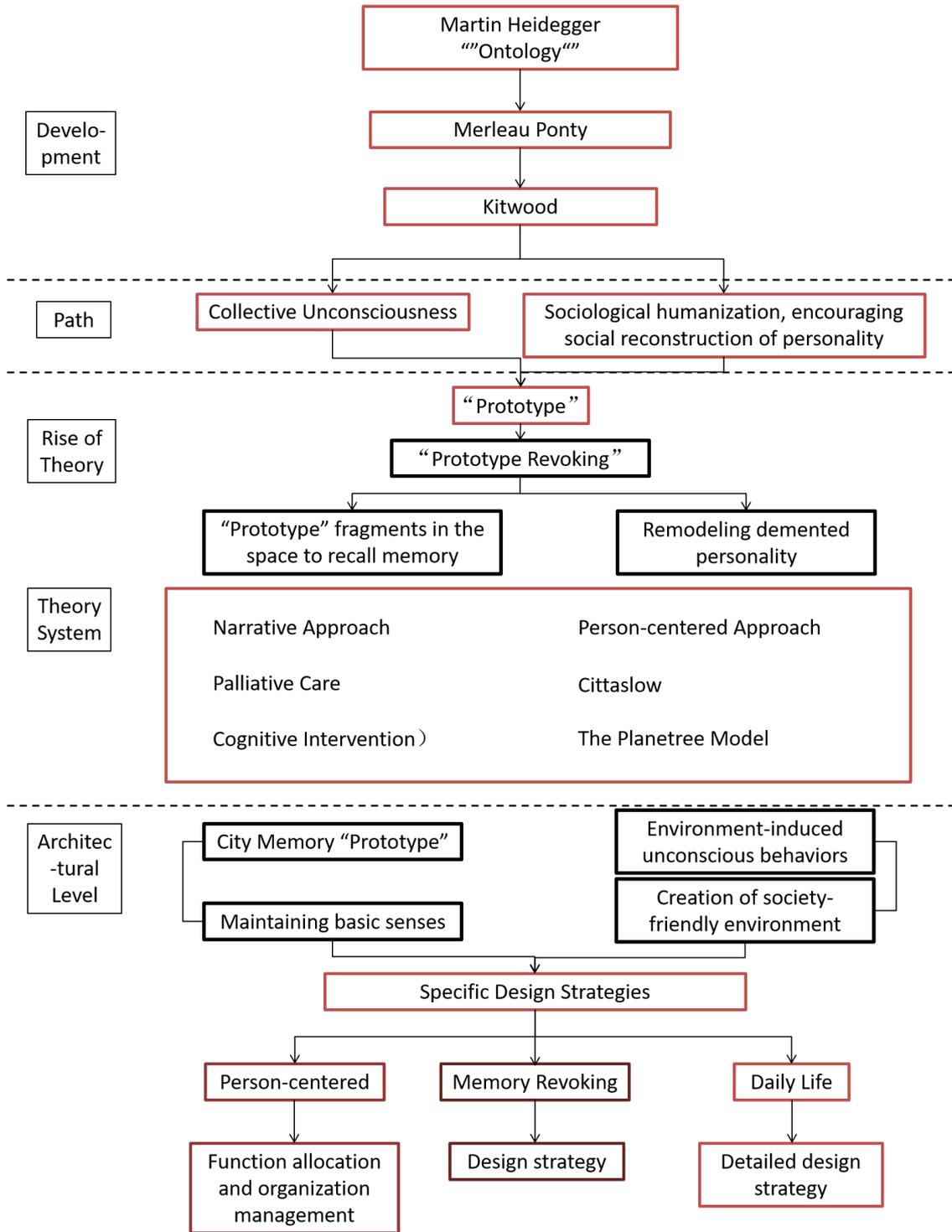
From the perspective of sociology, strengthening social contact in external relations, encouraging the establishment of a good relationship with others, and promoting the physical experience of demented patients will reshape or guide the cognitive reconstruction of demented elderly people. The patient-centered theory and methodology is based on sociology. [23]

At the architectural level, specific design for dementia refers to the combination of medical, psychological, and social studies based on specific behavioral and psychosomatic symptoms (BPSD) of demented elderly and the integration of specific design in the facility to help delay the patient's disease progression, reduce the pressure of care, and eventually help the demented elderly realize their self-esteem, sense of belonging, sense of control and existence.

Based on the theories above, the "Prototype Revoking" model is proposed, which is the theoretical system of specific designs for dementia.

The "prototype revoking" model refers to the strategy that the specific design for dementia will take advantage of the "prototypes" that can be accepted by the elderly and cause cognitive stimulations. The "prototypes" will cause basic sensations that can be stimulated to guide and influence the elderly and conduct appropriate and reasonable activities in the space. Thus, an environment will be created in which the elderly are closely connected with the society. In that environment, different means of treatment are integrated, so that the elderly with dementia can receive non-drug treatment and exercise in the space and protect the patient's self-esteem (Self-respect), Sense of Belonging, Perceived Control, and Identity Obstacles.

The "prototype revoking" model mainly includes two parts: the space provides "prototype" fragments to evoke collective memory; and the social and environmental influences are used to reshape of dementia personality.



1. Use the environment to provide “prototype” fragments and evoke collective memory

Rossi's "prototype" theory has implemented the "prototype revoking" model of dementia treatment as an effective measure at the architectural level. Elderly people with mental disorders rely on the stimulation of “prototype” to evoke basic senses and

use them to perceive. Therefore, refining and using fragments of old people's lives, history, and buildings to stimulate the dementia elderly repeatedly, and at the same time use the environment to train five senses is an architectural strategy for delaying disease progression.

### 2. Reshape demented personality through society and environment

From the perspective of architectural space, strengthening community links and guiding through the environment could achieve the remodeling and training of dementia personality. This makes the behavior of demented more predictable and guidable. Care providers can manipulate the environment to improve the cognitive ability of demented elderly, and use the environment or space to guide or reshape the behavior of demented elderly. To guide or reshape the cognition of dementia patients through the construction of space and environment has become an important architectural strategy for dementia elderly.

### 3. Multiple theories related to the “prototype revoking” model

The "prototype revoking" model is a theory system composed of a series of dementia-response concepts including: Person-centered approach, Slow City concept (Cittaslow), The Planetree Model, Narrative Approach, Palliative Care, and Cognitive Intervention.

## Chapter 3 Analysis of Italian Community Centres

In Italy, the community elderly centre is a community-based pension facility between in-house and institution-based pensions. It is the most important and common type of elderly care facility. The community elderly centres provide the in-house pension service, as well as the long-term caring functions of pension institutions. It implements various functions into the community and has become the most familiar and commonly used facility by Italian elderly.

Italian community elderly centre has accumulated rich experience in years of development. Its development has the following trends: fulfilling actual needs of the community with various service facilities; accepting elderly with different economic situations; providing professional caring to the demented elderly with comprehensive services; specific design of the facility to reduce the requirement for caring personnel.

The author chose five community elderly centers with dementia care functions to conduct field researches and case studies. The Abbiategrasso (C.GOLGI) Community Elderly Center and the Villaggio Amico Elderly Center are among the most representative comprehensive elderly care institutions, both of which have become "community hearts"; the Delfini CDI Dolphin Elderly Center in Milan, the GIOLLI Community Elderly Center in Milan, Italy, the Geriatrico Elderly Center in Milan, are all typical community-embedded elderly centers, which provide service to demented elderly in the community. Therefore, these five institutions were selected for detailed spatial design analysis and organizational strategy summary. The author remodeled the old center of the Figino community in Milan with further discussions.

Based on the "prototype revoking" model, the specific design concept of dementia has the following three aspects.

1. "Person-centered" Approach and care to the care-provider

The "human-centered approach" concept is the most important starting point in the

care of demented elderly people.

In the space organization, with the demented elderly as the center, the architecture should fully respect the personality and needs of demented elderly people, and fully consider their living comfort and suitability in function allocation and organization and management. Through the “person-centered” design of the scale of care, service function, and care model, the behavior and psychological needs of the demented elderly are truly met, and their environment is shaped to preserve their personality and social interaction, forming mutual trust with the community and care-providers. At the same time, the architecture should not ignore the needs of care-providers in the community elderly centers.

#### 2. “Memory revoking” focused non-medicine treatment

“Memory revoking” is a design concept based on the “prototype” model. It adopts non-medicine treatment strategies and its goal is to arouse the cognitive and memory of demented old people and to exercise the basic senses and functions of the elderly.

Non-medicine treatment is an important means for rehabilitation of dementia, with “memory arousal” as the core and extending to the architectural space design theory. The design of space environment can effectively rely on "prototype" to arouse the memory of demented elderly people. Through specific design of dementia in building space, it can effectively reduce the behavioral barriers of demented elderly people and improve the quality of life of demented elderly people. .

At the architectural level, the integration of the memory “prototype” of the most representative dementia elderly people and the spatial design provides a space for the elderly to evoke memories and emotions. This space becomes a container of relationships, emotions and time, as well as a means to stimulate the relationship between the elderly and the environment.

#### 4. “Daily life” strategy to treat dementia

In the design of the Italian dementia care institution, the “daily life” design concept

makes the dementia center for the elderly “de-institutionalized and de-dementianized”, creating a relaxed and warm atmosphere for the institutional environment to provide healthier and more comfortable for the elderly.

Through close contact and integration with the community, intergenerational communication and family escort, we could build a platform for communication between the elderly and other social classes and generations. It can effectively enhance community participation and cross-generational communication, and achieve community integration.

## Chapter 4 “Person-centered” Theory-based Function Allocation and Organization

Compared with the community centers that provide serve the elderly without dementia, Italian community elderly centers for elderly with dementia have different function allocation and organizational management strategies, which are more emphasised on the "person-centered" approach. In the architectural design level, "de-institutionalization" strategy is implemented in order to create a relaxed and warm atmosphere, so that demented elderly people feel more like at home than in hospital. Community centers not only provide space for demented people to meet their behavior and mental needs, but also provide care-providers with a comfortable environment.

This chapter focuses on the following six aspects, and elaborates the functional configuration and organizational strategies of community senior citizens from different levels.

### 1. Systematic design strategy to match local requirements precisely

At the beginning of elderly center design, the design team gets connected with the community, conducts extensive communication with local residents, clearly demonstrates the actual expectations and requirements to make sure they are precisely matched.

### 2. Small-size facilities with multiple functions

The Italian elderly institutions generally adopt a small-size, multi-functional and community-embedded strategy, so as to meet the local need for care, and guarantee the feasibility of in-house caring.

### 3. Isolated groups of elderly with dementia

The community elder centers serve the elderly in groups, with less than 20 people in each group. The group-management strategy could guarantee quality of service and lower the service cost. In the mean time, 20 people are the effective scope of the “acquaintance society” environment, which can make the demented old people live in familiar environments and have certain social interactions. The relatively small groups could also effectively prevent the demented elderly people from being disturbed by too many social relationships and respect the mental state of their cognitive deterioration.

#### 4. Classified public space with multiple levels of boundaries

Due to the decline of cognition of the demented elderly, they have difficulty in distinguishing the functional attributes of the public space, and thus will behave inappropriately, such as undressing and bathing in public space.

Therefore, community elderly centers need to classify public spaces. The public-level space includes foyers, medicine space, daytime care, community-sharing space; semi-public and semi-private space refers to the group-sharing space; the private space refers to the living rooms.

#### 5. Fully-functionalized facility and personalized strategy

The comprehensive functional arrangement of the community elderly center not only can adapt to the complexity of actual needs, but also can serve as a service center for the elderly with dementia, and create the most familiar and comfortable care environment for the elderly.

(1) Comprehensive and comprehensive function allocation

(2) Personalized treatment plan for demented elderly, with emphasis on specific care and activity organization.

Regarding the uniqueness of each demented individual, personalized treatment and activity organization are designed for each patient.

Specific activities are selected according to the individual's unique life plan. The

elderly center organizes pertinent life arrangements and activities for each person with dementia. Patients are grouped based on the elderly's physical state, interest, exercise requirements, age, shared social experience, and memory background, and specific activities are designed for different types of demented elderly.

## Chapter 5 Design Strategies based on the “Memory Revoking”

### Theory

The non-medicine treatment is centered on “memory revoking”, in which Italian community elderly centers use the organization of each space to focus on the memory “prototype” of the demented elderly and evoke memories of the elderly through a variety of space design strategies.

1. Extracting and hierarchically implementing ground elements to create familiar environment

- (1) Extracting ground elements to reproduce memory fragments

Reproducing selected ground memory fragments is the manifestation of narrative therapy and cognitive intervention for dementia. Implanting ground elements selected from the elderly memory will help evoke memory. With the environment-generated stimulation, the requirement for care-providers is reduced.

Practically, the scene reconstruction with “photo + object” methodology will create a recording system, and stimulated scenarios will recall memory of the elderly. Operative items can serve as experienced things, like the comfort bags implemented on the wandering route will provide the elderly with a sense of control when picked up.

- (2) “Memory prototypes” implanted into different layers of space to create familiar environments

Public space for non-medicine treatment of dementia implements representative “memory prototypes” with respect to the type of public space. Elderly will experience various prototype fragments and have their memory recalled. According to different levels of public spaces, “memory prototype” implantation could be divided into four layers: public space with community life memory “prototype”; group life space with

family memory “prototype”; living room space with personal memory “prototype”; landscape space with natural memory “prototype”.

## 2. Implantation of community “memory prototype” in public space

The introduction of real social services and scenes in community elderly centers for the elderly can effectively maintain the normal social activity environment for the elderly. The emphasis is not on physical care but on the basis that the elderly with dementia do not deviate from the daily environment. Caring was provided when needed.

Through the introduction of real scenes in the community elderly centers --familiar city blocks and shops, architects create a microcosm of the real world for the elderly with dementia, ensuring the community's acceptance of the elderly with dementia so that the elderly can continue to live in their familiar environment.

## 3. “Middle Spaces” in the public space

The “middle space” is a concept between the public space and traffic space. It is a clear but uncertain space configuration. The main role is to enable the elderly to have a sense of transition between spaces. This modest change in space provides the elderly with dementia with a sense of safety and self-control. The public space design for dementia should pay more attention to the transition between different public spaces, that is, to increase and refine the design and layout of the “middle space”.

Through the attraction of gray space, the elderly who lack cognitive initiative will enter the next public space to participate in activities. This is a middle space that combines the behavioral and mental characteristics of elderly with dementia and guides them with the space environment.

## 4. Various levels of private spaces

Regarding the loss of self-esteem of the demented elderly, in the architectural design, attention should be paid to the spatial division of privacy and to ensure the safety and

self-esteem of the elderly as much as possible.

#### 5. The use of regular shapes in public spaces with multiple functions

The design of dementia-targeted public spaces can be flexible, but it should mostly implement regular geometric shapes, thereby facilitating the elderly's sense of positioning in the context of cognitive decline. Regular geometric shapes are also easily adapted to a variety of functional activities, improving space utilization and enriching of activities of the elderly.

#### 6. Using the traffic space to link “memory prototypes”

The routes in the community elderly centers are well defined, with the traffic space strictly ordered and guides designed according to Kevin Lynch's urban imagery principles. The traffic space was used to link the different activity spots, guiding elderly to move and explore in the facility, and creating the real-life scene experience of continuously meeting memory dots in the environment.

#### 7. Group life spaces with family “memory prototypes”

In the group space, warm family life elements are introduced. Through the extraction of the ground elements, the public space of the group life is arranged with the open kitchen as the center, bearing the sense of the elderly's dependence on space. Architectures break up the large-scale space into small ones with a sense of family.

#### 8. Personal “memory prototypes” in the living room

The livingroom is the most private space, especially for the elderly with dementia. Their sense of possession and control of their own items far exceed those of healthy elderly, and familiar items can not only bring them the “memory prototypes” but also appease their emotion and enhance sense of control. Community elderly centers should try to create an environment in which the elderly are familiar with the family room and keep the personal items of the elderly.

9. Reserve space in the living room for personal items

Italian community elderly centers usually reserve space for personal “memory prototype” items. When designing the living space of elderly with dementia, community elderly centers emphasize personalized design and the implementation of personal “prototype” items. They encourage elderly to bring their personal items into the living space, and provides various types of rooms for the elderly.

10. Landscape design based on “memory prototype”

Italian green spaces for dementia are often called "sensory gardens." In the design of the garden, the history of the elderly's life is usually investigated, and the "prototype" symbol of the natural environment of the community is implemented. The natural fragments of the memories of the demented elderly were integrated into the design of the “sensory garden”.

## Chapter 6 Detail Design Based on the “Daily Life” Concept

The “Daily Life” design for elderly with dementia is to respect the fact of degeneration of their behavioral characteristics, and to provide a real, normal and familiar living environment. This will keep the elderly in their original living environment and social network, and increase the life quality of elderly with dementia.

### 1. The “virtual” and “real” boundaries

The real-life scenes are implanted. These scenes are spatially interposed between the external community environment and the internal institutional space, forming a transitional boundary in the institution. The elderly with dementia within the organization are encouraged to enter the real scene through the “virtual” space boundary and maintain the social interactions of the elderly; while between the real scene and the outer environment is the “real” spatial boundary, which are strictly held by the staff to prevent the elderly from missing(Figure 6-1).

### 2. The “hidden” and “present” paths

With a more invisible design, the architecture should guide the path of the elderly. The simpler, more daily, and more hidden the pathfinding system is, the easier it is to use.

The “hidden” pathfinding system could implement the most daily symbols, and combine the group memory design of the community elderly center with “local” designs. In the mean time, the entrances to unwanted paths would be covered.

The “present” pathfinding system implements the personalized symbols. With specific symbols and colors, elderly with dementia could easily identify their own space.

### 3. “Environmental hint” design based on five senses

The five-sensory treatment system often implements invisible designs through taste, sound, touch, temperature or color to create the living environment from the memory of elderly. This system will imply the elderly of a familiar environment and thus enhance their life quality. The contents of the system include: the color and lighting systems, the sound system, the olfactory-gourmet system and the tactile and material system.

## Chapter 7 Conclusion and Elightments

Italy's treatment of dementia is full of person-centered feelings. Compared with the serious attitude towards delusions commonly seen in various countries today, Italy has more romantic and peaceful feelings. The theory of dementia-friendly communities and the attitude to eliminate barriers between different communities and generations all contribute to the active and practical design of community elderly centers for dementia. Exploration on the design strategies of Italian Community Elderly Centers for Dementia will promote the development of elderly caring service in China, and provide the Chinese elderly with and without dementia to with a comfortable living circumstance.

意大利社区老年中心失智症针对性设计策略与理论研究  
——以米兰 Figino 社区老年中心设计为例

(申请清华大学建筑学硕士专业学位论文)

培养单位：建筑学院  
申请人：范若冰  
指导教师：程晓青副教授  
联合指导教师：Marco Trisciuglio 教授

二〇一八年五月



**Research on the Targeted Design  
Strategies and Theories for Dementia of  
Italy Community Elderly Center  
——The Design Case of Milano Figino  
Community Elderly Center**

Thesis Submitted to

**Tsinghua University**

in partial fulfillment of the requirement

for the professional degree of

**Master of Architecture**

by

**Fan Ruobing**

Thesis Supervisor: Professor Cheng Xiaoqing

Associate Supervisor: Professor Marco Trisciuglio

**May, 2018**



## 关于学位论文使用授权的说明

本人完全了解清华大学有关保留、使用学位论文的规定，即：

清华大学拥有在著作权法规定范围内学位论文的使用权，其中包括：（1）已获学位的研究生必须按学校规定提交学位论文，学校可以采用影印、缩印或其他复制手段保存研究生上交的学位论文；（2）为教学和科研目的，学校可以将公开的学位论文作为资料在图书馆、资料室等场所供校内师生阅读，或在校园网上供校内师生浏览部分内容。

本人保证遵守上述规定。

**（保密的论文在解密后遵守此规定）**

作者签名： \_\_\_\_\_

导师签名： \_\_\_\_\_

日 期： \_\_\_\_\_

日 期： \_\_\_\_\_



## 摘 要

以意大利为主的欧洲发达国家已经提前进入了老龄化社会，意大利作为欧洲老龄化较为严重、失智人口众多的国家，其应对失智老年问题的时间长实践丰富，尤其是在失智症老年建筑领域，其多种类型、多种功能组成的失智老人机构积累了丰富的经验。其中针对失智症的社区老年中心是意大利最为常见的老年设施，深入社区并在功能上有效地支持了失智老人居家养老，承担了失智老人的照护功能，并在实践中积累了较为系统的失智症针对性空间设计应对策略。

本文以针对失智症的社区老年中心为研究对象，基于在意大利的实地调查研究，以米兰 Figino 的社区老年中心改造设计方案为依托，对意大利社区老年中心失智症针对性设计策略与理论进行探究。

本文第一、二章较为系统地介绍了意大利养老事业及失智症社区老年中心的发展概况。并结合意大利的特点，从理论层面对失智症认知理论进行解析，提出“原型唤起”模式；并总结出意大利社区老年中心失智症针对性设计理念，以“以人为本”、“记忆唤起”与“日常化”为特征。

第三章简要介绍了米兰 Figino 社区老年中心设计方案，以及多个具有代表性的失智老人护理机构的调研分析。

第四章、第五章和第六章基于意大利的特征，以调研案例及设计方案为样例，分别从基于“以人为本”的功能配置及组织管理策略、基于“记忆唤起”理念的空间设计策略以及基于“日常化”的细部设计策略三方面，以功能、空间、细部三个层面，阐述并总结了社区老年中心失智症针对性设计策略。

意大利对待失智症充满了浪漫与平和的情怀，探究意大利社区老年中心针对失智症的先进设计策略，有利于促进和加快中国养老宜居建设的发展，为中国失智老人及健全老人提供更加科学舒适的老年生活空间。

**关键词：**意大利；社区老年中心；失智症；设计策略；原型唤起

## **Abstract**

The developed countries in Europe, especially Italy, have entered the elderly society stage. Italy, as a country with a large population of elderly and demented, has a lot of experience with dementia and elderly problems, and is especially expertised in various architectural strategies for the elderly with dementia. Among them, the Community Elderly Centers for Dementia are the most common elderly facilities in Italy. Merging with the community, Community Elderly Centers support the in-house pension service by providing curing service. Architectural design strategies can also be developed and collected from these centers.

In this study, the researcher focused on the Community Elderly Centers for Dementia. With field researches and investigations in Italy, a design was developed for the reformation of the Milan Figino Community Elderly Center. Design theories and strategies were also discussed.

Chapters 1 and 2 systematically introduced the development and current situation of Italian elderly caring service and Community Elderly Centers for Dementia. Based on local circumstances, the researcher analyzed the cognitive theory of dementia and induced the “Prototype Recalling” model. The researcher also concluded that, the specific design theory for Italian Community Elderly Center for Dementia could be summarized as “humanized”, “memory evoking” and “daily life”.

Chapter 3 briefly introduced the design scheme of Milano Figino Community Elderly Center, together with the analysis of representative caring institutions for elderly with dementia.

Chapters 4, 5 and 6 described and analyzed the design strategy for Community Elderly Centers for Dementia in three different aspects: the functional and organizational configuration strategies based on the “humanized” concept; the space arrangement strategies based on the “memory evoking” concept; and the detailed design strategies based on the “daily life” concept.

Italy treats elderly with dementia with romantic and peaceful feelings. Exploration on the design strategies of Italian Community Elderly Centers for Dementia will promote the development of elderly caring service in China, and provide the Chinese

elderly with and without dementia to with a comfortable living circumstance.

**Key words:** Italy; Community Elderly Centre; Dementia; Design strategy; Prototype recalling

## 目 录

第 1 章 绪论 .....	1
1.1 研究背景 .....	1
1.1.1 世界范围的人口老龄化问题日益严重 .....	1
1.1.2 人口高龄化导致失智症老人增加 .....	1
1.1.3 意大利老年建筑发展经验值得借鉴 .....	1
1.2 研究对象概念界定 .....	2
1.2.1 社区老年中心 .....	2
1.2.2 老年失智症 .....	2
1.3 研究目的与意义 .....	3
1.4 研究方法与框架 .....	3
1.4.1 论文研究方法 .....	3
1.4.2 论文研究框架 .....	5
第 2 章 意大利养老体系现状与老年失智症相关研究分析 .....	6
2.1 意大利人口老龄化发展现状 .....	6
2.1.1 基本概况 .....	6
2.1.2 主要特点 .....	7
2.2 意大利养老体系建设思想 .....	8
2.3 意大利失智症相关研究分析 .....	9
2.3.1 老年失智症发展概况与政策 .....	9
2.3.2 医学层面失智症相关研究 .....	10
2.3.3 心理学层面失智症相关研究 .....	12
2.3.4 社会学层面失智症相关研究 .....	13
2.3.5 建筑学层面失智症相关研究 .....	14
2.3.5.1 失智症“原型唤起”模式的提出 .....	14
2.3.5.2 “原型唤起”模式的相关理论体系概述 .....	17
第 3 章 意大利社区老年中心项目特点分析 .....	20
3.1 社区老年中心的设施属性 .....	20
3.1.1 社区老年中心的基本定位 .....	20

3.1.2	社区老年中心的功能类型 .....	21
3.1.3	社区老年中心发展趋势 .....	22
3.2	社区老年中心典型案例调研分析 .....	23
3.2.1	依附于养老综合体的社区老年中心 .....	23
3.2.2	嵌入式小型社区老年中心 .....	25
3.2.3	依托医疗设施的社区老年中心 .....	27
3.3	米兰 Figino 社区老年中心改造设计项目概况 .....	28
3.3.1	所在社区环境概况 .....	28
3.3.2	原有建筑现状分析 .....	30
3.3.3	改造设计方案解析 .....	33
3.4	失智症针对性设计理念解析 .....	39
3.4.1	“以人为中心”理念与对护理人员的关怀 .....	39
3.4.2	以“记忆唤起”为核心的非药物治疗理念延伸 .....	41
3.4.3	“日常化”的失智症应对观念 .....	44
<b>第 4 章</b>	<b>基于“以人为中心”理念的功能配置及组织策略 .....</b>	<b>50</b>
4.1	设计组织系统化，精准应对在地需求 .....	50
4.2	设施规模小型化，服务功能综合多元 .....	51
4.3	护理模式组团化，失智组团相对独立 .....	54
4.4	公共空间分级化，隐形边界外紧内松 .....	55
4.5	功能配置综合化，生活方案强调个性 .....	57
<b>第 5 章</b>	<b>基于“记忆唤起”理念的空间设计策略 .....</b>	<b>63</b>
5.1	提取典型在地元素，分级植入营造老人熟悉环境 .....	63
5.1.1	提取在地元素，再现生活记忆片段 .....	63
5.1.2	空间分级植入“记忆原型”营造熟悉环境 .....	66
5.2	公共空间植入社区“记忆原型” .....	66
5.2.1	植入真实社区场景，维持老人社会交往 .....	66
5.2.2	细化公共活动的“次空间”布置 .....	70
5.2.3	注重私密性层级的空间划分 .....	71
5.2.4	公共空间采用规则形状，多功能灵活利用 .....	73
5.2.5	交通空间串联分散“记忆原型”，创造“偶遇”的真实体验 .....	75
5.3	组团空间引入家庭“记忆原型” .....	80

---

5.4 居室空间保留个人“记忆原型” .....	81
5.4.1 居住房间保留空间，老人可自带个人记忆物品 .....	82
5.4.2 老人房间类型多样化 .....	83
5.5 环境景观借鉴自然“记忆原型” .....	85
<b>第6章 基于“日常化”理念的细部设计策略 .....</b>	<b>88</b>
6.1 边界的“虚”与“实” .....	88
6.2 路径的“隐”与“现” .....	90
6.2.1 “隐”——寻路设计的去机构化 .....	90
6.2.2 “现”——寻路设计的个性化 .....	93
6.3 五感设计的“环境暗示” .....	94
6.4 失智设计的“无为而治” .....	98
<b>第7章 收获与启示 .....</b>	<b>100</b>
7.1 中国老龄化及失智老年现状 .....	100
7.2 设计感悟 .....	100
参考文献 .....	102
致 谢 .....	105
声 明 .....	106
附录 A 设计图纸 .....	107
附录 B 调研机构 .....	115
个人简历、在学期间发表的学术论文与研究成果 .....	116

## 第 1 章 绪论

### 1.1 研究背景

#### 1.1.1 世界范围的人口老龄化问题日益严重

随着经济科技的发展和城市化进程的不断推进，老龄人口在世界总人口中所占比重持续上升，老龄化社会逐渐成为了一个亟待解决的社会问题。

世界老年人口（年龄在 65 周岁及以上）的比例不断上升，2015 年世界老龄人口为 6.17 亿，较之 2013 年迅速增加了 5500 万，老年人口占总人口的 8.5%。世界范围内的老年人口数量预期会有超过两倍的增长<sup>[1]</sup>，未来 10 年将会大约增加 2.36 亿老年人口；其中欧盟国家的老年人口比例将从 2013 年的 18% 上升到 2060 年的 24%<sup>[2]</sup>。此后，从 2025 年到 2050 年，老年人口预计将增加近一倍，达到 16 亿，约占届时人口（预计 94 亿人）的 16.7%，而同期人口总数将仅增长 34%。<sup>[3]</sup>

老年人口的增加使得很多国家都面临着较为严峻的养老压力，不断探寻养老体系的发展模式，为老人提供适宜的养老环境成为了广泛关注的问题。

#### 1.1.2 人口高龄化导致失智症老人增加

失智症多发于高龄老年人群，随着人类寿命的普遍增加，2015 年国际阿尔兹海默症组织（Alzheimer's Disease International）估计世界上大约每三秒钟就会出现一例失智症患者。2016 年，全世界老年失智症患者达到了 4700 万，占老年人口总数的 7%，预计每二十年数量将会增加一倍。到 2050 年，失智症患者总数预计将会上升到 1.315 亿人，约占老年人口总数的 8.2%。<sup>[4]</sup>更为严重的是，这些失智症老人的增长主要发生在发展中国家，如中国等发展中国家的老年失智症患者数量已经占全球总数的 58%，而到 2050 年预计会增加到 68%。<sup>[5]</sup>

#### 1.1.3 意大利老年建筑发展经验值得借鉴

较之中国，意大利于 1970 年起就提前进入了老龄化社会，并为解决老龄化进行了一系列的空间设计尝试和实践。意大利位于欧洲老龄化较为严重、失智人口众多的国家前列，其应对失智老年问题的时间长，投入大，同时得到的经验较为丰富，实践经历较为全面。其多种类型、多种功能组合的失智老人护理机构，有效的覆盖了意大利的不同层级养老需求；其在养老宜居建设方面经过多年积累，

具备一定的经验，针对失智老人的社区老年建筑有较为丰富的设计策略经验和较为先进的发展理念。

基于意大利老年人口占总人口比率较高，老龄化程度较深的特点，政府提倡的养老的保障措施是“鼓励老人在家庭中养老”；同时以社区服务为依托，为老年人的居家养老提供有效的帮助和支撑，因此小型而综合的社区老年中心成为了最为普遍的模式。此种以社区养老支撑居家养老的养老模式，恰恰与中国现阶段所面对的养老现状有了启发性的共通意义，其较为先进的社区养老建筑设计理念与策略更是为中国的刚刚起步的老年建筑提供了可借鉴的经验。

## 1.2 研究对象概念界定

本论文的研究对象是意大利社区老年中心，重点分析针对失智老人部分的建筑设计策略则是研究的重点。

### 1.2.1 社区老年中心

意大利社区老年中心以提供日间照料为主，同时也兼具短期或长期入住的养老功能，即 CDI (Centro diurno integrato) & RSA (Residenza sanitario assistenziale)。社区老年中心在意大利是一种普遍存在的老年建筑形式，具有以下几个显著的特点：

(1) 意大利养老机构多以社区老年中心的形式出现，建筑体量小，通常是嵌入已有社区，为老人就近提供更加便利的服务；

(2) 多为综合性设施，不仅包含多元的养老服务功能，同时还包含幼儿及社区服务等功能；

(3) 包括社区内服务与对社区的辐射功能，提供日间照护和上门家庭服务。通过社区老年中心的保障，老人们在自己熟悉的居住环境中最大可能实现居家养老，享受到个性化的照料服务。<sup>[6]</sup>

### 1.2.2 老年失智症

根据牛津大辞典的解释，失智症是一种以脑部原发性退行性疾病或其他影响大脑的其他疾病（脑血管疾病，感染，肿瘤等）为特征的综合征，其病因并非单一的病症，一般包括阿兹海默症、血管性失智症、额颞叶型失智症、帕金森氏症、脑伤等。患者会出现记忆和抽象思维障碍，同时伴随其他认知功能紊乱和人格改变。<sup>[7]</sup>失智症可以理解为失能的一种，其导致的渐进性认知功能退化会影响到记忆、注意力、语言、解题能力等，严重时无法分辨人事时地物。

大部分失智症的状况是渐进的和不可逆的，但其中大部分是可通过识别和治疗得到延缓。引起失智症的原因多种多样，阿尔兹海默症到目前为止是 65 岁以上老人最为常见的失智类型。<sup>[8]</sup>

### 1.3 研究目的与意义

首先，本研究的进行将有效地填补对意大利失智养老经验认识的欠缺，在高龄化导致失智症的挑战和背景下，研究重点关注意大利针对失智症老人的社区养老建筑设计。

本研究选取了若干具有代表性的意大利社区老年中心进行深入调研及案例分析；通过解读意大利的先进设计理念，以失智症的认知理论研究为切入点，系统阐述失智症的认知理念与失智症针对性的设计理念。

其次，针对失智社区老年中心，研究提炼了可供借鉴的重要设计方法。

本研究以米兰 Figino 社区老年中心设计为载体，见微知著，通过一个服务于失智老人的小体量综合性社区老年中心在功能组织、空间设计等方面的难点和相应设计，总结并提出失智社区老年中心在功能配置与组织管理、空间设计、细节设计等层面的针对性设计策略。以期能够总结出社区老年中心失智空间设计的优化可能，并提出合理化的空间设计策略。

再次，本研究希望能够对中国失智症相关设计研究和实践提供参考。

现阶段国内对此方面研究较为薄弱，失智老人占老年人口总数比重逐年增加，国内对待失智老人缺乏广泛的认知，服务于失智老人的社区老年中心设计仍处于探索阶段，尚无充足经验。国内针对失智老人的社区老年建筑设计策略亟待完善，这为研究探索带来了难度，也提供了更为丰富的可能。通过研究，希望为中国针对失智老人的社区老年建筑设计提供有价值的借鉴经验。

### 1.4 研究方法与框架

#### 1.4.1 论文研究方法

##### 1. 实地调研

实地调研指在现场以访问、观察等方式开展调研，从而收集第一手资料。本研究中首先需取意大利米兰不同类型但具有代表性的社区老年中心，联系陌生访问：在实地调研中，可以通过深入的实地调研，并对相关人员进行较为深入的访谈和交流，较为全面的了解各个实地调研案例的设计情况及特点，总结先进的设

计策略。

## 2. 文献研究

文献研究指通过搜集、鉴别、整理文献获得资料，从而全面地、正确地了解掌握论题相关的研究方向和成果。本研究重点需要搜集整理以下两方面的文献资料：

其一，社区老年中心。了解意大利对社区老年日托中心及社区老年住宅的理论与实践，作为本研究的背景资料。

其二，失智老年建筑。了解失智老人的行为特点及对建筑的特殊需求，同时了解欧洲建筑适老化改造及失智老人建筑设计的基本原则，以及既有的改造案例所面临的难点与策略。

通过文献研究，希望能对选题所涉及的研究方向有基础性的认识与了解，从而为进一步的实地调研和项目跟踪打好基础，做好准备。

## 3. 比较归纳研究

比较归纳法指通过对一系列经验事物或知识素材的比较分析，归纳出其中的共性与规律，并以此为根据，对同类事物中其他事物的设计进行指导。

本次研究将在文献和案例的基础上，运用比较归纳法，通过案例分析及实际的设计方案研究，将意大利较为先进的社区老年建筑设计理念、失智老人建筑设计策略以及对于社区失智老人中心的组织管理经验进行系统总结，并从中提取出值得中国借鉴的、适合在中国运用的经验，为中国亟待解决发展的失智老人建筑问题提供新的思路。

1.4.2 论文研究框架

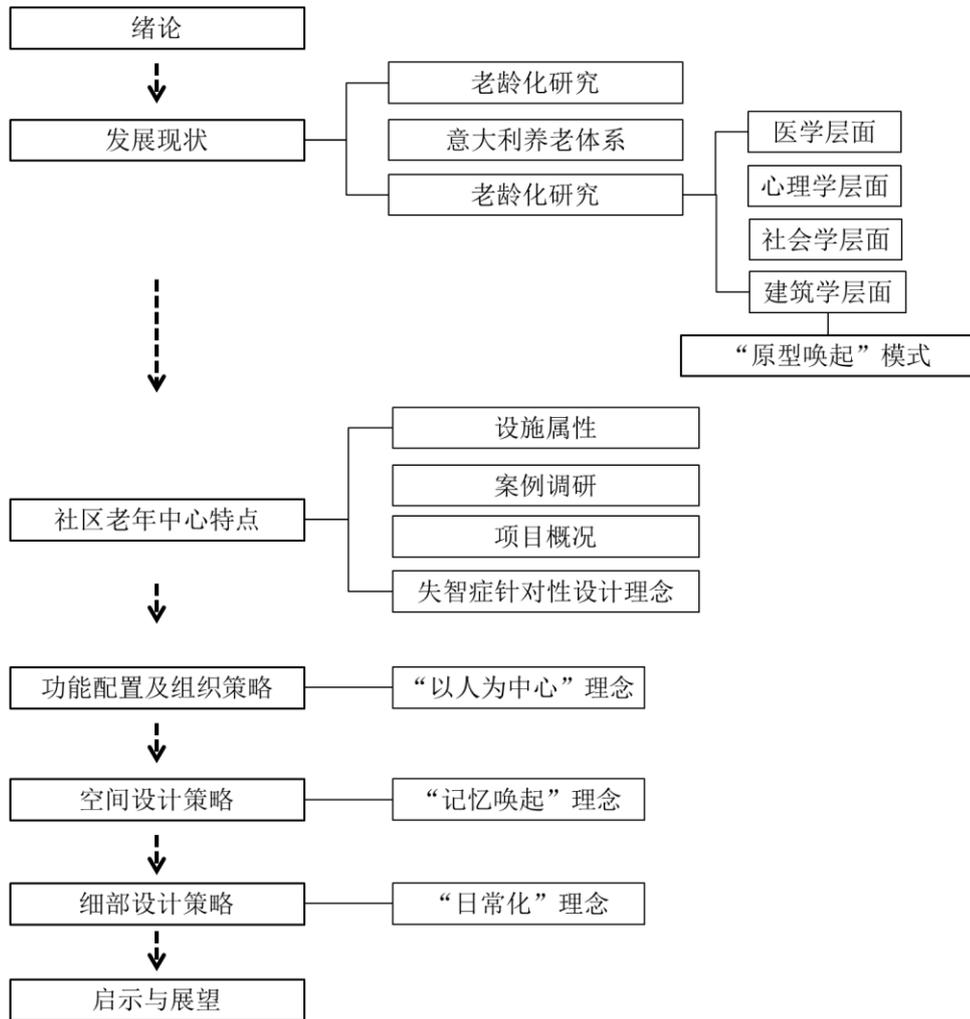


图1-1 论文研究框架（自绘）

## 第 2 章 意大利养老体系现状与老年失智症相关研究分析

### 2.1 意大利人口老龄化发展现状

#### 2.1.1 基本概况

人口老龄化问题是意大利社会发展的一个巨大挑战,从二十世纪七十年代起,意大利就经历了老龄人口的持续增长。据统计, 2013 年意大利有 1263.9 万老年人口,占全国总人口的 21.2%。<sup>[9]</sup>在预期的人口减少同时,意大利 65 岁以上的老年人数正在增加,仅 2010 年 65 岁及以上的人口增加了 11.3 万人,老龄人口达到总人口的 1/5<sup>[2]</sup>。

意大利目前是欧洲第二个(仅次于德国)老年人口比例最高的国家,其人口的老龄化趋势已有长期积累,增长较为迅速:老龄化指数从 1971 年的 68.1% 上升到 1981 年的 80.4%, 2001 年上升到 129.3%, 至 2013 年达到了 144%。<sup>[8]</sup>

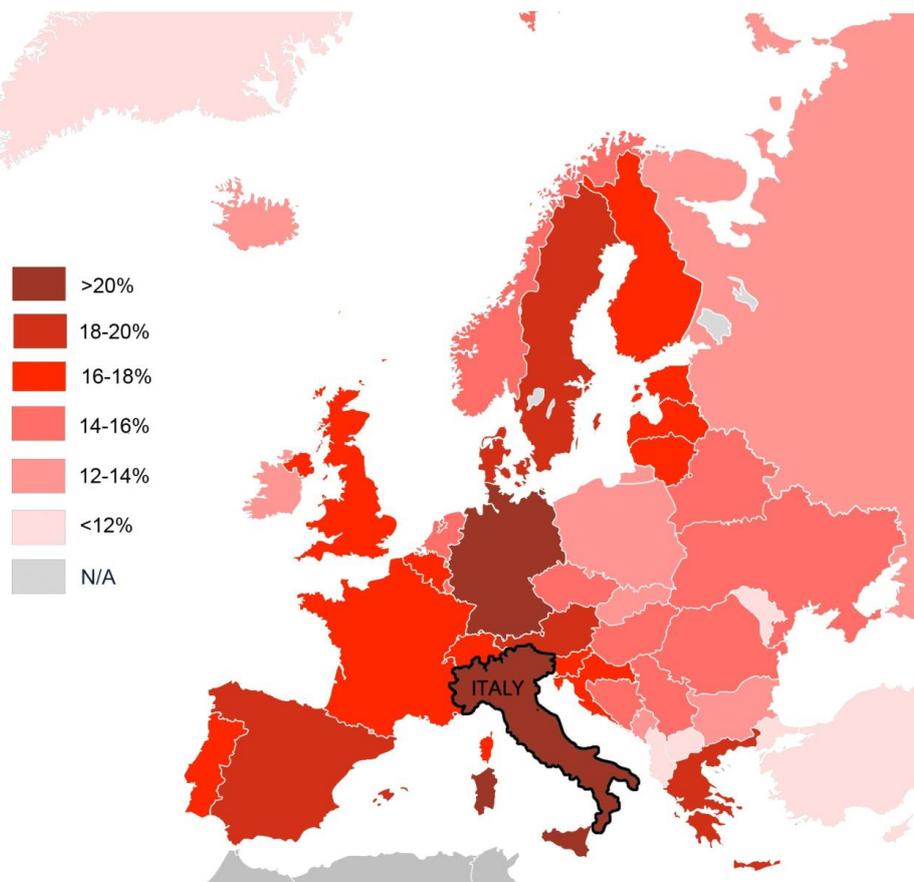


图 2-1 2010 年意大利及欧洲老年人口（65 岁以上）所占百分比示意图

([www.vox.com](http://www.vox.com) Share of population over 65 Share of population over 65)

意大利的老龄化使其社会照护力量减弱。现阶段意大利平均每 100 名青年有 144 名老年人，而到 2051 年这个比例预计会翻一番；同时意大利有 1270 万养老金领取者，占 2006 年人口的 21.6%，远远高于西欧的平均水平 18.0%。<sup>[9]</sup>（如图 2-1）社会养老金不足，存在寅吃卯粮的情况，社会养老照护压力较大。

### 2.1.2 主要特点

#### 1. 高龄化成为趋势，失智症占比多

从 1981 年到 1991 年，意大利人口平均预期寿命急剧增加了 2.4 年，男性达到 73.4 岁，女性达到 80.2 岁。这一趋势加剧了意大利老龄化人口的持续增加，多年来这个国家一直是世界上“最衰老”的国家之一。<sup>[10]</sup>

2016 年意大利失智症总人数约 143.4 万，占其老年人口总数的十分之一；且大多数失智症患者年龄超过 65 岁，失智症高龄老人占比较大。

#### 2. 传统家庭赡养观念，对社区依赖较高

与中国十分相似，意大利的家庭观念十分强烈，有着强有力的家庭关系纽带，年轻人往往愿意照顾父母并承担家庭责任，在情感和物质上给与老人支持与持续的关照；同时老人也愿意参与到孙辈的成长照料中，形成稳定的家庭结构。

因此，家庭赡养是意大利的传统观念，老人在年老后选择靠近子女居住或与子女同住，子女通过亲自照料或者外来护理人员的帮助，实现老人的居家养老照料，而非提倡老人过早入住专业养老机构。当老人发病时，如罹患失智症，家庭也是老人的情感和经济支撑，<sup>[11]</sup>失智老人及其家庭通常会选择借助专业帮助进行失智症老人的居家养老照料，在病情发展后才会选择就近入住社区老年中心接受照护。<sup>[10]</sup>

#### 3. 出生率下降，抚养人数不足

由于随着时间的推移，意大利人口的年龄结构发生了变化，生育率下降，这一变化的原因集中在意大利老年人口的增加。人口结构中老年人口占比扩大，导致 2012 年意大利总和生育率为 1.4（意大利 2012 年人口参考）；而意大利 2012 年人口为 6,090 万，2025 年预计为 6,310 万，2050 年预计为 6,360 万，意大利人口的自然增长率预计为-0.1（意大利 2012 年人口参考），这种负面的自然增长率意味着意大利老龄化将面对严重挑战。

低迷的出生率已经影响到意大利社会的各个方面，挑战着国家及家庭的养老能力。目前，意大利平均每个父母都有 1.5 个成年子女赡养，预测到 2050 年，平均每个父母的成人子女将少于一个。子女的赡养能力严重不足，同时缺乏老年辅

助生活设施，将无法为老人提供充足的养老保障。 [12]

#### 4. 对养老设施建筑空间的专业化要求提高

意大利社会养老及失智症护理压力较重，并且对失智症的护理要求与服务质量不断上升；但护理人员不足则成为了应对养老照护需求的挑战。这就要求在设计中用建筑空间的手法，提高对养老设施建筑空间设计的重大专业化，降低照护人员成本，提升对失智症老人的照护质量。

## 2.2 意大利养老体系建设思想

### 1. 鼓励居家养老，社区提供支持

意大利的养老照护以居家养老为主体，鼓励进行家庭照护，除亲属外，居家护理家庭护理服务和日间照料服务为老年人提供大量非正式护理援助，保障老年人能够在家庭中养老。

家庭护理服务（SAD - Servizio di Assistenza Domiciliare）是意大利居家养老模式实现的重要保障，包括帮助家务，购物，卫生，穿衣，进餐等。意大利的家庭护理服务主要由全科医生（General Practitioner，简称 GP）提供，是由地方卫生当局签约并负责初级卫生保健的独立专业人士；也可由老年人，其亲属，社会服务机构，或外国护理人员来提供。 [10]

日间照料服务主要由地区和政府部门共同组织，可在白天将有照护需求的老年人（早期及中期失智老人等）送至日间照料中心，接受一系列医疗和社会支持照料，如康养服务，个人护理，卫生和餐饮服务。日间照料服务可以帮助老年人居家康养，也可以为家庭提供支持和救济。

### 2. 养老机构分级，提倡专业化设置

根据老人的不同情况进行灵活的养老机构分级，更加契合实际照护需求。为居家养老提供支持的社区老年中心属于辅助照护型的机构，还有三种不同等级的“住宅/机构”服务，主要保障有机构护理需求的老人，或严重失能失智需要专业护理的老人。

辅助养护院（RA - Residenze Assistenziali），为独立入住的老年人提供各种护理及社会服务，旨在通过休闲和文化活动促进老年人与社会融合；

社会健康住宅（RS - Residenze Socio-Sanitarie），为依赖照料服务的老年人提供社会和健康一体化的服务，配有专业的医疗和护理人员，旨在尽可能地恢复老人的认知和体能；

长期养护院（RSA - Residenze Sanitarie Assistenziali），为需要特殊护理和医疗康复服务的老年人设立，提供日常医疗保健与社会关怀。

机构在分别根据老人的特点灵活组织功能，进行专业的设计与管理。社区老年中心对所具备功能的设计可灵活设置，准确应对当地需求，可包括不同等级的养老照护功能。

### 3. 养老体系综合，政府多样政策支持

意大利实行私人参与的公共医疗体系。此组织体系是意大利的国家福利支柱之一，并在第 833/1978 号医疗改革法律中拥有法律依据。政府对 65 岁以上的社会低收入人群（月家庭净收入低于 1000 欧且无亲属赡养的老人）进行评估，并免费给予全国卫生服务机构提供的健康服务保障。

现阶段意大利的老年人健康和护理服务逐步从以医院和机构为中心的体系，转变为综合的保健和护理体系；国家支持介于居家养老与机构养老之间的社区养老辅助照护设施的发展，并鼓励社会保险与企业加入社区辅助设施，提供多样的养老护理服务。<sup>[10]</sup>

各地区有权利自主组织和资助当地的社会养老机构，费用由机构与用户共同支付。政府灵活多样的措施予以支持，包括为老年人分发现金津贴的手段，支持老年人购买经过认证的专业人员护理服务。

## 2.3 意大利失智症相关研究分析

### 2.3.1 老年失智症发展概况与政策

人口老龄化导致大多数与年龄相关的慢性疾病（包括失智症等）患病率急剧上升。意大利的失智症人口数量较大，一直呈现增长的趋势。2016 年意大利失智症总人数为 143.4 万人，约占全国人口的 2.4%，且大多数年龄超过 65 岁<sup>[13]</sup>；而预计到 2040 年，意大利失智症的人口总数会上升为 234.3 万，对失智症患者的照护面临着极为严重的挑战。<sup>[14]</sup>

为应对严峻的失智照护压力，意大利有 300 多万人直接或间接参与了对失智症患者的援助。为改善失智症护理的复杂状况，意大利制定了第一个国家失智症计划，为失智症的预防和康养提供指导性指示，提倡在照护过程中给予患者和家属支持。有如下四个目标：<sup>[13]</sup>

- (1) 目标 1. 提倡针对失智症的健康关怀和社会关怀措施和政策。
  - (2) 目标 2. 建立综合的失智症服务网络。
  - (3) 目标 3. 实施提升护理质量的战略。
  - (4) 目标 4. 对失智症患者及其家属提供支持并保护其尊严，提高其生活质量。
- 意大利国家失智症策略制定于 2013 年正式开始，形成并提出了十点工作文件

(10-Point Working Document of the Italian National Dementia Strategy), 主要包括: 未来失智症的及时诊断, 规范诊断失智症所需的测试, 失智症治疗的可获得性, 研究及相关问题等。此工作文件明确了意大利主要应对失智症的国家级, 同时该策略分别在不同的大区会议上进行了讨论。由于在意大利医疗照护事业是由大区独立管理, 不需经国家统一同意及管理, 这导致每个意大利大区在总体策略的框架下分别有自己的医疗照护模式。本文主要根据米兰在所在的意大利北部伦巴第大区的养老情况进行研究与分析。

### 2.3.2 医学层面失智症相关研究

在医学层面重点进行失智老人行为研究, 是进一步分析和设计探讨的基础。

失智症是一种慢性的神经退行性脑疾病, 通常会逐渐导致人忘记最近发生的事情或熟悉的人, 随后会导致行为混乱和个性改变, 以及判断力的下降。随着疾病的进展, 沟通变得更加困难, 大多数失智症患者最终都无法照顾自己。

现阶段并没有治愈失智症的方法。药物或非药物治疗可以改善患者的病情或减缓病情的发展, 介入的目的也在于提高失智症患者的生活质量, 延缓其病情发展的速度。

失智症的发展主要经过三个不同的时期, 第1期(病期1至3年): 主要症状是记忆力明显减退, 短期记忆首先消失; 与此同时知觉退化, 思维能力、视空间辨别能力及计划能力的丧失。第2期(病期2至10年): 主要症状是第一阶段的症状加大, 近及远记忆力明显损害, 语言和协调能力以及的进一步丧失。第3期(病期8至12年): 智能严重衰退, 病人生活不能自理。<sup>[15]</sup>

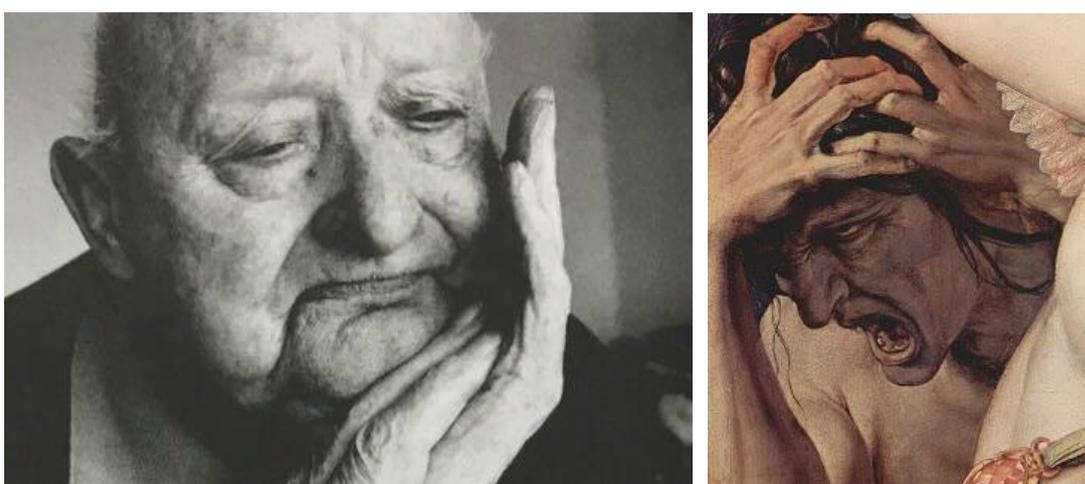


图2-2 失智症老人的常见表情与行为 (来源: Lost in space)

失智症(以阿尔兹海默症居多)的行为和精神症状(BPSD)包括一些列症状

(如图 2-2), 这些症状出现在多数老年失智症患者中, 但个体存在差异, 不能一概而论。<sup>[16]</sup>

老年失智症的行为和精神症状如下表 2.1 所示。

表 2.1 老年失智症的行为和精神症状表<sup>[16]</sup>

序号	症状	行为和精神症状表现
1	抑郁	老年人会在失智症初期表现出精神沮丧, 消沉抑郁的现象。
2	焦虑	失智老人整体精神紧张, 时常会发生惊恐, 没有明显的理由便害怕或叹息; 感到软弱, 无法放松。如果与照护者分离, 会变得更加紧张不安。
3	妄想	失智症老人时常怀疑事情是不真实的, 他们有危险或有人想伤害他们, 比如有人要抢劫他, 他的配偶要背叛他, 他的家不是自己的家等。
4	易怒、情绪不稳	失智症老人易恼怒, 对小事情“发脾气”; 缺乏耐心, 突然生气, 经常嘀咕, 情绪迅速变化。
5	幻觉	失智症老人会认为自己看到不存在的事物, 听到别人听不到的声音, 闻到不存在的气味, 与不在场的人交谈, 甚至幻觉有东西在皮肤上爬。
6	冷漠	失智症老人对他周围的世界毫无兴趣, 没有生活动力并减少做家务, 不再自发和积极参与活动, 不愿意开始交谈, 与朋友疏于联系。
7	无法控制个人情绪	失智症老人有时无法正常对情景做出适当的情绪反应, 比如为不好笑的东西大笑, 而对幽默没有反馈; 并且很多时候作出不恰当的情绪表现。
8	失控	失智症老人会公开谈论自己的隐私, 并且谈论粗俗不当的话题, 与陌生人热切交流诉说隐私等。
9	饮食习惯变化	失智症老人会突然改变饮食习惯, 失去食欲或暴饮暴食, 从而体重突然增加或减少。
10	激越、攻击	失智症老人会对那些试图帮助他的人感到恼怒, 并较为激烈地拒绝提议或帮助, 如固执而不配合照护人员穿衣服, 愤怒地大喊, 砸门, 踢家具, 砸物品。

11	漫游、 异常活动	失智症老人会继续毫无目的地漫游，并进行反复穿脱衣服，扣扣子等异常活动。
12	夜间行为	失智症老人通常很难入睡，并且存在昼夜颠倒的问题，在夜间不断无意识漫游，而白天过度睡眠。

### 2.3.3 心理学层面失智症相关研究

#### 1. 失智症认知理论的基础追溯

针对失智症的建筑设计并非片面的建筑方法，其理念根源在于失智症老人本身，即其本体的存在；失智老人的人格特征、心理社会特征、身体行为特征是建筑针对性设计的生发之源。失智症建筑由于其特殊性，使用者在意识层面的退化使其具有众多与普通老年建筑不同的特征和偏重。

论其根本，失智症的人格特征是失智症针对性设计的根本，其决定了失智症患者的人格存在问题。

根据海德格尔（Martin Heidegger）“本体论”的观点，人的存在不是主客二分意义上的存在，而是不区分主客观意义上的“存在”，即“我的存在”。失智症老人人格存在不会随着认知能力的消退而消失，仅以能够进行认知思维的主体当做存在者的理论存在局限性。同时，人关心自身的存在，并追求其自我认同。<sup>[17]</sup>

基于“本体论”的观点，可以得出：失智老人即使随着认知能力的衰减，身体及认知持续性无法保持，（1）其人格依旧存在，其依旧享有人的个体权利并理应得到尊敬；（2）即使失智症老人无法有能力将自我认同持续到老年<sup>[18]</sup>，社会及其照护者也应当维持其自尊，保障其人格权利，并采取措施尽可能地维持其自我认同。

对于失智症患者，即认知能力受到侵害的人来说，其应当如何保持其人格，就要通过失智症的心理学及社会学分析得到方法。

梅乐·庞蒂（Merleau Ponty）指出，生命体是通过感知来体验，这是生命意识的本能。所以在人的生活环境中，语境的感知和情感的体验是十分重要的接受方式。对于失智症的患者来说，可以用身体实践及环境感知做引导，身体实践是弥补其认知缺陷的意识锻炼方法。

汤姆基伍特（Kitwood）进一步发展了失智症的应对理念。<sup>[19]</sup>他关心社会环境如何作用于失智症患者，并认为人格在失智症中是存在的，是可以被社会、人际、环境所重建，这种与环境之间的交往维系着自我的存在。“重组这些具有破坏性的关系……使失智症患者重获一种独特而持久的人格。”<sup>[20]</sup>我们需要提供一种引导的环境使其自我表达和自我产生。

失智症患者在认知能力衰退之后，根据其病程特征，人会回到“原型”模式，但可以基于人际关系来激发认知，并通过环境与之对话。这就是说，失智症可以并且需要被接纳、被鼓励参与到社会交往模式中，并受到社会关怀。

## 2. 失智症的心理分析

心理学家荣格（Carl Gustav Jung）的人格整体论认为，人格一共分为三个层级：第一层级是意识，是能够被人们觉知的部分，如记忆、认知等，也是失智症病程中最先消逝的部分；第二层级是个体潜意识，是个体曾经了解但被隐藏、被压抑而不觉察的独特意识，如经验、遗忘的回忆等，在是失智症的病程中也会消逝的部分；第三层级则为集体无意识。集体无意识是生物体世代通过遗传而获得的集体记忆，是个体无意识的本能，与个人的意识积累和培养无关。集体无意识不仅仅是集体共性的表达，更是人褪去后天所得，在意识层面拥有的本能<sup>[21]</sup>。

集体无意识主要是通过“原型”所组成的。“有许许多多的原型，正像生活中有许多典型的情境。无穷无尽的重复已经将这些经验铭刻在我们心理构造中了。不是以充满着内容的形象的形式，而首先是作为‘无内容的形式’，表现着一种感知和行动的确定的可能性，当相应于某一特定原型的境况出现时，该原型便被激活起来成为强制性的显象，像本能冲动一样，对抗着所有的理性和意识……”<sup>[22]</sup>

这种通过“原型”呈现的集体记忆，是失智症患者认知衰退后的存在的认知基础，也是针对失智症进行设计或应对的着眼点。

### 2.3.4 社会学层面失智症相关研究

针对失智症的社会学层面研究也同样重要，从失智症患者的外部环境入手，与基于失智症老人内部“原型”挖掘相互配合，通过环境体验与环境影响保持其人格，也是应对失智症老人认知缺失的重要手段。

从社会学角度来讲，在外部关系方面加强社会联系，鼓励与他人建立良好的关系环境，带动失智症患者进行身体体验，从而重塑或引导失智老人的认知重构。以人为中心的理念就是以社会学为基础的。<sup>[23]</sup>

根据米歇尔·福柯的观点，社会在应对失智症的过程中将其政治化，在社会层面保证了是失智症患者有权利得到社会保障。失智症的问题明确化使得失智症被认为是老化的正常组成部分，是一种正常的社会现象。因此，通过社会、环境的重建与影响，对失智症老人进行的人格与认知层面进行复健，就成为了一项有效的策略。

### 2.3.5 建筑学层面失智症相关研究

由于失智症老人特殊的生理与心理特点与相应的护理模式，对其所居住的空间设计提出挑战。在空间中融入针对性设计，有利于延缓患者病情发展，减轻护理压力，最终帮助失智老人实现其自尊、归属感、控制感与存在意义。

失智症针对性设计是指根据失智症老人特有的行为和精神症状 (BPSD)，结合医学、心理、社会等多方面探究适宜其行为状况与精神需求的失智症针对性空间，并在老年设施的设计中融入延缓失智症病情的措施，以期用空间的设计为老人提供安全、舒适、有利于延缓认知衰退并提供锻炼功能的环境。

#### 2.3.5.1 失智症“原型唤起”模式的提出

“原型 (Prototype)”概念是指：由于失智症导致的认知衰退，人的意识逐渐失去其个人独特的意识、个人无意识，回到集体无意识的层面，仅余人类本能的认知。这种本能的认知片段和人格片段，可称为“原型”。

此时人仍具有四部分的需求：自尊 (Self-respect)、归属感 (Sense of Belonging)、控制感 (Perceived Control)、存在的意义 (Identity Obstacles)。失智症在大脑衰退之后，这些依旧存在的人格本能与基本感官就将是失智症针对性建筑设计的着眼点。针对失智症建筑的设计，要基于失智症认知的特点，以达到这四部分的人格需求。

基于上理论观点，提出“原型唤起 (Prototype Recalling)”模式，是失智症针对性设计的理论体系。

“原型唤起”模式是指，失智症针对性设计是要用建筑空间的手法，利用老人能够接受的、引起认知刺激的“原型”、利用能够受到刺激的基础感官，引导、影响老人在空间中进行适宜而合理的活动，为老人营造与社会紧密联系的空间环境并将治疗的手段融合在其中，从而使失智症老人在空间中得到非药物的治疗和锻炼。(如图 2-3)

“原型唤起”模式主要包括两部分：

- (1) 空间提供“原型”片段，唤起集体记忆。
- (2) 加强社会及环境对失智症人格的重塑。

两部分体系分别从两方面展开，相互补充：对失智症患者本身，挖掘其本体特征；对失智症患者外界，则强调环境引导与重塑。“原型唤起”模式是由一系列失智症应对理念组合而成的体系，为失智症的空间针对性设计提供了基础。

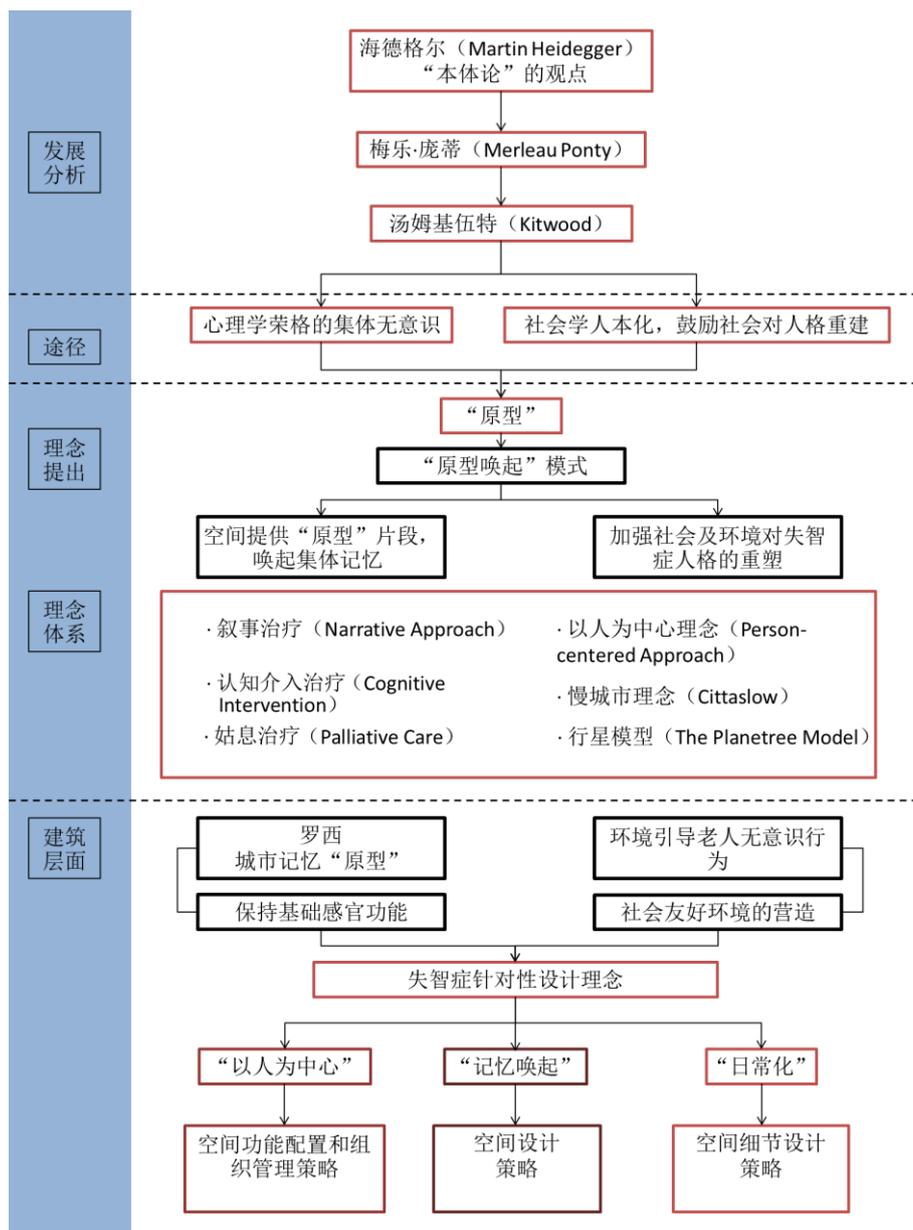


图2-3 失智症“原型唤起”模式框架 (自绘)

### 5. 空间提供“原型”片段，唤起集体记忆。

从建筑空间层面来讲，罗西认为建筑的出现是有原型可依的，原型的形成来自于人们共有的记忆。空间既包括物质真实也包括历史，持续不断地重复赋予其“集体记忆”。空间每一处“原型”均融合事件和感情于一体，在其中含有过去的回忆和对未来的想象。“城市记忆”则是人们对“原型”的集体记忆。<sup>[24]</sup>

罗西的“原型”理论将失智症“原型唤起”模式落实成为建筑层面的有效措施。(如图 2-4)“我们已经不再有创造那种假想的能力了，我们能做的全部只是提供片段——生活的片段、历史的片段，和建筑的片段。”<sup>[25]</sup>

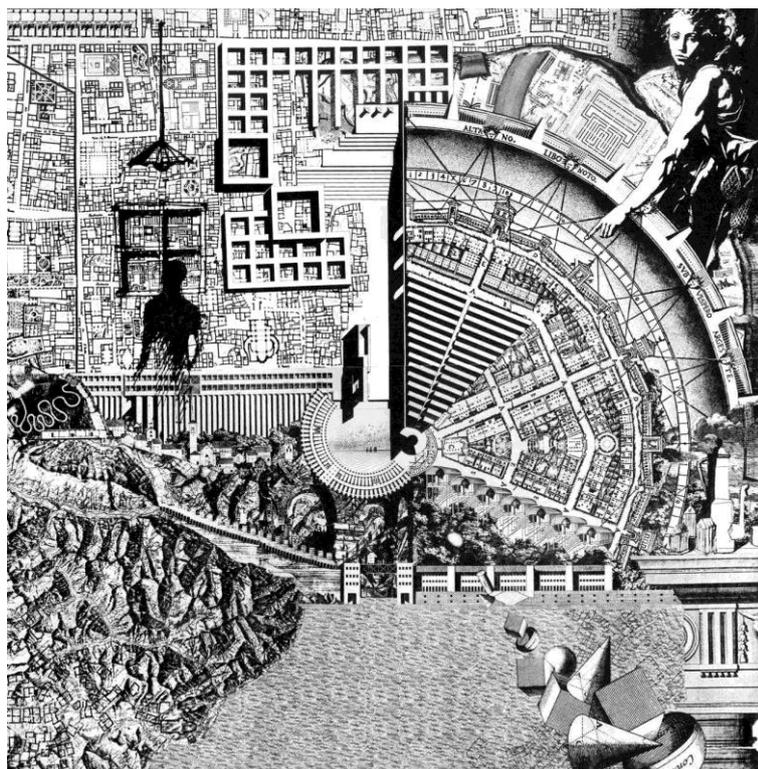


图2-4 罗西建筑“原型”绘稿

(<http://www.thewowa.com/cn/top/detail/dc0auxrj.html>)

根据行为和精神症状(BPSD)分析,随着失智症老人认知能力和记忆的逐渐消失,失智老人会依赖“原型”的刺激唤起,并依赖基础感官进行感知。失智症是由神经退化引起的,认知的衰退会使老人较强依赖基本感官(五感包括听觉、味觉、嗅觉、触觉、视觉)进行原型感知;神经的退化或丧失会影响到嗅觉和视觉,同时听觉也会随着认知功能的退化而受到伤害。<sup>[26]</sup>

因此在建筑空间中,提炼并使用老人生活的片段、历史的片段和建筑的片段,对失智症老人进行反复的刺激,同时结合空间,针对五感进行训练,是延缓病程发展的建筑空间策略。

#### 6. 加强社会及环境对失智症人格的重塑。

从建筑空间层面来讲,加强社区联系,通过空间进行环境引导,从而达到失智症人格的重塑与训练。

失智症损伤的大脑海马区主要功能为处理短期记忆,这使得失智症老人无法有效地在空间上定位自己并记住空间的关系。随着失智症病情的发展,在失智症逐渐使老人失去认知与自主的意识之后,失智症患者对自身行为的控制越来越弱;其无法通过正常的认知来组织自己的行为,有多时候并无法辨别空间并主动地进

入目标空间参与活动，或并无活动的积极性，从而越来越多地需要由环境刺激来引导。

这使得失智症的行为变得更加可预测并可引导，可以通过操纵环境来提高失智症老人的认知能力，用环境或空间来引导或重塑失智老人的行为。通过建筑空间、环境的营造来引导或重塑失智症患者的认知，就成为了应对失智症老年建筑的重要手段。

### 2.3.5.2 “原型唤起”模式的相关理论体系概述

“原型唤起”模式是一个由多种失智症应对理念组合的理论体系，如下理念中均被包含并可被应用于“原型唤起”模式。

#### 1. 以人为中心理念（Person-centered Approach）

以人为中心（Person-centered Approach）照顾和支持失智症患者，是从社会学角度出发的失智症“原型唤起”模式理念之一。

以心理学家卡尔·罗杰斯博士（Carl Rogers）的理论为基础开发的以人为中心的方法。这个理论的一个重要组成部分是，在一个特定的心理环境中，个人潜能的实现包括社交能力，对他人的需要以及对他人的了解和认识的渴望。它还包括开放的经验，相信和信任，对世界的好奇，创造性和富有同情心。

治疗方法的核心在于：（1）在护理过程中以照护对象为中心，首先接受其是“人”，其次才认识到“失智症”；（2）护理者对照护对象（失智症老人）给予无条件的关注，积极的关怀和共情，尊重照护对象的现实与历史；（3）并与照护对象之间形成相互信任的关系，创造环境保障其人格，能够将关心逐渐传递给照护对象，从而满足其心里对人际关系的多方面需求。

以人为中心的理念可有效地促进照护对象的状态向建设性的方向改善。

#### 2. 慢城市理念（Cittaslow）

慢城市是由国际慢城市联盟所倡导的理念，旨在为快速发展的世界提供“停车”休憩之处。

Cittaslow 是意大利设立的“慢速小镇”或“慢速小社区”模式，与快节奏的城市不同，它提供舒适的环境，有良好的生活质量，可以让老人更加舒适地变老。该运动于 1999 年在意大利的四个小镇开始，此后一直在世界各地传播，超过 100 个社区加入了这个网络，致力于培养他们的历史、环境和可持续性，作为与当今快节奏世界的一致性的一种对比。

这一理念引导创造更具适老性和失智症友好的社会环境，可以为促进失智症患者的社会包容提供潜在的可能性，为失智老人提供更加有耐心的环境鼓励其身

体实践和康复。<sup>[27]</sup>

### 3. 行星模型 (The Planetree Model)

行星模型作为一种全方位的综合照护理念体系，行星模型提倡“在患者、家庭和照护者之间建立一种充分信任的合作伙伴关系”，以失智症患者为中心，全面关注病人的身体、精神，情感，社会关系。

行星模型主要由十个方面的主张构成，包括重视家庭、社会支持的作用，重视对患者信息沟通与教育，为患者提供全面的营养、心灵的疗愈，提倡触摸治疗、艺术治疗、等多种非药物治疗方法；同时，提出了对建筑空间设计的重视，强调建筑设计有利于失智症患者的健康和恢复。<sup>[8]</sup>

行星模型鼓励失智症病人参与到他们自己的治疗中，并公开坦然地讨论病情；护理人员为病人营造出充满关怀与宽容的环境。其主要原则包括充分尊重患者、消除照护者与失智症患者及其家属之间的隔阂并无偏见地分享信息、加强病人的控制感、与患者及其家庭开展更加广泛的社区合作。<sup>[28]</sup>

### 4. 叙事治疗 (Narrative Approach)

叙事治疗是关注人类行为是如何通过故事而组织起来，并赋予其意义的心理学治疗理念。其原是心理学治疗的方法，是指治疗者通过倾听患者倾诉的故事，帮助当事人找出遗漏片段，从而引导来访者重构积极故事解决问题。<sup>[29]</sup>

每个人的自我都是由自己连续不断的故事构成的，叙事治疗对失智老人的康复有较大的帮助。但在对于失智症老人，叙事治疗的应用却与传统叙事治疗有一定的区别。由于失智老人的大脑衰退，认知能力、记忆能力与语言表述能力均被不同程度地损坏，单纯依赖其个人的故事叙述无法有效完成叙事治疗。所以在失智老人的治疗中，治疗者需要充分借助其家庭、老人的物品等媒介，进入老人的“故事”，从而充分了解老人，帮助其建构连续故事。

从失智老人的故事叙述中可以读懂其独特的行为模式，进入老人的故事中分析老人的行为症状；找到适当的应对措施，提高老人的生活质量；同时可以更好的理解其自我定义，完善其缺失的人格。

### 5. 认知介入 (Cognitive Intervention)

认知介入疗法是从思维层面对来访者进行调整和治疗，从而调整其行为、情绪。对于失智症老人来说，认知介入是十分重要的治疗和训练手法。

非药物治疗是针对失智老人的主要认知介入的方法，通过语言或非语言的多种手段，刺激老人的基本感官，维持其感知功能；同时用公共记忆物品或对老人有针对性的物品，引发老人的回忆，锻炼并恢复失智老人的情感功能和情绪功能。

认知介入治疗通过理解失智症老人的长处和困难，用多种方法训练感官功能

与思维功能，帮助其实现个性化的锻炼目标。<sup>[29]</sup>

#### 6. 姑息治疗（Palliative Care）

姑息治疗常用于癌症的晚期治疗，在病症无法治愈时致力于通过减轻痛苦和控制症状的方式，让罹患疾病而面临死亡威胁的病患以及他们的家人得以改善生活品质，并给与全过程的精神与社会支持。

失智症无法治愈，随着病程的发展，只能采取锻炼方式延缓病人的大脑退化速度，并帮助患者及其家属提高生活质量。虽然病程较长，但失智症与姑息治疗在本质上并无区别。在治疗过程中，应当将姑息治疗的理念应用于失智症老人的治疗锻炼中。

## 第3章 意大利社区老年中心项目特点分析

### 3.1 社区老年中心的设施属性

#### 3.1.1 社区老年中心的基本定位

在意大利，社区老年中心是介于居家养老与机构养老之间的社区养老辅助照护设施，是最重要、也是较为常见的养老设施类型。社区老年中心承载了居家养老所需的家庭护理服务功能与日间照料功能，也结合了机构养老的长期养护功能；并将多种功能散布、落实进社区，是意大利老年人最熟悉、常用的老年照护设施。

社区老年中心是当地政府设置的“中间设施”（如图 3-1）<sup>[8]</sup>——为老年人口提供社会互动的平台，辅助老人实现居家养老的同时也减轻照料机构的照护压力。

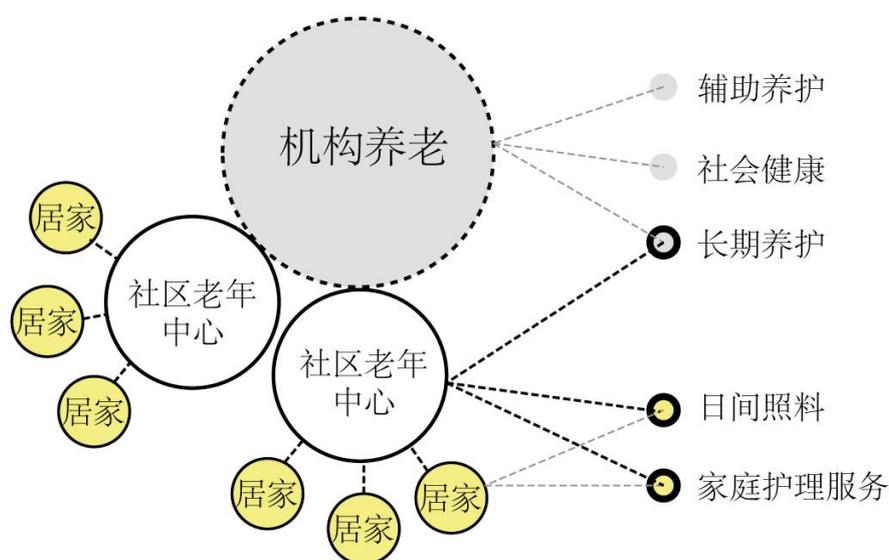


图3-1 意大利社区老年中心的功能关系图（自绘）

现阶段针对失智症社区老年中心定位与功能相当于中国的养老驿站和社区养老服务设施，具有日间照料和家庭服务的功能，强调居家养老的辅助功能，帮助老年人实现居家养老；同时具有一定的机构照护能力，能够满足失智老人入住接受专业照料。

意大利对于老年照料机构及失智症老年机构的实践开始较早，同英、德等国家一起，在欧盟的框架内积累了较为多样的经验；其对于失智症社区老年中心的建筑层面及设计理念的研究，形成了一套适宜于自身的规范。而其针对失智症社区老年中心极为细致的法律及机构准入条件，则有效地保证了意大利失智症老年机构的建筑、组织及照护效果。

#### 3.1.2 社区老年中心的功能类型

意大利社区老年中心功能类型主要包括：失智老人护理（CDA, Centri diurni Alzheimer）：主要照护人患有失智症、部分或全部非自理的失智症老人，特别是针对失智症不同阶段的老人的认知和行为缺陷，采取有针对性和具体的援助。通常提供 14 至 40 个名额，形成组团进行照护。老人长期养护（RSA, Residenza sanitario assistenziale per anziani）：为只需要不间断的支持和帮助的家庭提供老人照护的服务，为半住宅式的老年长期入住功能。日间照料（CDI, Centro diurno integrato per anziani）：日间中心为老人提供日间活动及照护服务，尽可能保持或恢复其日常生活的基本功能，从而尽可能长期保持老人居家养老的生活环境。康复活动（CDD, Centro diurno per disabili）：提供医疗，护理，康复活动，不仅只针对老年人的复健，通过训练消除身体障碍，是社区老年中心的功能性增加。<sup>[31]</sup>

意大利社区老年中心的数量较多，广泛分散于社区中，满足老人就近接受照护、居家养老的需求，并且多数包含失智症照护服务、家庭服务、医疗及心理咨询等综合功能。其主要功能在于鼓励并支持社区老人居家养老，但随着失智症病程的发展，病人会在入住专业机构接受照料治疗。意大利现阶段家庭护理服务和正规化的社区服务比其他欧洲国家少，各区域地方卫生单位之间的差异较大，在应对失智症老人的护理时，亲属和护理人员大多独自一人，不足以满足失智症患者的照护需求。<sup>[30]</sup>针对失智症的社区老年中心作为管理越来越多的失智症患者、支持家庭照顾者和社区的重要组成部分，将会继续得到提倡和发展。<sup>[30]</sup>

据 2011 年官方统计，仅米兰市就拥有 21 家不同规模、不同性质的失智症社区老年中心。主要的模式有欧盟及政府主办、纯私公司性质、公私合作经营、社区与私人公司合作等；规模也由仅照护 14 人的嵌入式袖珍社区失智症老人中心，到照护容量几百人的综合老年照护中心，规模多样。

其中，老年设施以社区老年中心为主，照护方式以居家照护为主，辅助以机构长期照护功能。社区老年中心主要有三种常见的模式：依附于养老综合体的社区老年中心，嵌入式小型社区老年中心，依托医疗设施的社区老年中心。

### 3.1.3 社区老年中心发展趋势

意大利的社区老年中心在多年的发展中也积累了丰富的经验，其发展有如下趋势。

#### 1. 强调设施功能的差异化，应对所在社区的实际需求

意大利社区老年中心，根植于社区，根据社区的实际养老需求灵活地选择配置的功能。例如根据社区的真实照护需要，配置日间照料功能，或如有需要则添加容纳失智老人居住的养护功能，设施之间的功能差异化可以更有效地满足社区照护的要求。

#### 2. 强调服务人群的混合性，接纳不同经济条件的老人

意大利的养老体系为综合性的，老龄人口经济承受能力差异大。老年人及其家庭之间的经济条件差距较大，既有全款支付的老人，也有依靠国家保障的低收入老人，这就造成了同一个社区老年中心存在照料需求的现实差异，单一服务功能社区老年中心难以满足需要。

故社区老年中心更加重视服务人员的混合性，在空间及功能配置上有多样性的区别和匹配，能够灵活地接纳不同经济条件的老人。

#### 3. 强调护理功能的综合性，加强对失智症的专业护理

社区养老组织设施完备，强调护理功能的综合性配备。意大利的养老体系为综合性的，受国家保障，在覆盖广泛的社区老年中心体系完备、机构组织成熟。在对失智老人的照顾层面，理念及实践经验丰富，社区老年中心往往可以以小体量承担起照护失智老人的综合性功能。

意大利与社区老年中心相匹配的公共服务体系较为完备，比如较为便捷的医疗资源、种类完备的相关专业的照护人员与教育者、较充足的专业培训资源、较高的公共关注度等。这为意大利的社区养老设施服务的专业及普及提供了良好的基础，同时意大利社区老年中心分散分布于的社区中，形成了交通便捷的基层照护网络，保证老人能够就地养老，就近接受良好的社区养老辅助服务。

#### 4. 护理人员相对不足，通过空间设计降低照护成本

意大利普遍老龄人口较高，社区老年中心照护压力过大，而专业的护理人员人数普遍不足，在社区老年中心的运营中压力较大。同时现阶段养老政策及保障冗杂，意大利各大区有着不同的养老措施，国家统一标准较为缺乏；各地区的可用资源和服务需求存在差距，社区老年中心缺乏统一的运营标准。尤其是对于小型社区老年中心，其运营及照护压力直接导致了对老人照护质量的下降。

因此，意大利更加提倡通过空间设计的手段降低照护成本，保证社区养老服务的质量，这对进一步在建筑层面进行设计探究提出了要求。

### 3.2 社区老年中心典型案例调研分析

意大利在失智症老年建筑领域，已经进行了丰富的实践并积累了经验。基于在意大利的实地调研和分析（表 3.1），笔者选择了以下五处包含失智症照护功能的社区老年中心进行分析：米兰 Abbiategrasso（C.GOLGI）社区老人中心与 Villaggio Amico 老年中心均是其中最具代表性的综合性老人护理机构，成为了“社区心脏”，其中失智老人护理机构部分功能较为综合、实力较强，具有较强的可借鉴性；意大利米兰 I Delfini CDI 小海豚老年中心、意大利米兰 GIOLLI 社区老年中心、意大利米兰 GERIATRICO 老年中心是较为典型的社区嵌入式老年中心，均具有照护社区失智老人的功能，故选这五所机构进行详细的空间设计分析和组织策略总结，如表 3.1。

表 3.1 意大利社区老年中心基本情况表

机构	机构性质	功能				规模
		CDA	CDI	RSA	CDD	
Abbiategrasso (C. GOLGI)	自科研机构	○	○	○	○	综合中心 CDI+RSA +Alzheimer's+科研中心
Villaggio Amico	私人企业	○	○	○	○	CDI+RSA+CDD+Alzheimer's 疗养康复中心
GIOLLI	社区独立日间照料 欧盟政府性质	○	○			存在 20%早期 Alzheimer's 照料，大范围社区独立日间 照料中心
I Delfini CDI	建筑嵌入式私人	○	○			小组团 Alzheimer's 日间照 料中心
GERIATRICO	社区嵌入式私人 Alzheimer 中心 +结合医院	○	○			Alzheimer 中心+结合医院

#### 3.2.1 依附于养老综合体的社区老年中心

##### 1. 意大利米兰 Abbiategrasso 社区老年中心

米兰 Abbiategrasso 社区老年中心是 2015 年新建的失智老人护理机构，位于米兰周边小镇 Abbiategrasso（阿比亚泰格拉索）镇中心（如图 3-2），是一家欧盟

性质实力较强的综合性失智老人护理机构，功能较为综合。

机构总容量为 300 人，主体建筑为建筑组群分散式布置，失智症中心位于建筑群后部，位置处在较为隐蔽的内部。中心依托较为完善的医疗设施环境，可提供失智症老人的长期居住、短期居住治疗及日间照料服务，其中长期失智症老人入住 40 人，配备照护人员 23 人。中心主体建筑分为三层，各层主要功能为：首层为老人授课活动，手术医疗室，医学研究室，卫生监控，医学图书馆；二层为康复室；三层为失智症中心。



图3-2 意大利米兰Abbiategrasso社区老年中心外观(自摄)

#### 2. 意大利米兰 Villaggio Amico 社区老年中心

意大利米兰 Villaggio Amico 社区老年中心（朋友村）（如图 3-3）是一个私人性质的养老疗养康复机构，功能综合，包括老年日间照料（CDI）、长期养老院（RSA）、失能康复中心（CDD）、失智症中心（Alzheimer's Center）等，有长期入住和短期入住的不同功能安排。



图3-3 意大利米兰Villaggio Amico社区老年中心（朋友村）外观

<https://www.villaggioamico.it/casa-di-riposo-milano/>

意大利米兰 Villaggio Amico 老年中心建立于 2010 年，由废弃旧工厂改建而来，借助意大利较为成熟的工业遗址改造的技术与传统，保留老厂坊原有的结构，进行了历史遗产的保护与改建，将旧工业建筑改建为综合养老功能的研究性建筑。中心的主要目的是服务社区，成为联系社区各阶层、打破社区代际壁垒的“社区心脏”。

综合老年中心位于建筑群外部，主要建筑功能布局为：一层功能为社区开放共享设施，包括日间照料中心、信息问询等；二层为复健中心（CDD），针对 18 周岁以上人员，照护容量为 20 人；地下一层为病人专用健身房，社区公用健身设施和泳池，以及办公区；其他部分为长期或短期入住养老院。失智症中心则布置在建筑群内部，主体建筑容纳 40 位患失智症的老年人进行日间照料和长短期居住，分为两个居住组团，共配有 24 名照护人员。

### 3.2.2 嵌入式小型社区老年中心

#### 1. 意大利米兰 I Delfini CDI 小海豚社区老年中心

意大利米兰 I Delfini CDI 小海豚社区老年中心（如图 3-4）是一个私人性质的

失智症日间照料中心，机构规模较小，功能辐射范围也较小，包括老年日间照料（CDI）、和失智症中心（Alzheimer's Center）。



图3-4 意大利米兰I Delfini CDI小海豚社区老年中外观

小海豚老年中心位于米兰市区南部的社区内，是一所嵌入式的 Alzheimer's 日间照料中心，占据居民楼一层及院子，与所在社区保持着极为紧密的联系。本社区老年中心容纳为 14 位失智症老人进行日间照护，服务的均为当地社区的老人，交通便捷。

## 2. 意大利米兰 GIOLLI 社区老年中心

意大利米兰 GIOLLI 社区老年中心（如图 3-5）是一个独立的日间照料机构，属于 1999 年欧盟政府的社会福利项目，其所有者为欧盟；该中心具有综合性的功能，既提供给健全老人的日间照料服务，同时存在 20% 早期 Alzheimer's 的照料。

该中心位于米兰第九区，嵌于在大片社区住宅中心，其主要定位为针对大范围社区（整个米兰第九区）社区老年日间照料中心。该中心为一层独立建筑，由社区幼儿园改造而来，环境安静有利于老人的康养，有良好的亲切性；空间充足，功能安排合理并且丰富。社区老年中心在改造中保持主体墙和卫生间不变，其他部分根据伦巴第大区法律规章进行改建。

该社区老年中心容纳 30 位老年人（其中 20% 为失智症早期的老人）进行日间照料，最多可达到 45 人；其根据政府评估标准 ISEE 对入住的社会低收入老人进行评估，平均收费为 0-33€ 每天。

此社区老年中心拥有足够的空间进行活动，其主要的优点有如下几点：位于社区老年中心，社区环境优美，安静适老；工作人员热爱日间照护老人的工作；机构照护人员配比、空间功能完善；参与日间照料的老人愉快、幸福指数较高，并针对每位老人制定个人的活动治疗安排。



图3-5 意大利米兰GIOLLI设区老年中心（朋友村）外观

### 3.2.3 依托医疗设施的社区老年中心

意大利米兰 GERIATRICO 社区老年中心（如图 3-6）也是一所小规模、功能紧凑的社区老年中心，依托医疗设施设置。本机构位于社区内部一个综合建筑的一层，并与医院结合在一起，与医院共享大厅接待台，但老年中心有独立的封闭入口。



图3-6 意大利米兰GERIATRICO社区老年中心外观

此机构容纳 30 位失智症老年人进行日间照料，均为本社区老人就近照料；空间较为集约，仅满足社区失智老人日间照料的基本生活要求，并严格按照最小空间面积要求进行布置。

### 3.3 米兰Figino社区老年中心改造设计项目概况

#### 3.3.1 所在社区环境概况

米兰 Figino 镇位于米兰市中心的西南，是一座有着悠久历史的“乡村”小镇，老镇上仍然保留着一些过去明显的城市和建筑特征。（如图 3-7）



图3-7 意大利米兰Figino周边外观

在几年前的社区更新中，更是形成了新城与老区并置的村镇结构形态。（如图 3-8）老城多为两层的传统房屋，拥有内部庭院但没有阳台和窗户。而新区则为相连通、社区联系较强的高层住宅楼组成，承担着激活社区、完善社区功能的责任。



图3-8 意大利米兰Figino基地环境（自摄）

Figino 居民人数为 1598 人，人口组成以老年人口为主，同时聚集了米兰周边的通勤工作人员、退休老人以及处于社会中低端的边缘居民，失去社会生活能力的失智失能老人在 Figino 聚集，其比例远远高于周边。居住在该地区的家庭 681 人，平均成员 2.4 人，但是一人家庭（通常为独居老人）的比例最高，为 32%；无孩子的家庭占 19%，有孩子的家庭占 39%，其中大多数只有一个孩子。55.1% 的居民没有工作，主要为 65 岁以上的老人和少部分儿童。

通过调研发现，Figino 老年人的比例过高、失智老人聚集、缺乏老年人的照料资源是社区面临的主要问题。

同时，老年人数的过多加剧了 Figino 城市退化的问题。现阶段 Figino 处在一种衰退而缺乏生机的状态中，缺乏公共活动花园、缺乏城市服务，缺乏休闲空间和消费机会。米兰吸收了 Figino 的社会养分，并主要将通勤、辅助性居住人口负担安置于 Figino，“城市综合症”造成了当地的沉闷气氛。

Figino 由于城市退化和社区衰退而产生了对公共安全及社区生活的迫切需要。社区“失踪”要素清单很长：银行，邮局，超市，电话亭，图书馆，足够的医疗等。这些社区生活基本服务的缺席导致了 Figino 社区荒漠化效应，并增加了社区居民的无归属感。对于 Figino 这样一个相对独立的小社区来说，急需促进日常生活需求的环境刺激与对高龄失智老人的设施保障。

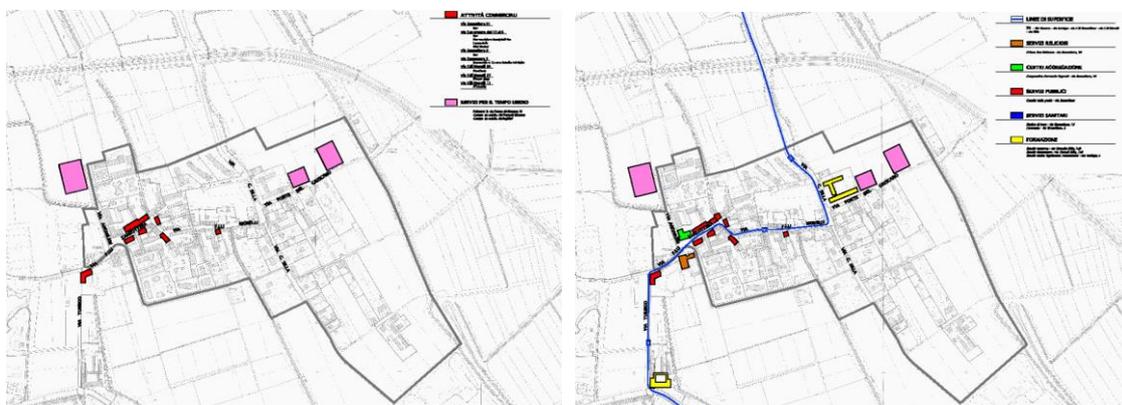


图3-9 意大利Figino原城区商业活动地图与公用事业地图（自摄）

如图中所示，Figino 仅有少数几个单位的商业机构。公共事业服务包括：卫生服务（基础医学和药学）；教育服务（小学和中学）；休闲（一个体育中心和两个足球场）；聚集中心（教区和合作总部）。（如图 3-9）

此次社区老年活动中心位于新城中，旨在为老年人提供养老支持，并解决失智老人的照护难题。如何解决代际分隔、加强老人与社区的联系、弥补社区的功能缺失，同时为失智老人提供适宜的居住恢复建筑空间环境，成为了设计的重点，

也是设计策略体系归纳的要点。

### 3.3.2 原有建筑现状分析

米兰 Figino 社区的老年中心位于 Figino 小城新区西侧，在施工完成后，计划入住附近社区的失智症老人，并可以加强本老龄社区的功能活力。社区老年中心的现状功能如下（如图 3-10）：

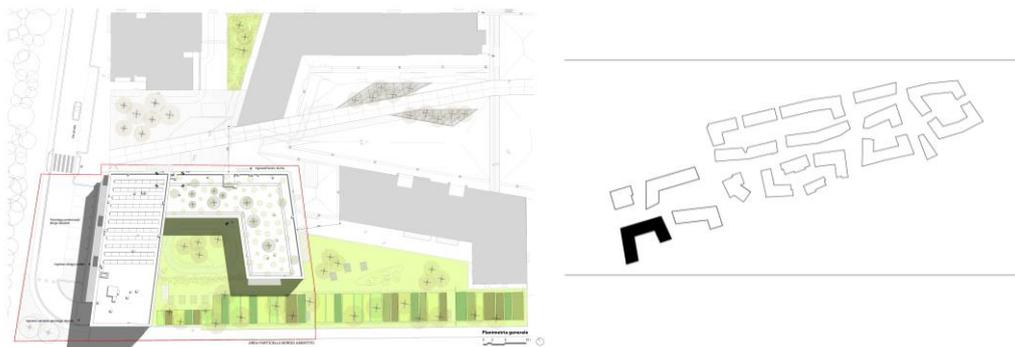


图3-10 意大利米兰Figino原建筑总平面（自摄）

一楼布置（如图 3-12）如下三部分空间：治疗部分：医疗保健人员和医生为失智症老人提供医疗照护。日间护理中心：为老年失智症患者提供日间照料服务，参与健身、午餐和休息活动。联合工作大厅：设玻璃幕墙和回收纸椅或桌子，与社区、孩子和年轻人建立联系（如图 3-11）。

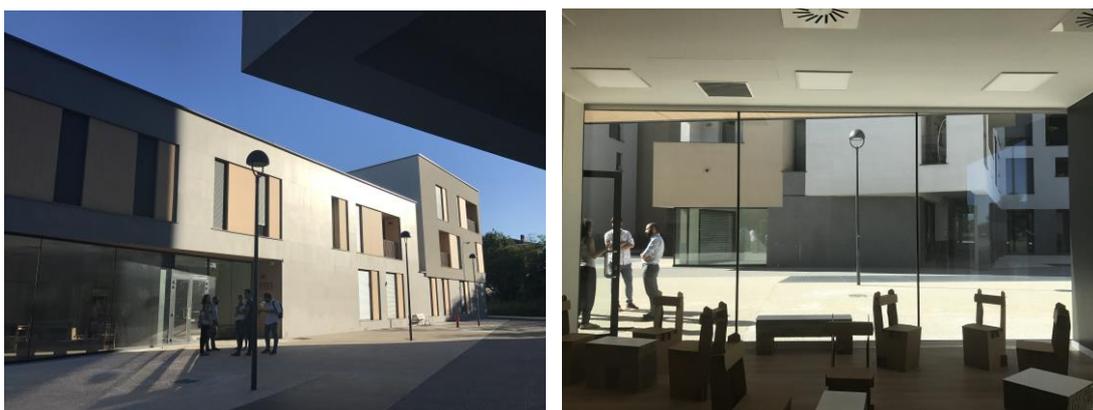


图3-11 意大利米兰Figino原建筑内入口及联合工作大厅场景（自摄）

### 第 3 章 意大利社区老年中心项目特点分析



图3-12 意大利米兰Figino原建筑一层平面（自摄）

二、三楼布置（如图 3-13）失智老人的单独房间或双人房间，房间内设置共享厨房和卫生间。三楼设置屋顶花园。地下层空间暂无利用，设有一个多功能厅正在等待对外出租。



图3-13 意大利米兰Figino原建筑二层及三层平面（自摄）

该失智症社区老年中心规模不大，总面积为 4413.79 m<sup>2</sup>。照料床位数 40 床，居住组团划分较为混乱。各楼层及空间的面积分布如下图（如图 3-14）。

TOT. SUPERFICI LORDE COSTRUITE BORGO ASSISTITO					
PIANO	mq VANI SCALA	mq BALCONI / LOGGE	mq TERRAZZI COMUNI / TERRAZZO COPERTURA	mq LORDI DI PIANO (ESCLUSI BALCONI, LEGGE E TERRAZZI)	mq LORDI DI PIANO (COMPRESI BALCONI, LEGGE E TERRAZZI)
INTERRATO + RAMPA	74,09	/	/	1496,67	1496,67
TERRA	73,84	/	/	903,10	
PIANO PRIMO	70,20	27,08	13,55	966,14	2917,12
PIANO SECONDO	30,11	20,49	494,37	492,39	
TOT BORGO ASSISTITO	248,24	47,57	507,92	3858,30	4413,79

图3-14 意大利米兰Figino原建筑功能及面积配比（自绘）

通过实地调研与建筑空间分析，总结出社区老年中心存在如下问题：

(1) 缺少洄游交通空间。失智症老人有无意识漫游的行为，但整体建筑现状呈U形，尤其是以老人居住单元为主要功能的二层与三层，并没有进行联通，失智症老人在其中运动时会经常面临断头路的情况，而其病理特征则使其无法有效应对。

(2) 一层社区共享空间较少，功能解决不突出。

(3) 日间照料空间不足，不足以支撑老城区和新城区的需要，同时缺乏功能空间，开放性差。

(4) 医疗空间位置不合理，空间局促且位置不易到达。

(5) 二层及三层护理单元布置划分不清。

(6) 老人居住单间布置缺乏合理性。床均面积75平方米，应当按当地情况进行调整，适当减少房间面积，实现更多老人的入住。内部空间利用不合理，整合细碎空间。（如图3-15）



图3-15 意大利米兰Figino原建筑内房间及走廊场景（自摄）

(7) 走廊空间过长且布置单一，不适宜失智老人的行动。

(8) 老人住宅单元缺少公共活动节点。公共交往及对话空间较少，功能单一，

使用效果较差。应当增加公共节点并合理丰富功能。

(9) 共享空间功能单一，缺少失智老人的康健空间及设施。

(10)同时失智老人活动空间和社区开放空间缺乏功能性的有效划分,对于老人的走失及安全性缺乏保证。(如图 3-16)



图3-16 意大利米兰Figino原建筑内庭院及屋顶场景（自摄）

(11)屋顶空间未加有效利用，绿化设计空间不足，设施不完善。

(12)地下室空间利用不足。

(13)空间颜色单调，设计精细化程度应加以提升。

### 3.3.3 改造设计方案解析

对 Figino 社区老年中心的改造设计方案名为“记忆拼图(Memory Puzzle)”。设计使用建筑空间的手法，使用取自于其记忆的认知空间片段，并在空间中结合基本感官的锻炼，将针对失智症老人当然非药物治疗方法融入空间中，为失智症老人设计了一个温馨而丰富的社区老年中心。

社区老年中心针对失智症老人，其设计营造的重点不在于护理，而在于生活。失智症老人虽然不能离开社区老年中心,但却可以在设施内部自由地活动与漫游。

#### 1.平面及功能布置

方案平面布置多出口，以满足不同不同人流的出入要求以及失智症老人的封闭管理要求。设计将失智症老人的公共活动空间、健身与日间餐饮布置在一层，并将空间与社区共享，为社区提供公众活动空间，促进社区与代际的融合。

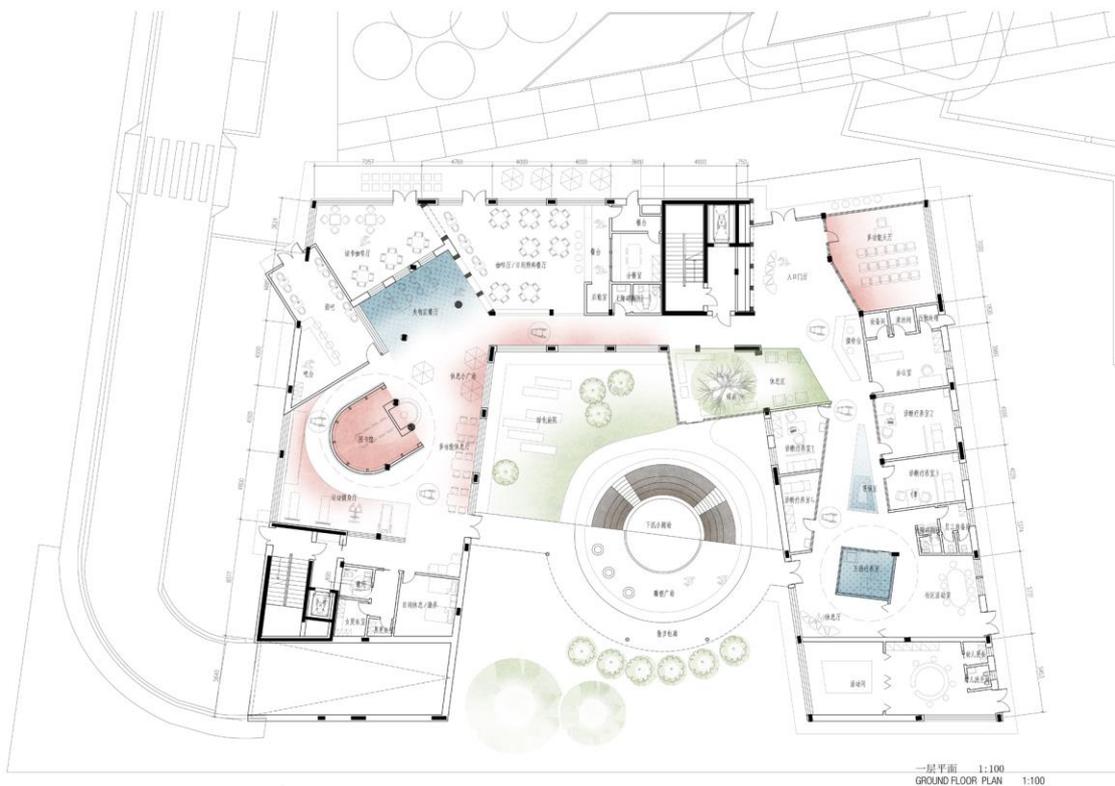


图 3-17 Figino 失智症社区老年中心一层改造平面（自绘）

在一层公共空间中，为失智症老人设计了一条他们记忆中的意大利传统街道，并串联了若干意大利典型的的城市意象片段，传统住宅的庭院、柱廊、喷泉、中心小广场、一片街角建筑立面、巴西利卡等等——简言之，营造了城市记忆的一个缩影。（如图 3-17）

这些传统形式的空间被布置成为多种老人具有美好回忆的社会服务店铺，如咖啡馆、图书室、邮局、水果铺、健身馆等。这些店铺既服务于社区、同样也受到专业训练，可服务失智症老人。在一层布置医疗诊室功能区，为老人提供功能全面的非药物治疗空间，老人可以在其中自由活动。

社区共享的空间联系的设计，增强了社区参与和跨代际的交流。在设计中，结合既有功能及 Figino 周边环境，位于西侧新城区的衔接处增建一部分建筑，成为社区幼儿园，实现镇民和失智症老人的相互对话，跨越代际阻隔；为失智照护人员设置了休息区和临时住宿公寓，关心照护人员的状态，及时为其提供减压的休憩环境。失智症花园与社区花园的设计，将失智老人公共锻炼活动区域与庭院整合设计，为老人及社区居民提供下沉式小剧场和五感庭院，提高失智症治疗空间的功能丰富性。

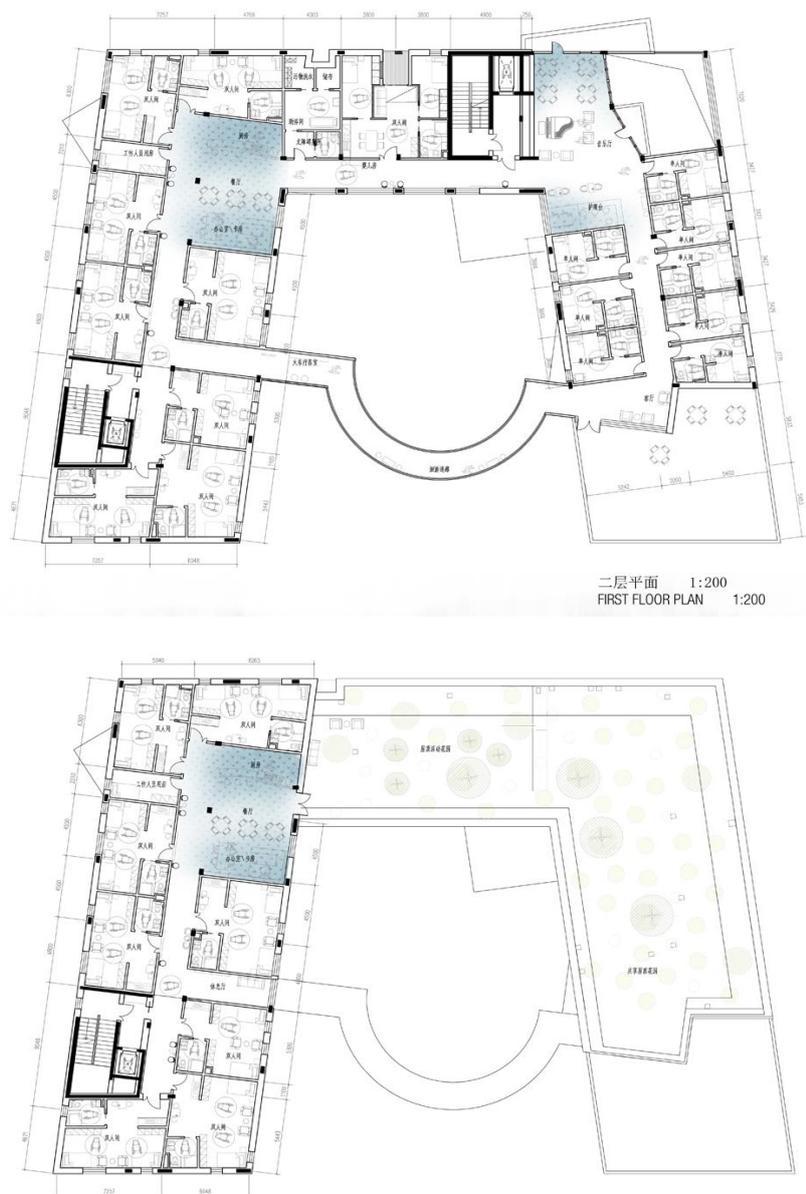


图3-18 Figino失智症社区老年中心二、三层改造平面（自绘）

建筑二层与三层为老人的住宅单元，将私密等级逐渐增加，以保护老人的自尊并营造了家庭起居环境的温馨感；以家庭的多种空间元素为片段，以开放式厨房为中心，为老人营造了家庭记忆的一个缩影。（如图 3-18）

建筑二层与三层将细碎空间整合后，二层设两个组团，三层为一个组团，每个组团 15 位老人；并配有护士站和以家庭场景布置的组团活动空间。同时分别设计了单人间与双人间，以满足不同老人的需求，促进不同社会层级的老人之间的交流。（如图 3-18）

三层屋顶设计屋顶花园，为老人提供接近自然的空间。

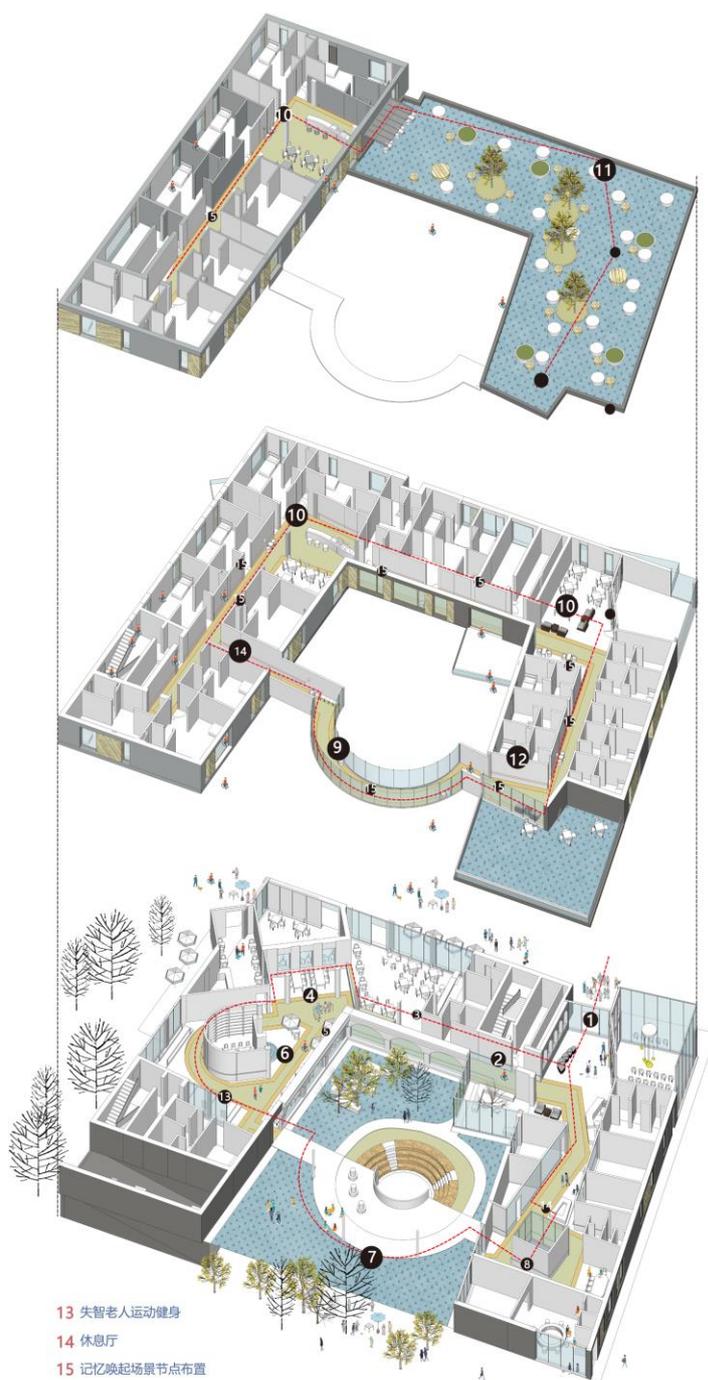


图3-19 Figino失智症社区老年中心功能区域引导节点布置示意（自绘）

## 2.建筑交通流线与形体

社区老年中心为二层老人的居住组团添加洄游廊道，满足老人的环游路线设计，并在一层的花园中形成风雨廊道。老人在社区中心内的运动路线被精心设计，引导并限定老人在建筑中运动的路径，避免老人失去方位感。建筑共设两部交通楼电梯，充分保证失智症老人的无障碍运动。

社区老年中心内的交通空间均与多样的非药物治疗节点相结合，使老人在运动中得到锻炼；同时交通空间配合寻路设计及五感治疗系统，为失智老人营造温馨、便捷的社区老年活动环境。（如图 3-20）

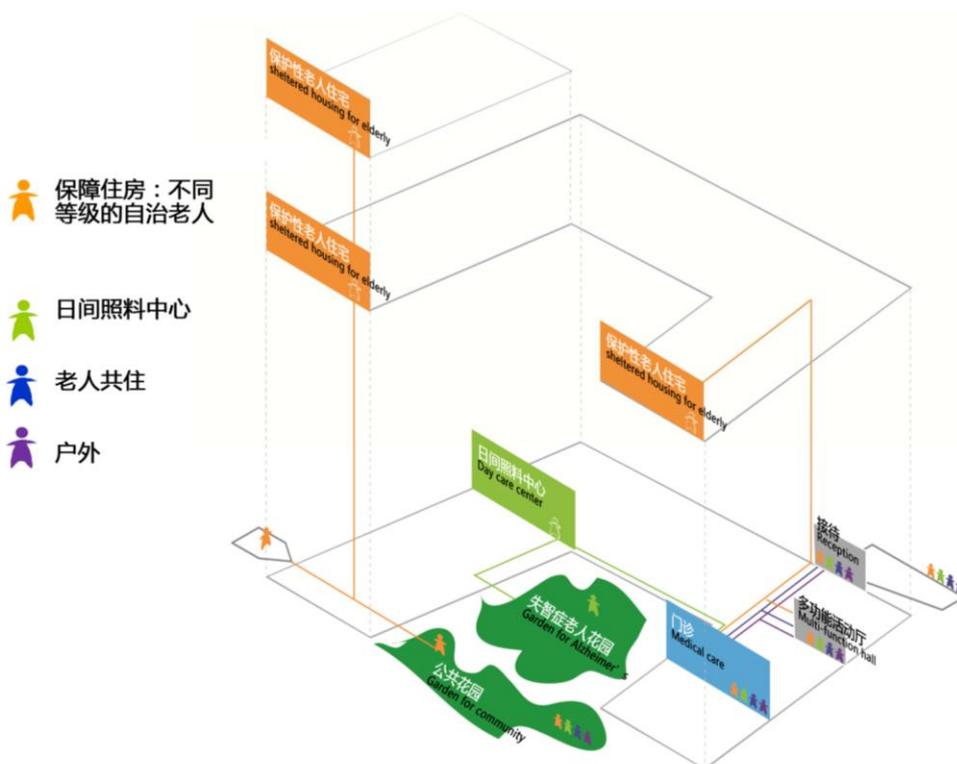


图3-20 Figino失智症社区老年中心交通流线与功能示意（自绘）

失智症社区老年中心设计保持原有建筑在本地区的统一风格，进将植入的城市记忆片段空间设计为白色，从而为失智症老人提供一直纯粹的“原型”片段，帮助老人从中受到认知记忆的锻炼。

### 3.景观及室内设计

建筑内空间结合城市原型空间，设计了室内庭院、通高空间等灵活多变的空间，为不能走出机构的失智老人提供丰富的空间体验。从失智老人的感官特征出发，在设施内部空间设计了失智症老人灯光、色彩、材质等系统，室内环境适宜失智症老人的锻炼与认知恢复。（如图 3-21）



图 3-21 Figino 失智症社区老年中心通高多功能厅景观（自绘）

在老年中心内庭增设阳光玻璃温室和廊道，为老人提供与自然接触的适宜环境；利用屋顶设置屋顶花园，给老人提供自种蔬菜植物的活动空间；在围合庭院中布置环形的五感花园，充分利用周边良好的自然环境，为老人提供与原有生活相近的生活氛围。（如图 3-22）



图-22 Figino 失智症社区老年中心绿植空间景观（自绘）

### 3.4 失智症针对性设计理念解析

“原型唤起”模式强调对内结合失智症患者的记忆“原型”对基础感官进行设计、对外重视环境的引导与重塑。以“原型唤起”模式及其相关理论为基础，将其应用于社区老年中心的设计层面，有以下针对性设计理念：依托“原型”的“记忆唤起”理念、“日常化”理念与“以人为中心”理念。

#### 3.4.1 “以人为中心”理念与对护理人员的关怀

“以人为中心”（Person-centered Approach）的人本化理念在失智症老人的照护中是最为重要的出发点。

“以人为中心”理念在空间组织中以失智老人为中心，充分尊重失智老人的人格与需求，在功能配置与组织管理时充分考虑其居住舒适度与适宜性。通过照护规模、服务功能与照护模式的”以人为中心”设计，真正满足失智症老人的行为及心理需求，通过环境的塑造保有其人格、社会交往，形成与社区和照护者之间相互信任、相互尊重的良性康复环境。（如图 3-23）



图3-23 米兰I Delfini社区老年中心的个人回忆空间（自摄）

同时，在以失智老人为中心的同时，不能忽视社区老年中心中照护参与者的需求。以往在对待失智症建筑的设计及失智症治疗时，设计者通常会把绝大多数的精力投注于失智老人本身，空间的设计与功能配置均以失智老人为核心。

失智症意大利社区老年中心的经验表明，单纯以老人为核心的组织模式忽视了照护人员的存在，忽视了他们的心理、情感和空间需求。随着失智症的长期渐进性发展，无论是在家中、在辅助的生活环境中或是养老院，都将需要照护者的介入，护理人员面临着巨大的责任。照护人员在老年建筑中极为重要，社区老年中心并不仅仅是老人的第二个家，同时也是照护人员的长期工作环境，照护人员的情绪积极、轻松健康是保证对老人照护质量的必要条件。

由于长时间照顾老人并处在紧张的照顾压力中，照顾人员本身的社会关系接触将被影响甚至情感上被孤立，其身体健康也会受到影响。护理人员往往成了失智症的“第二受害者”。<sup>[8]</sup>

照顾者承受的压力有如下方面<sup>[32]</sup>：生理上的负荷、心理上的压力、经济压力、社交压力。四方面的压力使得失智症老人的照顾者成为社区老年中心“隐形的病人”，在压力环境下易出现抑郁、精力衰竭、挫折感增加、暴躁易怒、身体不适等。

“以人为中心”的理念要求加强度照顾人员的心理疏导，通过记忆量表对其进行评估沟通，使照顾者认识到这个问题是正常的；及时判断、不积攒负面情绪；照顾自己的身体、多运动；定期进行检查与心理评估，按一定的时间离开患者（空间分离），进行正常的社交活动。

在失智症社区老年中心空间设计中，“以人为中心”理念提倡在功能合理分区的基础上，在机构内为工作人员提供单独的共享休憩区、临时住宿区、心理舒缓与锻炼区；能够保证照顾人员能够定时与患者进行空间分离、并进行正常的社交活动，从而舒缓压力，给予照顾者关怀与照顾。（如图 3-24）



图3-24 米兰Villaggio Amico社区老年中心照顾人员休息空间（自摄）

以米兰 Villaggio Amico 老年中心为例，在机构中为照顾人员提供了专门的培训机构，在照顾工作开始之前就提供照顾人员的服务；同时定期为照顾人员提供心理辅导和健康监测。为针对性地解决失智照顾人员的心理负荷问题，机构提出了“LBQ 倦怠问卷”计划（M. Santinello，2007年）（如图 3-25），主要包括四个程度的方法：

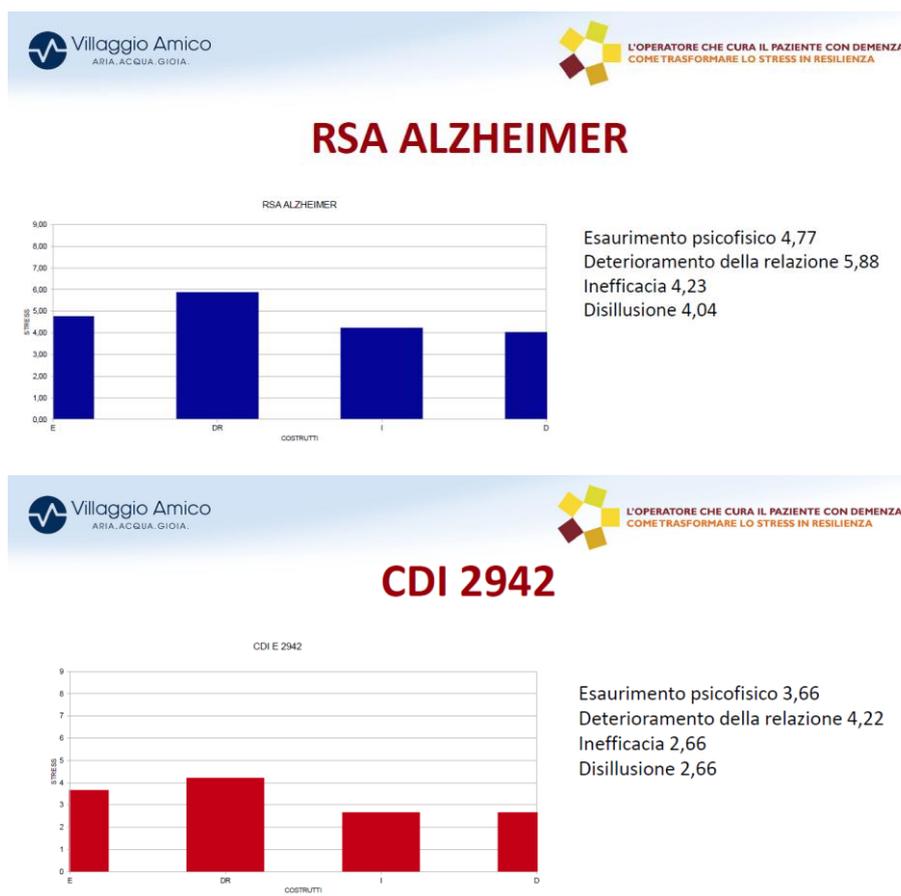


图3-25 米兰VILLAGGIO AMICO社区老年中心照护人员压力评估表

(<http://www.villaggioamico.it/centro-alzheimer/>)

第一级：心理衰竭：失智症照护者长时间照护，情绪及精力过度透支，造成照护的力量衰竭。可通过空间分离、短时休假、降低照护负荷等方法对照护人员进行调整。

第二级：关系恶化：生物心理社会方法的监督/宠物疗法/交流课程。

第三级：个人失去价值感：长时间与是指针给老人相处，无法得到正常的社会回应，并面对病情的不断衰退，照护者易丧失个人价值感。可及时为其提供培训课程和激励课程。

第四级：精神幻灭：这是照护者出现的较为严重的状况，应采取心理咨询介入治疗。

### 3.4.2 以“记忆唤起”为核心的非药物治疗理念延伸

“记忆唤起”是以“原型”模式为依托的设计理念，多通过非药物的治疗方法，其目标在于唤起失智老人的认知与记忆、锻炼老人的基本感官与功能。

非药物治疗是失智症康复“去失智化”的重要手段。现阶段对待失智症并无治愈的方法，只有靠锻炼延缓大脑衰退速度，非药物治疗就显得尤为重要。通过非药物治疗，可以有效地提高失智症老人的生活质量，减少无谓的药物服用，减轻照护者的照护压力，减缓失智症老人神经退行的速度。

在意大利，非药物治疗失智症已经较为成熟，非药物治疗的手段以“记忆唤起”为核心，并延伸至建筑空间设计理念。空间环境的设计可以有效地依托“原型”来唤起失智老人的记忆，通过建筑空间层面的失智症针对性设计，能够有效地减少失智症老人的行为障碍，提高失智老人的生活质量。

非药物治疗包括范围较广，主要包括非语言治疗和语言治疗。非语言治疗从失智症老人的记忆“原型”出发，通过基本感官刺激，包括音乐疗法、芳香疗法、明亮的光线疗法（BLT）、多感官疗法及运动。<sup>[29]</sup>语言疗法包括对照护者的培训及对失智老人的认知治疗，其依赖患者有足够理解能力及语言能力，从而对其进行口头治疗。

将非语言治疗的方法延伸至空间设计中，是针对失智症的建筑空设计重点。从失智老人的行为与精神症状出发，选取最具代表性的失智老人记忆“原型”与建筑的空间设计相结合，从而在建筑空间层面和空间细部层面进行相应的设计。通过不同的非药物治疗方法为老人提供一个唤起记忆与情感的空间，这个空间变成了一个关系、情感与时间的容器，成为了激发老人与环境关系的手段。

非药物治疗的“记忆原型”与相应的空间设计策略如下 3.2 表所示。

表 3.2 非药物治疗的“记忆原型”与空间治疗方法表

“记忆原型”	空间治疗方法
玩偶治疗	<p>玩偶治疗是非药物治疗中较常见的一种治疗方法。孩子是大多数失智老人最深刻的记忆中，也是较难忘记的远期记忆。</p> <p>因此在治疗室中布置婴儿房或玩偶，其象征性的价值能够唤起病人的母性或亲子关系认知，有利于记忆的激活。玩偶成为了照顾的对象，常被老人无意识地抱在怀中漫游，能够有效地稳定老人的情绪，减轻失智症老人的严重行为障碍。</p>
音乐治疗	<p>音乐是与失智症患者建立联系的有效媒介，声音也是失智老人感官衰退后仅存的感官，伴随着老人的整个人生轨迹。因此，音乐疗法能唤起失智症老人过去的情感和回忆并促进当下的关系，提倡为老人设计充足便捷的音乐功能空间。</p>

五感房间治疗	<p>五感治疗室是专门对失智症进行基本感官刺激与锻炼的房间。在治疗中，有针对性地使用了灯光，气味、声音、材料，患者被刺激并被引导放松，从而获得治疗。</p>
机器人治疗	<p>认知能力的逐渐恶化和失智症的行为问题往往会使失智症老人产生社交关系孤立的问题。这往往影响到病人的生活质量和失智症康养的进展。机器人治疗通过使用机器人，代替社交对象引导失智症老人参与交流，用动作手势、高度情绪化和善解人意的活动激发失智老人的反馈，提高病人和其家人的生活质量。</p>
火车治疗	<p>火车是一种独特的空间记忆，火车及旅程的记忆能够对失智症老人起到治疗的作用，同时激发其社交关系。旅程是关系的交流，是促进老人与其家庭成员社交的仪式。在空间设计中复制了一列老火车的车厢，使火车空间变成了一个关系、情感与时刻的治疗容器。</p>
艺术治疗	<p>艺术疗法是非药物治疗的重要方法，通过专门的教育人员为失智老人提供艺术的教育和活动，能够有效地激发其创造力，通过视觉和塑造艺术的非语言治疗方式来表达其思想和感受，是恢复记忆的有效手段，要求在设计中提供功能空间。</p>
认知治疗	<p>认知刺激治疗是针对失智症患者的整体健康的非药物疗法。在照护者与失智症患者之间、患者之间进行动态的交流，在治疗过程中重新激活剩余技能，减缓认知能力的损失，从而提高患者的自尊。在治疗过程中起到治疗在专门的会议室进行，可分成小组（最多5人）或单独进行。</p>
沙子治疗	<p>沙子治疗的目的是刺激和唤起情绪，并帮助失智症患者与过去建立物理联系。使用沙子和许多小物体自由地重建其生活场景，失智症患者有机会面对一个微型世界。沙子治疗中的每个物体都成为一个被解释的符号来表达其的心情，帮助患者训练大脑，这要求在设计中提供功能空间。</p>
影像模拟	<p>由于老人罹患失智症后，处于安全及照护的考虑，外出活动减少，与大自然的接触也较少。准备自然景色的影片，如大海、山川、湖泊等影像资料，通过投影的方式，为老人营造出一种身处在大自然中的感觉，这种影像模拟的方法能够有效填补老人的情感空缺，平复失智症老人的不安情绪。</p>

宠物治疗 定期为老人准备与宠物的接触，受过训练的宠物会在与老人的相处中表现出良好的耐性，有助于锻炼老人与外界的信息接触和交换。

以米兰 Villaggio Amico 社区老年中心为例（如图 3-26），较有特色的非药物治疗方法是现场演奏的音乐治疗。现场演奏治疗音乐治疗对患失智症的老人来说，是一项十分有效的平复情绪和给予信息输入的治疗方式。常见的音乐治疗方法为组织老人唱老歌或听音乐，以此作为回忆引导物，在接触年轻时代老歌的过程中不断使老人温习记忆，延缓大脑神经退行的速度。

而 Villaggio Amico 社区老年中心提倡更高水平的音乐介入治疗方式，即为老人准备现场演奏表演。现场演奏能够将演奏者的感情现场激发，让老人直接感受到演奏者情绪的传达，其对老人的大脑治疗效果要远远好于单纯的音乐治疗。平均每周组织老人观赏两次的音乐现场表演和影视表演，能够有效达到音乐治疗的效果。



图3-26 米兰VILLAGGIO AMICO失智症社区老年中心音乐治疗及非药物治疗节点设计

(<http://www.texilaconnect.com/>， 自摄)

### 3.4.3 “日常化”的失智症应对观念

意大利的独特文化底蕴赋予了意大利人较为旷达的生活态度，充分表现在对待失智症较为“日常化”的态度；同时，在意大利失智老人护理机构的设计中，更加重视“日常化”的建筑空间环境所能提供的非药物治疗效果，“日常化”的设计理念使失智老人中心“去机构化、去失智化”，营造出轻松、温馨的机构环境氛围，为老人提供更加健康舒适的康养环境。

失智症病程发展时间较长，可分为不同的阶段，失智症老人仍可保持独立规

划其生活的能力，第1阶段和第2阶段的失智老人仍可能保持较好的活动能力，一定的语言、情感交流能力；随着认知能力的丧失而逐渐到最后阶段，由于出现了严重的症状，老年失智症患者需要住院接受专业照护。因此，不应以对待特殊疾病的态度来对待失智症，而应当以“日常化”的观念坦然面对。罹患失智症也不是生活的终结，从某种程度上说，患失智症更像是一种需要逐步适应、不断改变的生活状态。家属、老人、照护者都需要将患失智症当做一种需要逐步适应、不断改变的生活状态，接受与失智症一起生活（Live with it）。

### 1. 与社区紧密联系与融合

鉴于“居家护理，社区协助”的重要性，社区照料作为支撑失智症患者居家照料的重要策略，欧盟及意大利的主要失智症组织正在寻找有效组织理念来支持家庭照顾者和社区居民。建立“失智症友好社区”就成为了意大利一项极为重要的失智症设施组织理念。

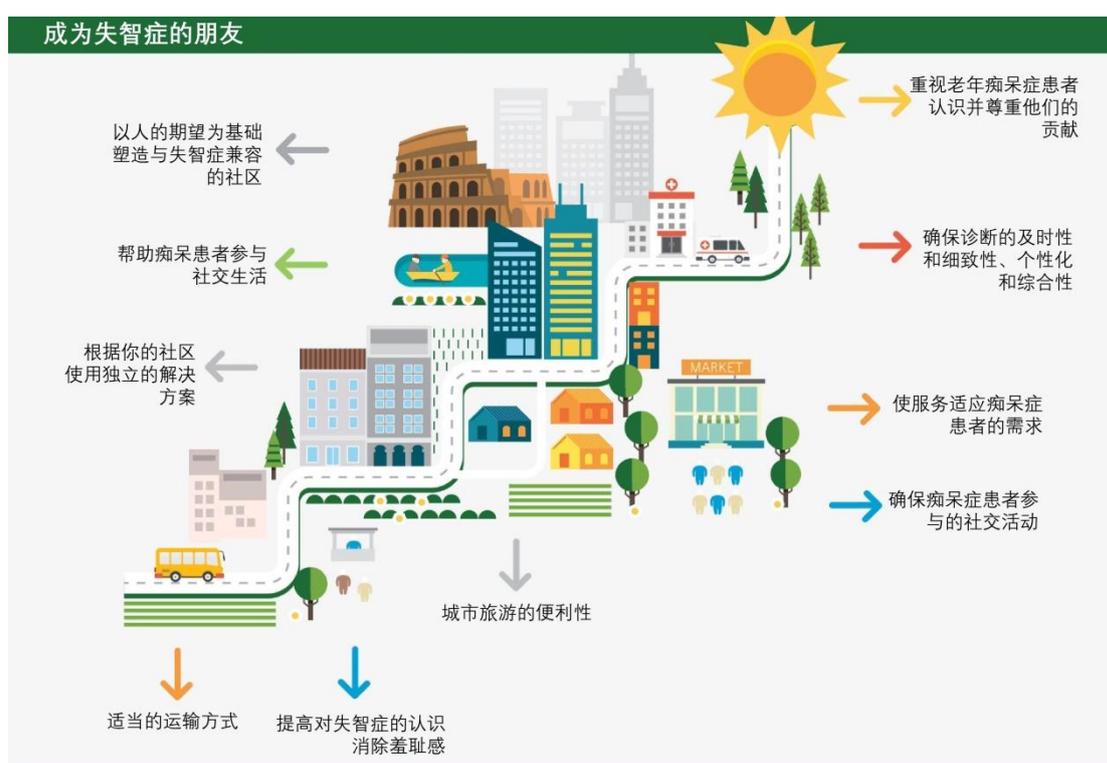


图3-27 意大利米兰Villaggio Amico老年中心“失智症友好社区”的组织

<https://www.villaggioamico.it/centro-alzheimer/>

2016年，德国阿尔茨海默氏症协会发起了“失智症伙伴”的项目，这是一项受提倡“失智症友好”理念的英国阿尔茨海默症协会倡议影响而发起的活动。这项运动为人们提供并普及失智症的基本信息，以及与失智症患者互动时的正确行

为。<sup>[33]</sup>据国际老年失智症协会的建议，意大利基于失智症友好的原则而建立了一个试验性项目，即在米兰附近的小镇 Abbiategrasso 建立的失智症友好社区（如图 3-27）。

社区失智症老年机构根植于社区，在意大利的社区中占有者极其重要的核心地位，往往成为一个社区的“心脏”，以老人为载体，联系着社区的不同家庭、不同代际。社区老年中心不仅限于失智症老人的照护功能，而是成为社区公共活动的枢纽，与社区紧密联系；不仅仅服务于失智症老人，更吸引社区居民来参与活动，认识失智症、学会与失智症共同生活。避免将老人局限在封闭的机构空间中，而是将整个社区发展为对失智老人友善、积极的生活空间，更利于老人与社区保持联系并形成良好的心境。

米兰 Abbiategrasso 老年中心为综合机构，其规模较大，功能较为健全，位于小镇的中心，并在定位上更加作为一个村镇的“社区心脏”，联系起社区的各个阶层和各个代际，将老人、家庭与社会紧密的结合起来，其目标远远超过了一个失智症机构的功能范畴，而更具社会公益性：目标是期望建立一个“失智症友好社区”（Dementia friendly community），其基础来自于本社区的各阶层居民，通过提供正常人群和失智症老人的多种接触与交流，使人们了解失智症，并能够实现失智症的应对日常化，消除现阶段由于不了解而产生的对失智症的抵触心理及歧视。

以米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心为例，机构周围紧挨布置社区幼儿园，方便失智症老人与孩子的交往，促进社区代际的融合。紧挨机构设置培训中心（Training Center），培训专业失智症养老照护人员，并输送到机构工作；同时也为社区居民提供培训，拉近机构与社区的联系。

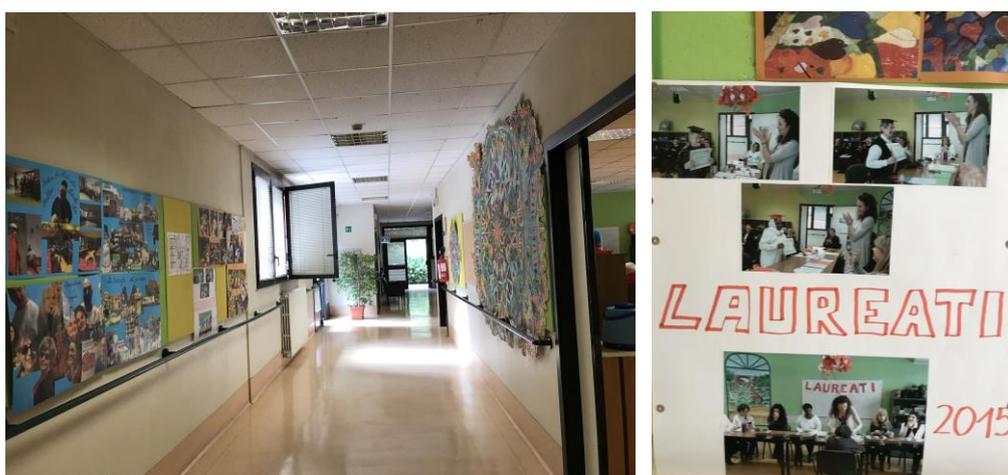


图3-28 米兰GERIATRICO社区老年中心与社区共同组织画展与老年大学（自摄）

同时社区老年中心作为联系社区的纽带，不定期地举办多种多样的工作坊

(workshop), 并对社区开放, 提供专业的教育者为参与的社区居民提供课程和指导, 如绘画、手工、音乐、英语学习等, 鼓励儿童、成年人和老人在一起活动, 相互学习, 为老人的生活提供乐趣与帮助(如图 3-28)。

#### 2. 重视引导跨代际沟通与家人陪伴

当失智症老人经历从家到社区老年中心的环境转变, 缺乏对生活环境的归属感, 导致失智老人产生焦虑和紧张, 无目的的漫游、好斗激动等不适行为; 并且身处单一的老年代际环境使老人易产生乏味、消极的精神状态, 从而无法保证老人在失智症社区老年中心的生活质量。<sup>[34]</sup>

失智症引起的控制感与身份感的丢失, 使老人缺乏归属感; 而意大利的紧密家庭关系使其尤其依赖家人的陪伴, 并依赖家庭中不同代际混合的生活氛围。

打破失智症老人与其他代际之间的沟通壁垒、加强家人的陪伴是许多意大利失智老人护理机构的重要理念。社区老年中心通过构建老人与其他社会阶层及各代际之间的联系平台, 能够有效地增强社区参与和跨代际的交流, 实现社区有机融合, 为老人提供一个“泛康养空间”, 在友好的社区环境中, 不脱离原社交生态环境、不隔绝原家庭关系与代际联系, 达到“居家养老+社区辅助”的健康养老环境模式。

对失智症老人来说, 家人的陪伴是延缓其大脑衰退的重要措施。针对入住机构老人受家人陪伴较少的问题, 米兰 Villaggio Amico 老年中心采取了不同措施。在探视时间上, 每天上午 10 点到晚上 8 点均可探望, 鼓励老人的家人随时来陪伴、探望老人, 时间非常充分而且自由。在设施的布置上, 在建筑的一层及地下一层布置了配有健身房和泳池的复建中心(如图 3-29), 可以对失智老人体能和心理进行有针对性的训练, 并将其打造成了乐园式的氛围, 鼓励家人和老人一起使用, 以期创造出一种轻松温馨的场景, 使失智症老人觉得这里并非疗养医院, 居住在这里也并不孤独, 这里更像是一个独家的酒店或是一个乐园。

在这种轻松的场景中, 孩子与老人才会增加接触, 提升社区其对失智症老人的了解, 其主要理念为: “爷爷即使患病, 也并不是怪物”(“Grandpa is not a dragon even with Dementia”)。同时, 中心还可以提供对外开放的厨房空间, 供给老人和家人一同做饭、分享, 从而为失智症老人和家人增加相处提供了条件。此外, 机构设置培训中心(Training Center), 为失智老人的家属提供培训, 从技术和心理上指导家庭懂得如何对待失智症老人、如何照护, 实现对待失智症的“日常化”。



图3-29 米兰Abbiategrasso社区老年中心的家庭共享游戏区（自摄）

以米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心为例，为了打破代际阻隔，在失智中心和康复中心的过渡一层位置布置了一个小型的幼儿园，夏季假期会举办暑期学校 (summer school)，为职工子女提供日常的托儿处，暑期也能够在照护期间就进照顾子女；同时，这是一项较为有效的针对失智老人的缓和治疗方案，孩子是老人最重要的早期记忆，老人发病后往往遗忘近期的生活，而早年的生活经历与占据其情感重心的孩子，反而会成为老人的记忆重点。通过与孩子的相处，反复刺激老人的大脑记忆功能，有助于延缓神经退行的发展速度。



图3-30 米兰Abbiategrasso社区老年中心结合社区商业及幼儿园功能（自摄）

儿童能够与失智症老人进行接触，老人参与幼儿的活动或是组织幼儿参加失智症老人的活动，不仅能够为孩子提供更丰富的人生阅历，也能打破失智症老人封闭的生活环境和较为隔离的代际环境 (inter-generation)，通过与孩子的相处，

保证失智症老人不被社会抛弃，能够融入参加正常的社交生活，通过与跨代际的交流从而缓解神经衰退的速度（如图 3-30）。

本文第二章研究了意大利社区老年中心特点和应对失智症设计理念，第三章第三章介绍位于米兰 Figino 社区老年中心设计方案；并于第四、五、六章分别从功能配置及组织管理、空间设计、细部设计三方面，详细阐述了对待失智症”以人为中心”、“记忆唤起”及“日常化”设计理念在建筑层面的设计要点。

## 第4章 基于“以人为中心”理念的功能配置及组织策略

与服务健全老人的社区活动中心相比，意大利针对失智症的功能配置策略与组织管理策略，更强调从“以人为中心”的角度出发。在建筑设计“去机构化”，以期营造出轻松温馨的空间氛围，使失智症老人觉得这里并非疗养医院，更像是熟悉的度假之家；社区中心的主体不仅包括老人，同样包括照护人员，为失智老人提供符合其行为及精神的空间，也能够为社区及照护者的提供良好的社区环境。

### 4.1 设计组织系统化，精准应对在地需求

在老年建筑设计伊始，设计团队就介入社区，广泛与当地社区居民、老人进行交流与访谈，反复论证对社区老年中心的实际期望及功能要求，精准应对在地需求。

通过长时间的社区讨论及需求论证，经过广泛的公众参与，社区老年中心的设计团队能够清楚、系统地了解社区对老年中心的定位与真实需求，从而有针对性地进行功能配置与空间设计，保证了社区老年中心的实用性与合理性。

同时，社区老年中心的功能应当精准地应对在地的设施需求，而不是机械地根据统一要求确定设施的规模和功能配置。社区老年中心采用灵活的方式进行功能组织：在老年设施功能菜单中，根据实际需求选择功能；并根据入住老人的不同经济条件，灵活有针对性地进行空间配比，满足高要求的私人入住及政府保障的基本条件入住。

以米兰 Abbiategrosso (C.GOLGI) 社区老年中心为例，机构在社区老年中心的基础上，有着丰富的社区针对性综合功能。机构的失智症日间照料部分的固定照护容量较少，留下了照顾余量，能够接纳社区的其他老人自由到机构参加日间活动，实现了日间照料服务于社区，有效地保证居家养老的推广。

同时机构具有独立的科研功能的生物学研究中心和大脑银行，具有较强的医疗能力，并向社区提供老人医疗照护服务、日间复原训练、健全老年住宅及社会服务等。（如图 4-1）

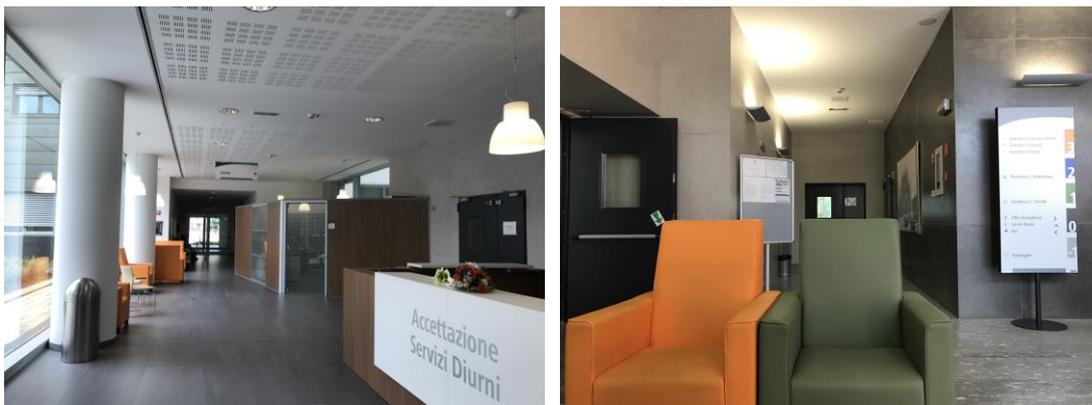


图4-1 米兰Abbiategrasso (C. GOLGI) 社区老年中心服务社区功能空间 (自摄)

## 4.2 设施规模小型化，服务功能综合多元

意大利失智症社区老年中心以老年人及其家庭作为参考点，意大利老年机构普遍采取采取小规模、综合功能性，分散嵌入社区的方法，从而能够满足老人就近接受照护，保证居家养老的可实施性。米兰伦巴第大区规定，社区老年中心的接收规模不超过 40 人，鼓励社区老年中心小型化服务。

机构以小体量分散布置进社区后，失智老人的照护容量需求会相对降低，但功能要求仍然存在，这就要求机构的功能综合化，“小而全”逐渐成为社区老年中的主要功能形式。意大利社区老年中心的综合性功能有长期照料、日间照料、医疗康复、社区活动。其对待失智老人普遍提倡混合组织，即将失智老人与健全老人混合照料。这不仅是社区老年中心小型化的必然要求，同时也极大地有助于失智老人与正常社区居民相处交流，保持失智症老人的正常社交环境并促进其恢复。

设施规模的小型化与服务功能的综合化能够有效地降低社会照护成本，并且能够最大程度地保证老人在熟悉的原生环境中养老、接受治疗，避免过早进入专业养老院所造成的情绪孤独、正常社交得不到锻炼、身体机能和意识机能过早退化等问题。

以米兰 I Delfini CDI 社区老年中心（如图 4-2）与米兰 GERIATRICO 社区老年中心（如图 4-3）为例，机构的工作目标是推广小体量、广泛嵌入式的社区日间照料中心，通过综合性的功能辐射，尽可能地使老人能够实现居家养老（Keep Dementia Elderly stay at home），而非使其被迫迁入养老院接受专业的照护。

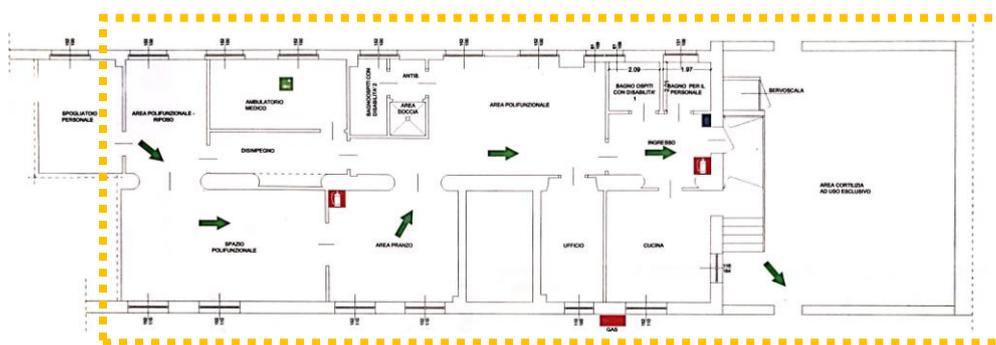


图4-2 米兰I Delfini失智症社区老年中心平面(自摄)

为实现此目标，米兰 GERIATRICO 社区老年中心容纳 30 位老人，对老人有如下的安排：失智症日间照料中心在每周周一到周五为老人提供日间照料服务；周末老人留在家中休憩，享受独立的家庭生活。针对老人无法独立完成重体力家务的难题，照料中心在周末为老人提供家庭上门服务，由专业的操作人员到老人家中，为老人提供所需要的做饭，清洁等各项家庭服务。

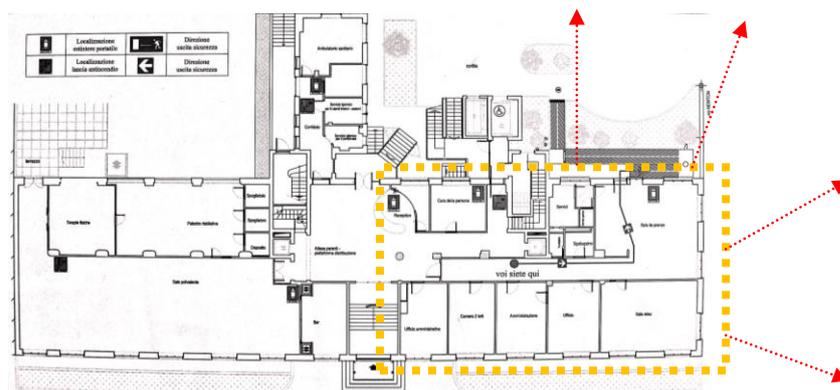


图4-3 米兰GERIATRICO失智症社区老年中心平面(自摄)

意大利失智社区老年中心功能综合，同时社区老年中心往往承担着对社区公共交往的功能辐射。在基本功能的基础上，社区老年中心提供较多公共活动空间向社区开放；向社区开放的功能有医疗、幼儿园、护理人员的休憩区等；不同代际、不同家庭的社区居民被鼓励到社区老年中心参与活动，不仅陪伴失智老人，同时能够激活整个社区的生活气氛。

社区公共功能空间不做明确界定，鼓励失智症老人与健全老人、年轻人、儿童共享功能。这不仅是意大利自由浪漫的民族性格在建筑上的表现，同时也可以有效缓解失智症社区老年中心单一社交环境带给老人的压抑感，用混合的空间促进功能性交往的增加，有利于维持失智症老人的生活功能、延缓认知能力的退化。

以米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心为例（如图 4-4），机构功能综合，并有丰富的社区辐射性综合功能。在失智症社区老年中心基本功能之外，可提供日常医疗照护，解决日常生活中突发的常见老年人疾病和失智老人护理；同时机构依托专业医院，如出现紧急情况，则快速将老人送至距机构 10km 的医院及时进行救治。

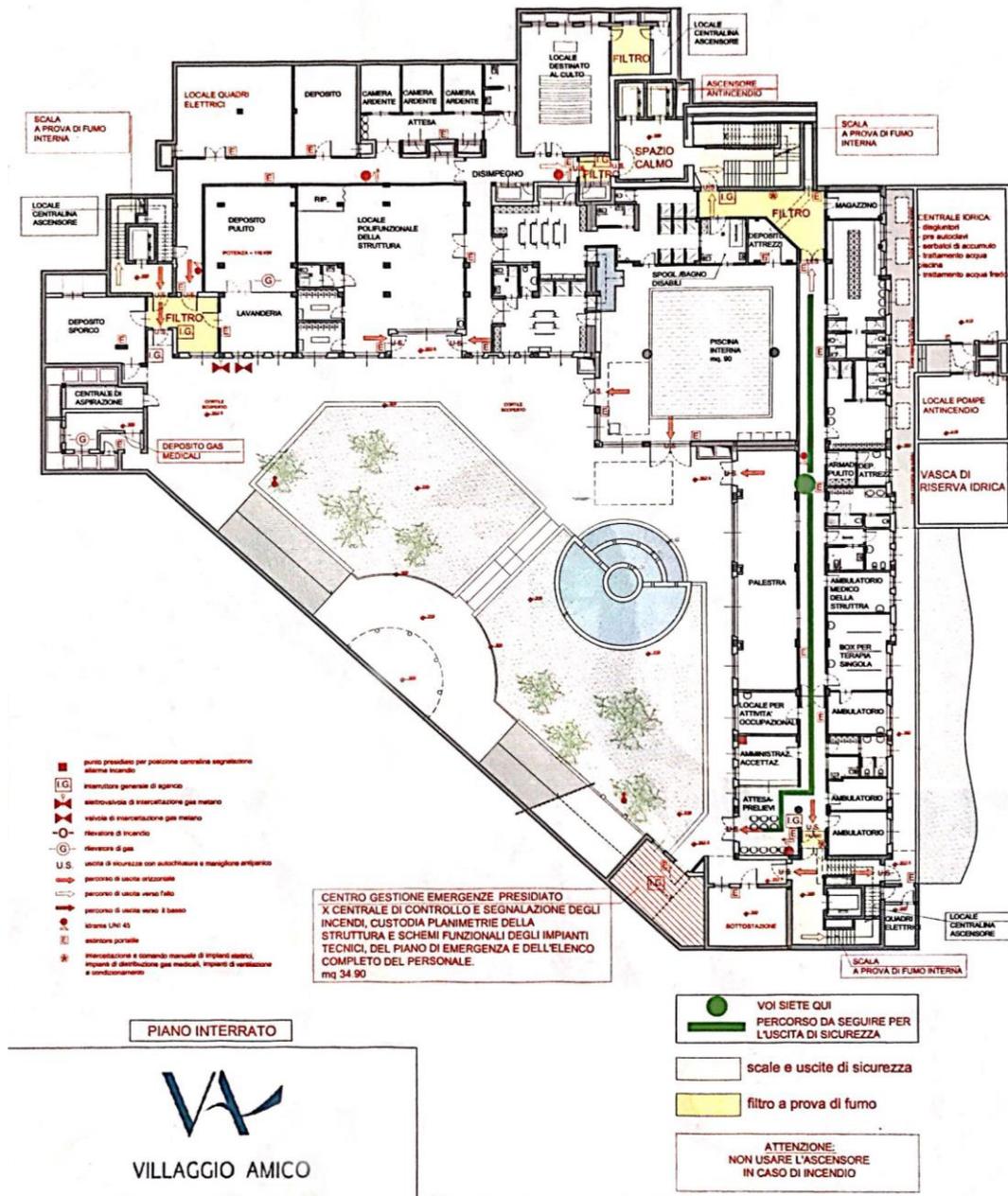


图4-4 米兰Abbategrasso失智症社区老年中心社区共享一层平面(自摄)

在社区老年中心一层及地下一层，设计为开放式的社区公共活动空间，并配备了丰富多样的公共设施，如健身房、泳池等，吸引社区居民、入住老人的家人

前来使用，多看望老人、陪伴老人生活、娱乐、从而更好的适应机构的生活。（如图 4-5）同时通过自办的失智症照护培训中心，为机构培养人才，保证失智症照护产业的综合发展；机构拥有 HACCP 欧盟食品安全标准资质，可以在机构内部做饭，鼓励老人的家庭来与老人聚餐。



图4-5 米兰VILLAGGIO AMICO社区老年中心社区活动空间（自摄）

### 4.3 护理模式组团化，失智组团相对独立

社区老年中心在组织上对老人进行分组团管理，每个组团人数控制在 20 人以内。组团化管理不仅有效地保证了老人接受照护的质量，节约照护成本；同时，20 人是“熟人社会”环境的有效范围，既可以使失智老人生活在熟悉的环境中，拥有一定的社会交往关系，也能有效避免失智老人被过多的社会关系打扰，尊重其认知退化阶段的精神状态需要。

为保证社区老年中心中失智症老人的安全，机构中各功能宜设置独立分区，各自拥有独立出入口，长期照料、日间照料、医疗康复、社区活动各区域之间相对独立。失智症组团区域较为严格地封闭，防止失智老人走失。

米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心机构各功能分区均采用单独空间区域划分，以便管理。在保证失智老人体验公共空间的同时，防止失智老人走出机构，将 Alzheimer's 中心布置在三层，并为失智老人佩戴老人佩戴电子设备，在离开失智组团时会报警（如图 4-6）；失智组团的设置严格门禁，只有照护人员佩戴的电子手环可以开启，并每次只能通过照护人员一人，有效保证了失智老人在组团内的安全。



图4-6 米兰VILLAGGIO AMICO 社区老年中心功能区独立分区（自摄）

以米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心安全系统设计为例，所有对外建筑出入口、失智设施内部的各走廊、公共空间及诊室均布置 CCTV(如图 4-7)，在集中监控室有专人实时监控老人的状态，以期在危险发生的第一时间开展处理。



图4-7 米兰Abbiategrasso社区老年中心安全系统（自摄）

#### 4.4 公共空间分级化，隐形边界外紧内松

由于失智老人认知的衰退，其对公共空间的功能等级认知存在障碍，不能有效地分辨出公共空间的功能属性，从而对其做出合适的行为反馈。这就是失智老人中心经常会出现的老人在公共脱衣服、要洗澡等行为。

因此，社区老年中心需要将公共空间进行分级。公共层级的空间有门厅、医药空间、日间照料、社区共享空间；半公共半私密层级的空间有组团生活空间，起居室、活动室、餐厅等；以及为私密空间的老人居室。

公共空间分级后，将最公共的与社区共享空间向社区打开；将和老人的居室生活联系较紧密的休息厅、家庭“原型”起居室、活动室、治疗室等公共空间进行拆分，并分散布置进组团，使失智症老人能够就近参与活动，增加老人参与活动的便利，提高公共空间的家庭感。同时也可避免老人出现空间性质转换困难，在组团内的公共空间做出不适宜的行为，将老人的自尊最大限度地保持。

以米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心为例（如图 4-8），社区老年中心的失智症功能区以建筑的两翼分为两个组团，每个组团照料 20 名老人。同时，在两组团的交汇处，设置公共空间，并将与老人生活联系最紧密的家庭气氛空间——开放式厨房、会客厅、书房、活动室等公共活动空间分散布置进组团，使老人能够便捷地使用。

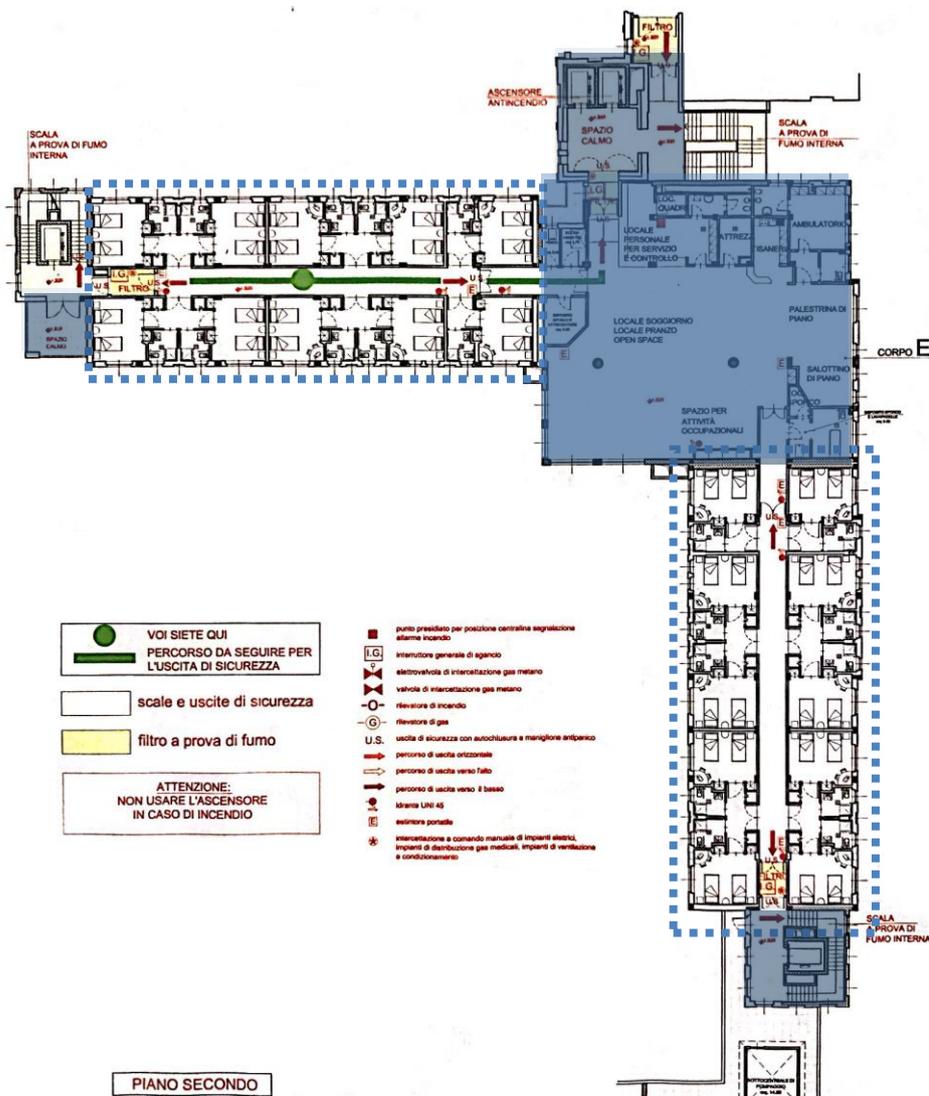


图4-8 米兰Abbategrasso失智症社区老年中心分组团二层平面(自摄)

意大利失智老人机构通常非常重视“去机构化”，为老人营造一个自由的机构氛围。这要求平面布置方式为“外紧内松”，创造出一个隐形的边界。在建筑群平面布置方面，或将失智症部分布置在建筑族群的内部，即“外紧内松”（图10），老人在失智症中心内有充足公共空间进行自由活动，但组团外界封闭，失智老人无法走出机构的边界。

同时，机构的封闭边界并非需要通过硬性的围合来实现，而是通过隐性边界的设计将失智照护组团封闭起来，用绿植或道路流线阻隔使老人无法接近组团边界。但并非设置明显的围栏或石墙，在外界或失智老人看来失智症组团是一个自由组织的空间，从而减轻失智老人被环境拒绝的沮丧感，与老人在社区老年中心活动的约束感，“去机构化”使老人能够在一个更加亲切日常的环境中得到锻炼。

以米兰 Abbiategrasso 老年中心为例（如图4-9），各功能建筑分散布置，单独管理，失智症中心的建筑布置在建筑组群的内部，较为隐蔽；组团活动空间边界以绿化或景观进行隔断，为失智症老人提供了安全易达而丰富的公共生活空间。



图4-9 米兰Abbiategrasso失智症社区老年中心环境及平面布置(自摄)

#### 4.5 功能配置综合化，生活方案强调个性

社区老年中心综合性的功能安排不仅能够适应实际需求的复杂性，同时能够以社区失智老人为服务中心，保证老人的综合需求，为老人营造最为熟悉、舒适的照护环境。

##### 1. 全面与综合的功能配置。

米兰所在的伦巴第大区社区老年中心的功能配置要求如下表4.1。

表 4.1 意大利伦巴第大区社区老年中心功能配置表<sup>[4]</sup>

功能	配置要求	具体要求
绿色室外空间	至少2平方米/人	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 日间照料与居住老人共享的绿色室外空间，配有有覆盖物和配有安全路径（没有建筑障碍），以及手工劳动或休闲区域。</li> </ul>
辅助办公	至少有1个办公室	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 至少有1个办公室负责行政和接待活动；</li> <li>• 辅助设施有员工更衣室和厕所、污物容器、消耗品的橱柜或容器、厨房。</li> </ul>
走廊	至少宽2米	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 设施内走廊必须有两侧扶手，头部朝墙壁折叠，走廊最小尺寸最小宽度2 m，无突出壁柱；</li> <li>• 若为改建建筑则至少宽1.5米。</li> </ul>
健身房和功能空间	至少2平方米/人	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 体育场的面积不得少于30平方米，每人至少2平方米。</li> </ul>
门诊部	无	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 配备诊所，按摩服务；配备于健身房旁边；</li> <li>• 附配无障碍厕所。</li> </ul>
集体活动室	至少1.5平方米/人	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 活动治疗室：至少一个房间，每位客人至少1.5平方米，可进行社交、动画教育或谈话。</li> </ul>

活 餐厅	至少 3.5 平方米/人		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 专用餐厅，每位客人至少 1.5 平方米，配置带扶手桌椅与角落酒吧；</li> <li>• 若餐厅与活动室共用一个房间，保证每位客人至少 3.5 平方米。</li> </ul>
日间歇 息室	至少 9 平方米/一张床		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 综合功能（休息或多用途或健身房），配置斜倚座位或折叠床；</li> <li>• 专门房间配置 1 张床最少 9 平方米；2 张床最少 14 平方米。</li> </ul>
辅助浴 室	无		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 带浴缸的房间只能在面宽窄的一侧提供淋浴。</li> </ul>
公共洗 手间	厕所数量 根据人数 布置		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 少于 15 位客人至少配备 2 个无障碍厕所；</li> <li>• 从 16 到 30 位客人至少配备 2 个无障碍厕所，与 1 个一般厕所；</li> <li>• 超过 30 位客人至少配备 3 个无障碍厕所，与 1 个一般厕所。</li> </ul>

意大利的众多失智症社区老年中心，老人及照护人员配比接近 1.5: 1，远超现阶段中国与日本 3: 1 至 4: 1 的照护比例，属于较为理想的照护人力条件。其有明确的照护团队配置要求，如米兰所在的伦巴第大区，规定了社区老年中心（包括失智症功能）的照护人员功能最低配置（表 4.2）。

表 4.2 伦巴第大区照护团队人员配置标准表<sup>[4]</sup>

照护团队人员组成	最低配比
负责人（Director）	一名
药剂师（Medical）	6h/周
理疗师（Physiotherapist）	34 h/周，每人
照护人员（Nursing）	34 h/周，每人

教育者/画师 (Educator/ animator)	28 h/周, 每人
心理治疗师 (Psychotherapist)	2h/周, 每人
护理助理 (Assistants)	168 h/周, 每人

以米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心为例 (如图 4-14), 失智症社区老年中心容纳 40 位患神经退行性疾病的老年人进行日间照料和长短期居住, 分为两个居住组团, 共配有 24 名照护人员。而米兰 GIOLLI 社区老年中心规模较小, 其中联系负责人、教育者、两位护理助理为欧盟政府的公职人员, 而其他的工作人员则为非专职, 通过合同聘用为机构兼职工作。这些工作人员平时均在其他的机构工作, 同时安排了业余时间的兼职工作, 这种宽松的聘用组织方式极大地节省了专业人力成本, 同时也满足了小体量、综合化的社区照料中心照护人力短缺的问题。

2. 对失智症老人的生活方案进行个性化设计, 强调针对性照护和活动组织。

由于多数失智症老人有其常见的行为和精神症状, 但失智症的病因暂未清楚, 行为表现与个体的经历有着十分紧密的联系, 个体间差异较大。对于行为表现的个性独特性, 在失智症老人的日常生活安排和活动组织上, 就要进行个性化的设计安排, 不能一概而论。

意大利社区老年中心规则明确要求要对每一位失智老人的病情、治疗方案、生活计划均制定个性化的生活计划。针对失智老人的治疗与活动方案的制定, 意大利极为注重跨专业沟通调整, 充分保证失智症老人家人的参与度和知情度, 机构与老人家属一直保持良好沟通, 随时向家属说明治疗方案和进程。

米兰 Abbiategrasso 失智症社区老年中心根据老人的物理特征, 兴趣特点和锻炼计划, 为每一位失智症老人非常细心地制定了独特的治疗方案和计划安排:

(1) 从每个人人生历史提取代表不同个人记忆的照片, 并基于此专业医疗人员做出评估哪些是老人的兴趣点和激发点, 从而得出治疗及缓解神经衰退的重点 (Power points)。

(2) 综合各专业医生的综合意见得到患者个人的治疗项目方案 (Personal project), 并根据每个失智症老人的不同安排, 将老人分到不同的活动小组中组织有针对性的活动。

(3) 机构根据失智症老人的自身特点, 在每日不同时段安排了不同密度的活动。例如, 失智症老人早上精力比较好, 安排其参与活动较多; 下午老人经常会出现精力不够的情况, 故适当增加弹性的休养时间, 减少集中的统一活动。

针对性的活动根据个人的独特生活方案选择，机构依托组团化的管理，对每一位失智症老人针对性的生活安排与活动组织。尊重失智症老人的“人本性”，综合考虑不同的分组要求和依据：以老人的身体精神状况、兴趣及锻炼要求、年龄及共有的社会经验、记忆背景为依据进行分组。同样治疗活动内容的老人安排统一活动，并非全员参加，从而为老人提供更加有针对性的照料、训练活动。



图4-10 米兰GIOLLI社区老年中心绘画及健身活动组织（自摄）

以米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心在活动组织上有严整的组织方法，活动内容丰富，并按不同年龄段对老人进行分组，例如 1935 年至 1939 年出生的老人归为一组进行组织活动（如图 4-10）。同样年龄段的老人有着相似的成长背景和共同语言，有利于同样活动的安排；同时，机构针对每一位失智症老人进行意识和体力的评估，建立个人的档案，进行有针对性的治疗和活动安排。

ATTIVITÀ ANIMATIVE-EDUCATIVE DAL 07/08/2017 AL 11/08/2017 EP. Sara Felicella/COORD. Maria Martello					
	LUN 7	MAR 8	MER 9	GIO 10	VEN 11
8.30-10.30	Accoglienza &Conversazione				
10.30-11.30	Attività con operatori				
11.30-12.30	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori
12.30-13.45	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori	Preparazione dei tavoli con operatori/Preparazione dei tavoli con operatori
14.30-15.15	Lab. Singolo apertura	Attività con operatori	Attività con operatori	Attività con operatori	Attività con operatori
15.15-16.15	Interventi individualizzati*				
16.15-16.30	Preparazione dei tavoli/Preparazione dei tavoli				
16.30-16.45	Attività con operatori				
16.45-17.30	Lab. Singolo apertura	Attività con operatori	Attività con operatori	Attività con operatori	Attività con operatori
17.30-19.00	Schema a caso &Conversazione				

\*Dopo i colloqui negli interventi individualizzati: Adelaide Adriano, Carlotta Vittoria, Daniela Vignasco, Gabriella Benvenuto, Malina Anna, Reframbricchia Dornica, Selena Rocca, Susanna, Silvia, Vera, Irene

图4-11 米兰GERIATRICO社区老年中心针对性活动安排（自摄）

以居家养老为主、社区日间照料为辅的养老模式可能带来的生活环境单一、老人易感觉孤单的问题，为改善老人在社区老年中心遇到的问题，米兰

GERIATRICO 社区老年中心每两周组织一次家庭聚会 (Family group)，参加活动的失智症老人自主订餐，机构提供菜单，为老人的家庭聚会做准备 (如图 4-11)；积极安排活动、组织老人出游，如结合当地的人文环境优势参观博物馆、结合当地的自然环境优势前往河滨散步；失智老人会在工作人员的安排下，帮工作人员做一些力所能及的工作 (Helping therapy) 作为基本能力复建的一部分。

## 第5章 基于“记忆唤起”理念的空间设计策略

空间不仅仅是失智症老人的生活载体，更是失智老人进行非药物治疗、延缓病症的容器。对待失智症老人的环境设计不仅仅是在既有空间中进行装饰化的布置，也并非在脱离建筑空间设计单独存在，而是伴随着空间的设计过程形成的独特设计策略。

在空间中的非药物治疗以“记忆唤起”为核心，即意大利失智社区老年中心通过各个空间的组织，以失智老人的记忆“原型”为核心，通过多种空间设计手法唤起老人的记忆。

### 5.1 提取典型在地元素，分级植入营造老人熟悉环境

#### 5.1.1 提取在地元素，再现生活记忆片段

随着失智症老人病情的发展，多数老人会渐渐自我封闭，减少与外界的信息交流。选择“在地化”的日常记忆片段进行场景再现，是应对失智症的叙事治疗与认知介入治疗落实在空间细节上的体现。在空间的设计中加入提取于老人回忆的在地性记忆元素，重点在于借助唤起其回忆的布置，使环境提供刺激源。场景再现可以通过静止的环境设计节省照护人员的陪伴。

日常化的生活场景作为空间节点在社区老年中心再现，作为失智老人的记忆唤起物，融入交通空间与公共空间，使老人在社区中心的空间漫步中时刻接受有益刺激，延缓认知能力的退化。

1. 在空间实践中，布置“照片+实物”的场景节点再现可以营造唤回环境（Recording system），来唤醒失智症老人的回忆及意识，帮助大脑进行训练延缓神经退行的速度。

例如照片回忆墙以老人早年的、具有较强情感意义的照片，布置能够引起老人回忆的场景，并将这些场景节点布置在老人使用空间与漫游路径中，增加外界信息对老人的刺激，在老人无意识中不断被唤起记忆。电影海报场景模拟与影像治疗(Radio Therapy)以较为具有时代标志性的电影海报或明星布置模拟场景，巧妙选择对老人们有情感共鸣的回忆引导物，将老人带回模拟的时代场景中，加强外界对失智症老人的信息刺激。（如图 5-1）



图5-1 米兰Abbiategrasso失智症社区老年中心照片回忆日常场景节点布置(自摄)

2. 节点布置为实物模拟场景 (Scenario Stimulated)也是营造生活感、引起老人回忆的重要方法。实物场景选择应当从失智老人的生活实际出发, 结合当地老人的生活习惯及行为特征, 为老人量身设计可以有助于唤回老人的回忆, 减缓神经退行发展的速度。

通过以家庭生活的片段场景进行模拟布置, 如在老人漫游的公共空间中模拟其熟悉的办公桌的场景, 缝纫机的场景、滑雪服和雪橇、下午茶的小餐桌、车站站牌等, 将老人真实地带回从前生活的场景中, 用他们熟悉的事物和环境, 增强失智症老人的安全感和对自身的控制感, 从而有利于稳定失智症老人的情绪, 延缓其病程发展。(如图 5-2)

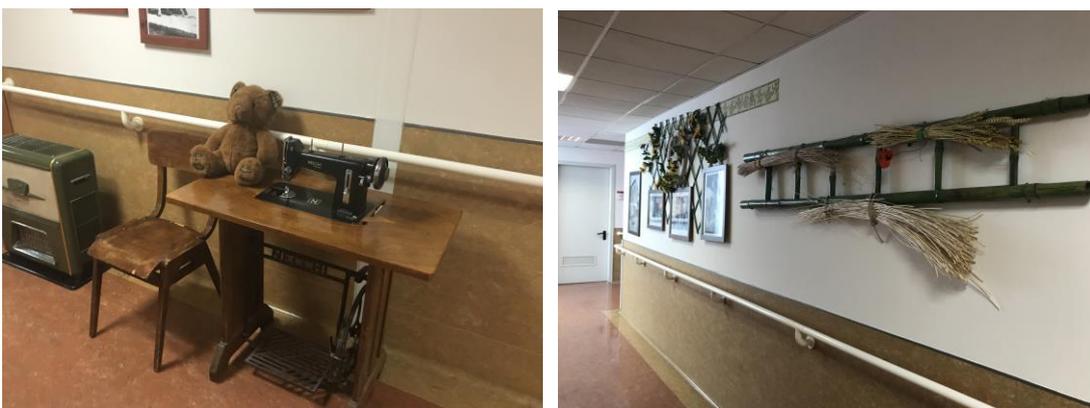


图5-2 米兰Abbiategrasso失智症社区老年中心实物模拟日常场景节点布置(自摄)

3. 节点布置为可操作性的场景道具, 为老人提供体验性的节点 (Experienced things)。

通过提供安慰布袋（Comfort bag）是很多失智症老人在发病时会伴随无意识的焦虑，这种焦虑很大程度上来自对自身控制感的丧失。在漫游回路上设置布袋的提供处，是老人能够在无意识的漫游中随手拿起，给予老人一种控制感；同时在漫游过程中，在其他的模拟节点，老人可以自由地拿起潜意识中喜欢的东西放入布袋中，强化对自身控制感能够有效地缓解老人地焦虑情绪。同理，还可以在场景节点提供行李箱和散落的衣服，老人会不自觉地进行整理，并带着箱子进行漫游，从而锻炼老人的身体能力与出行的回忆。



图5-3 米兰Abbiategrasso社区老年中心可参与节点布置：安慰布袋及收纳箱（自摄）

针对女性失智症老人，还可针对性地准备温馨可爱的婴儿玩偶、婴儿手推车、婴儿衣物和用品等，布置出一个婴儿房的场景节点。当失智老人无意识地漫游到这里时，模拟的场景会唤起老人早年对孩子的温馨记忆，老人会无意识间对玩偶进行穿衣等照顾，有助于老人大脑退化的延缓。（如图 5-3）



图5-4 米兰VILLAGGIO AMICO社区老年中心日常化场景再现（自摄）

以米兰 Abbiategrasso 老年中心在老人的漫步路径中，设置了丰富的“照片+实物”的场景节点。节点的布置内容方式多样（如图 5-4），有玩偶治疗、电影海报场景模拟、照片回忆墙布置、壁炉生活场景模拟、影像模拟、提供安慰布袋等。

### 5.1.2 空间分级植入“记忆原型”营造熟悉环境

结合非药物治疗功能的公共空间设计，根据公共空间功能的不同，可引入入住老人较为有代表性的“记忆原型”，使老人在设施内体验不同生活原型片段，从而唤起丰富的空间记忆。

根据公共空间的不同功能层级，“记忆原型”的融入可分为四个层级：

#### 1. 公共生活空间

机构公共空间作为最为开放的公共空间层级，融入失智老人的社区生活记忆“原型”。以入住的当地失智老人共同的社区生活经历为线索，抽取原型的片段串联起公共空间，为老人提供充满活力的社区生活空间记忆。

#### 2. 组团生活空间

组团生活空间的开放度较低，直接与老人的私人生活空间相关联，可融入失智老人家庭生活记忆的“原型”，营造大家庭温馨感受。

#### 3. 老人居室空间

老人居室是属于老人的私密空间，融入的“记忆原型”更强调个性化，是老人的个人专属记忆陈列。

#### 4. 环境景观空间

环境与自然景观空间则是失智老人天性中对自然的渴望，通过借鉴自然场景中的“记忆原型”，可以有效地唤起老人环境景观的认知反馈。

下面就将结合这四个不同空间的分级，进行空间“记忆原型”的设计讨论。

## 5.2 公共空间植入社区“记忆原型”

### 5.2.1 植入真实社区场景，维持老人社会交往

在社区老年中心里植入真实社会服务于场景，可以有效地维持老人的正常社交活动环境，重点不在于机械地照顾老人或护理老人，而在于失智症老人不脱离日常环境生活，在需要的同时辅以个人护理服务。

与社区的合作的真实场景植入，可以为失智症老人提供一个安全的“模拟现实”空间，与传统失智症机构将老人封闭起来不同的是，一系列真实营业的商铺同时接待健全社区居民和患失智症的老人，如咖啡店、杂货店、小餐厅等。失智

老人在这些真实的店铺中可以进行正常的社交（如图 5-5），融入并延续患病前的正常社交环境，有效锻炼认知能力；同时其工作人员均受过专业训练，明白怎样与失智症老人接触、交流，面对失智症老人可能出现的言语不清、思维混乱等问题，能够耐心应对并随时提供帮助和管理。

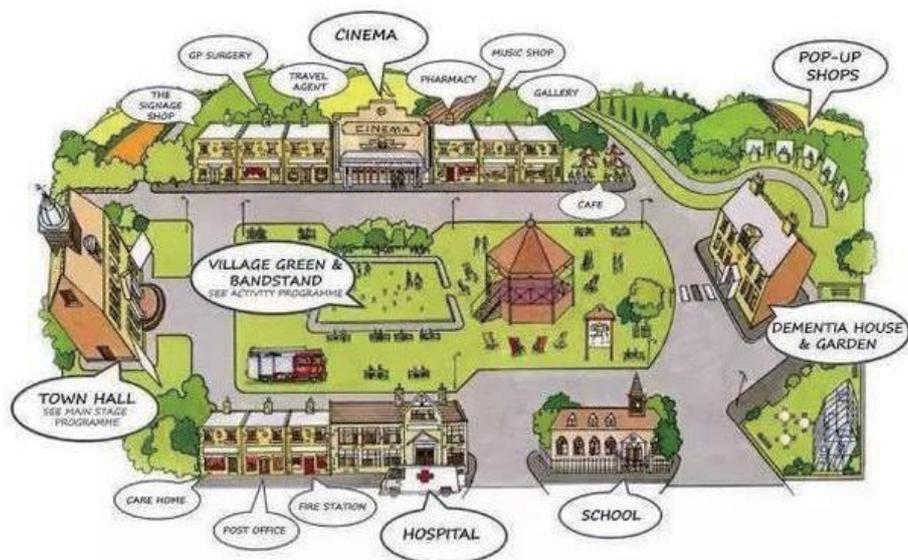
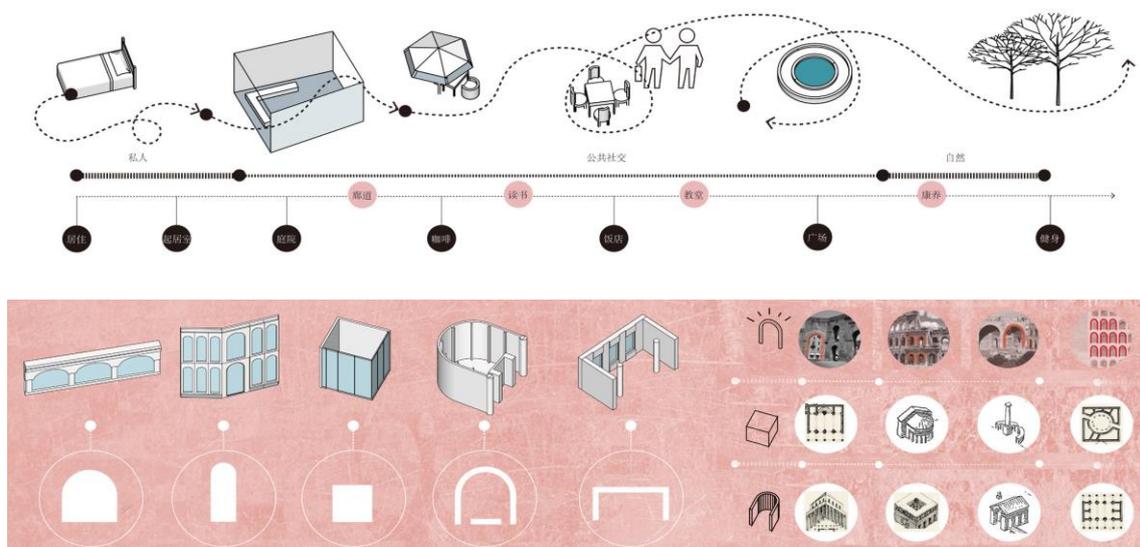


图5-5 荷兰霍格威(Hogewey)失智症小镇意象

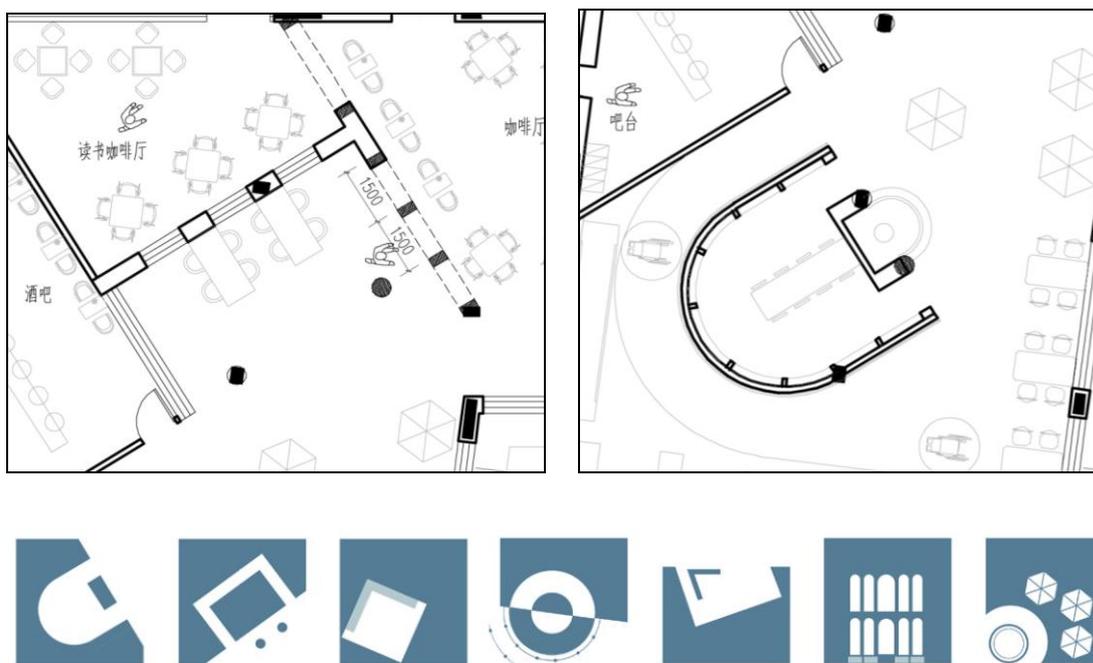
([http://www.sohu.com/a/133704620\\_470326](http://www.sohu.com/a/133704620_470326))

通过在社区老年中心营造真实的场景——熟悉的城市街区、商铺，为失智症老人创造了一个真实世界的缩影。不仅保证社区对失智症老人的接纳，减弱失智症老人的被遗弃感，有利于其病情的延缓；同时也能够有效地保证居家养老政策的推广（Keep Dementia Elderly stay at home），尽可能使老人能够继续在熟悉生活环境中生活，并有效降低照护成本。在这种环境中，老人能够得到失智症的专业对待，在正常的生活中进行触发记忆与治疗，在非药物治疗的轻松环境下，最大程度地享受生活。

以 Figino 社区老年中心为例，对意大利老人来说，对社区生活的空间感知存在于街道中。最典型的社区生活记忆莫过于早晨起床后，穿过住宅庭院，到街角的小咖啡馆吃早餐，与邻居交谈，到小广场上去散步健身等等（如图 5-6, a）。这一系列的社区公共活动构成了老人对于社区公共生活的空间记忆。意大利北部的拱廊元素、几何圆形、几何方形等基本空间元素构成了社区老人对空间的记忆原型。这一系列与生活记忆原型相关的社区空间“原型”成为了老人记忆衰退后难以湮灭的空间习惯。（如图 5-6,b）



a 生活记忆原型与空间原型



b “原型”节点空间植入

图5-6 米兰Figino社区老年中心“记忆原型”节点植入（自绘）

以社区生活的记忆“原型”片段为线索，将其空间符号或空间感受再现于机构公共空间中。在社区老年中心内为老人提供能够使其体验社区记忆的意象空间，老人身处其中时，就会受到空间不断地刺激，促进老人实现“记忆唤起”。（如图5-7）

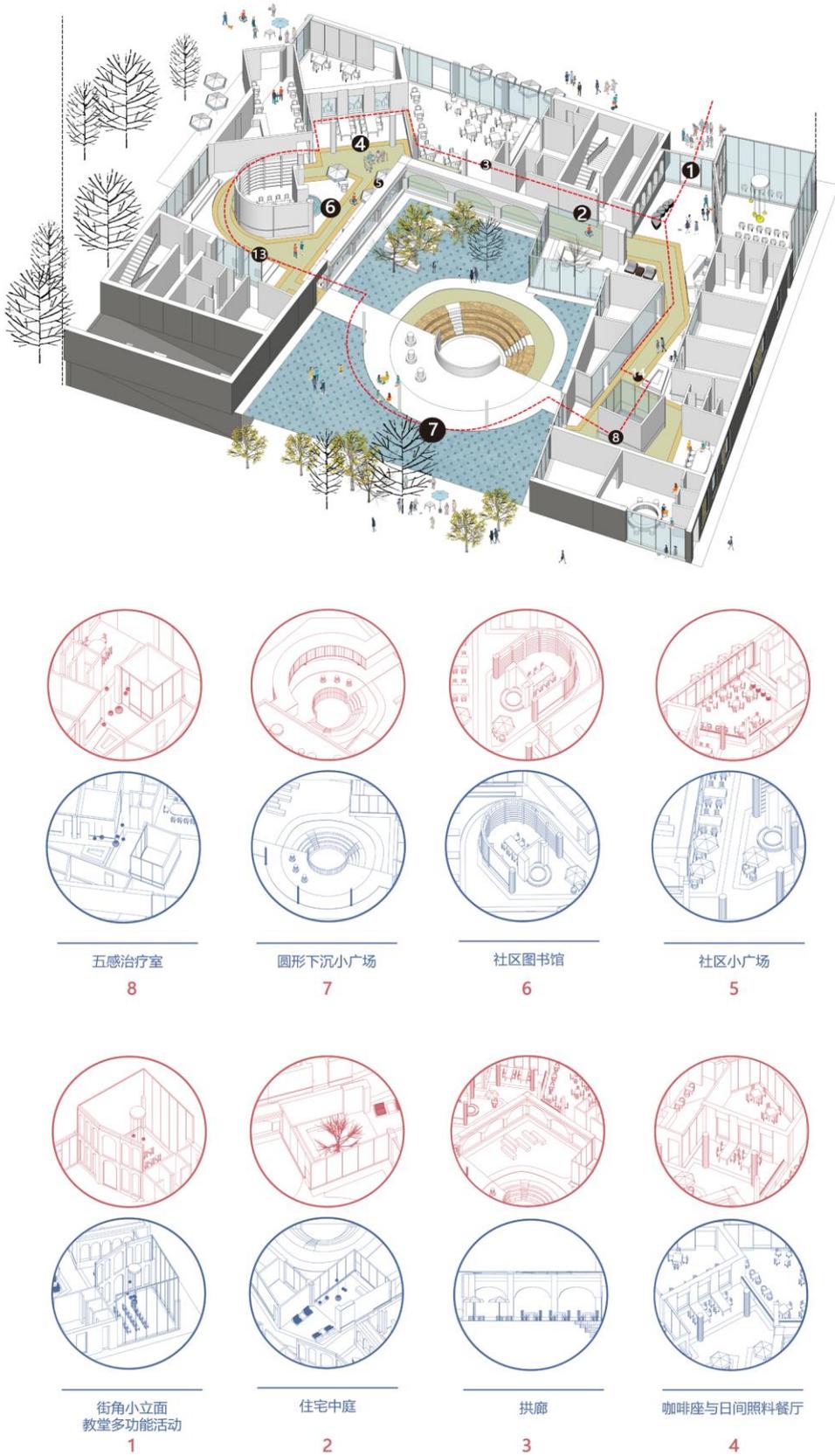


图5-7 米兰Figino社区老年中心空间植入“记忆唤起”节点示意（自绘）

### 5.2.2 细化公共活动的“次空间”布置

公共空间是社区老年中心最主要的组成部分，也是失智老人使用频率最高的空间。针对失智症公共空间设计要更加注意不同的公共空间之间的过渡部分，即增加并细化“次空间”的设计和布置。这是针对失智老人的特殊设计要点，也是不同于健全老人空间设计之处。

“次空间”介于完整的公共空间与交通空间之间，是一种清晰但不确定的空间配置。主要作用在以使老人有在空间之间有过渡感，这种空间的温和变化给失智老人提供了一种安全感和自决权，这对患有失智症的人来说尤其重要，因为他们需要感到安全而不受限制。

同时通过次空间的吸引作用，引导缺乏认知主动性的老人进入到下一个公共空间中参加活动，是一种结合失智老人的行为及精神特征、并用空间环境进行引导的次空间。

在公共空间的设计上，常见的次空间布置有空间前室（如图 5-8，a），在两个空间之间增添过渡层级，常见的有门廊、休息前厅等；空间视线穿透（如图 5-8，b），两个空间之间与透明的视线穿透，老人可以在未进入空间前知晓，常见的有玻璃窗、柱廊等；空间包围（如图 5-8，c），外部的准备区是包围公共空间的灰空间。

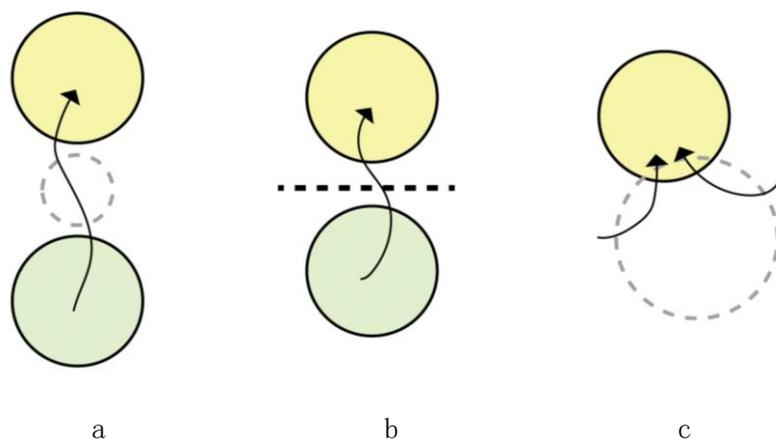


图5-8 社区老年中心公共空间次空间布置示意（自绘）

以米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心为例，将旧工业建筑改建为综合性的社区老年中心，整个建筑为了避免形成医院的压抑感，鼓励老人自主地在公共空间内活动，该机构打破较为封闭的建筑形式，统一采用大面积的窗户形成通透的空间氛围；并透过大玻璃吸引老人到下一个空间活动。（如图 5-9）



图5-9 米兰Villaggio Amico社区老年中心过渡性庭院与视线通透设计（自摄）

以米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心为例，通过过渡性的庭院，弱化老人对公共空间的不适应，老人比较享受被庭院次空间吸引，从而积极地继续行走；将功能空间作为植入单元布置在开放的过渡空间中，使老人感受自如地进入不同的空间减轻失智老人的抵触感。（如图 5-10）



图 5-10 米兰 Abbiategrasso 社区老年中心“次空间”布置（自摄）

### 5.2.3 注重私密性层级的空间划分

失智症老人在病程中会逐渐对自身存在认知淡化，同时失去自身尊严感与道德羞耻感，对于自身行为的界定模糊，从而导致失智老人出现在公共场合的不恰当行为，如脱去衣裤、随地大小便、性行为等。

针对失智老人失去自尊感的特点，在建筑设计中就应当用空间设计的手法尽可能地保证安老人私密感及自尊感。这是现代失智症植入“记忆原型”的设计要点之一，也是尊重失智老人人格健全的建筑基础。

注意私密性层级的空间划分是意大利失智症中心布局较为重要的设计特色，对失智症老人来说，认知功能的弱化使得老人很难区分公共空间与私密空间，也

较难通过合理的认知保证自我的私密空间。

公共空间过渡至私密空间地不同空间层级可以划分为4个层级（如图5-11）：正常社区公共空间、失智症友好共享空间、失智症机构公共空间、失智症老人个人私密空间。正常社区公共空间包括社区共享服务空间、幼儿园等；失智症友好共享空间包括老人日间活动区域、医疗及康养空间等；失智症机构公共空间包括老人共同使用的机构起居室、活动室等；失智症老人个人私密空间则仅包括老人居室内的最高私密等级的老人个人空间。

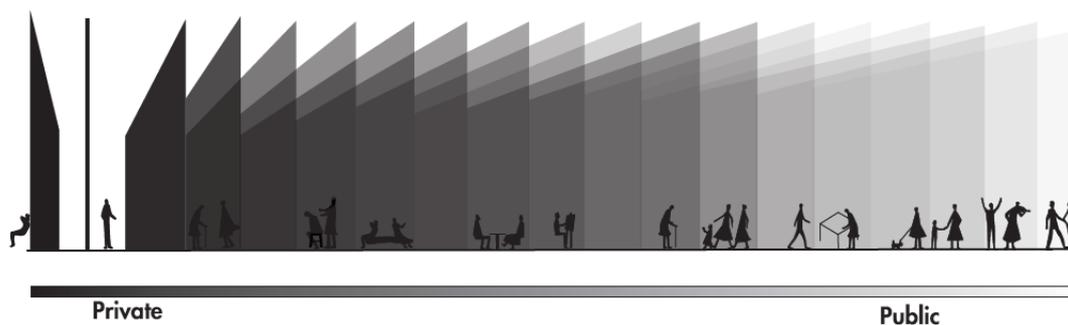


图5-11 意大利失智症社区老年中心私密性划分示意（自绘）

这4个层级的空间宜有明确的空间划分，并且提供给老人明确的空间暗示，将失智老人的不同公共等级的活动有效限定在不同的空间区域中，各空间区域尽量避免混合，以免老人无法定位自身的空间特性从而做出不当行为。

将最公共开放的空间布置在一层或公众可达的区域，避免公共人流无意进入私密层级较高的区域。而失智老人的房间组团则宜布置在较为私密、安静的区域，如单独分区的楼层、尽端区域，有视线遮挡，这样在失智老人无意识的行为时，最大限度地保证其不暴露在公共视野中，最大程度地保证老人的自尊。

以米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心为例（如图5-12），通过楼层的划分，日间照料中心承担着联系外界功能空间的作用，布置在地面层，而将失智症组团布置在较为封闭的高层，保证了失智症老人对私密空间的要求。米兰 Figino 社区老年中心的私密性安排更加明确，将公共活动空间布置在一层，向社区打开，而老人的居住组团则布置在二三层，保证其私密性；重度失智老人的居住组团布置在更加私密而难以达到的三层，防止失智老人被打扰。

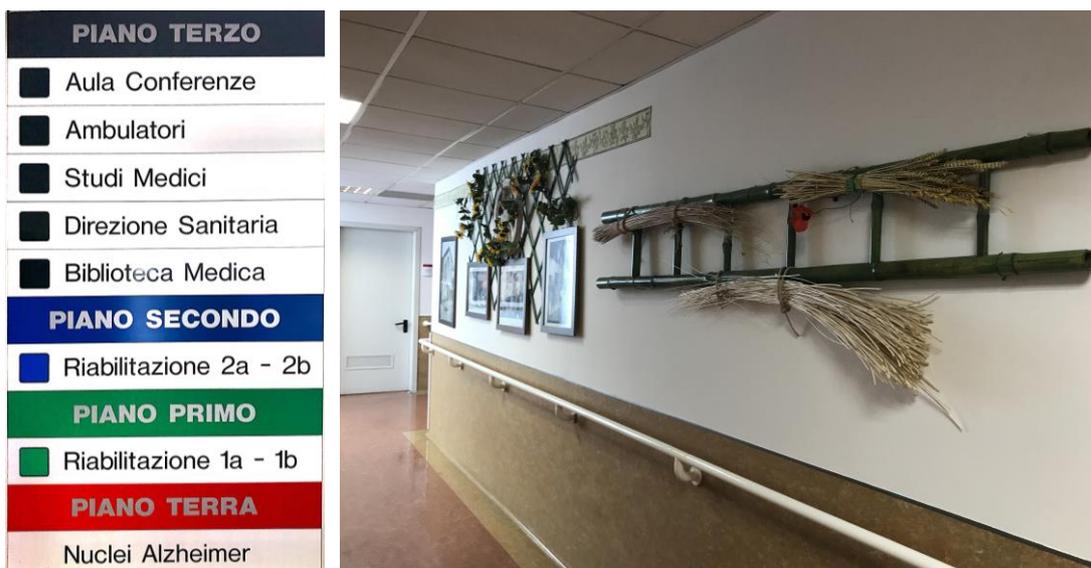


图5-12 米兰Abbiategrasso失智症社区老年中心私密性划分及组团内场景

(自摄)

#### 5.2.4 公共空间采用规则形状，多功能灵活利用

失智症针对性的机构公共空间的布置可灵活，但应尽可能满足老人的使用空间为规则的几何形状，从而利于老人在认知衰退的情况下对空间产生定位感，并且适应多种功能活动的进行，提升空间利用率和老人的活动丰富性。

根据“原型唤起”理论，当失智症老人的认知能力不断衰退时，其对身处空间的感知会渐渐回退到原始的几何形体上，如圆形、三角形、正方形等。这些规则形状的“记忆原型”空间边界能够使老人在有限的认知能力下，有效的定位自身，减少无助感和迷茫感的产生，最大程度地利用空间。如图中失智症社区老年中心（如图 5-13），组团共享的公共空间虽然通过斜向走廊链接，但是公共空间则都采用了十分规则的长方形，便于老人在公共空间内的的使用感受。

Centro Demenze - Casa Gradmann, Stoccarda  
(fonte - "Alzheimer: architetture e giardini" di P. Valla)

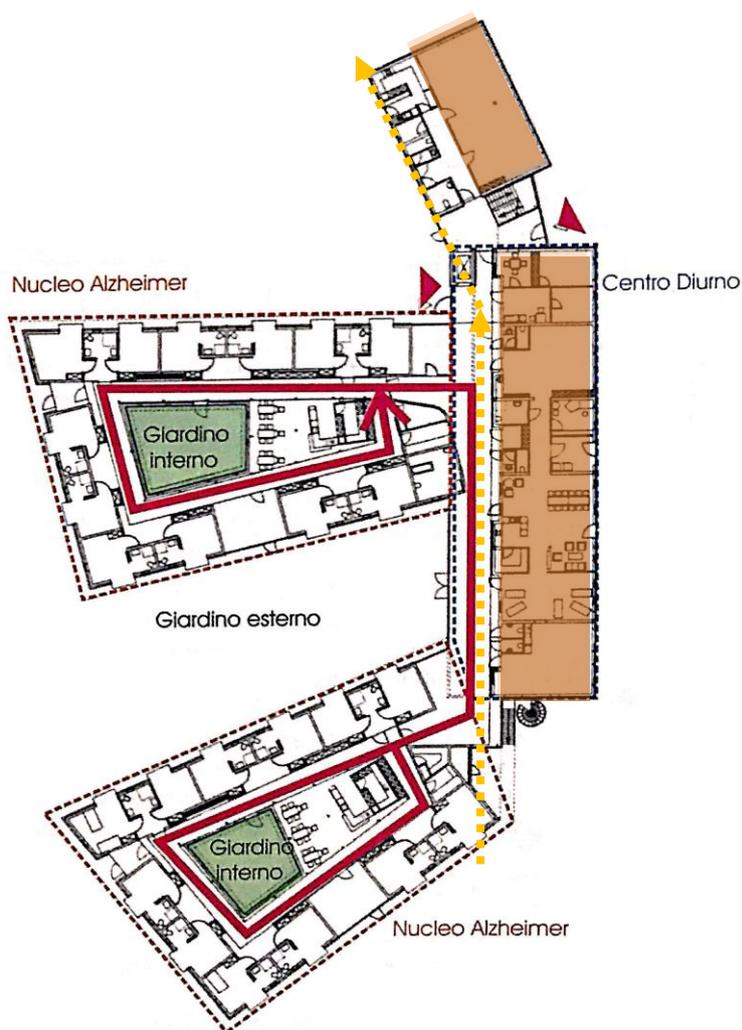


图5-13 失智症社区老年中心公共规则性状空间组织

(Progettare l' Ambiente per l' Alzheimer)

同时，规则的空间也更能适应多样的功能活动，在失智症社区老年中心中设计规则形状的公共空间，可以容纳多样的非药物治疗活动。多样的空间为老人提供丰富的活动功能，又可以避免空间的浪费，实现社区老年中心的小型化集约组织。如以米兰 GERIATRICO 社区老年中心（如图 5-14），公共空间可以举行多种活动，充分利用空间设施，例如多功能活动室既可以作为老人围坐、进行集体治疗的场所，同样也可以容纳老人自由分组进行活动。



图5-14 失智症社区老年中心公共规则性空间：多功能活动室、走廊展览空间

(自摄)

### 5.2.5 交通空间串联分散“记忆原型”，创造“偶遇”的真实体验

基于失智症老人的行为特征，失智症老人的公共活动行为多数发生在交通空间及其串联的公共空间中。与普通老人截然不同，漫游是失智老人的一个独特而明显的行为特征。大多数老人在醒来后会离开自己的房间，沿走廊进行无意识的漫游，并在各个公共空间中停留参与活动。失智症老人会出现对所处地理位置定向困难，复杂结构的视空间能力差等症状，使其无法有效应对较为复杂的建筑环境。

可以通过在空间中分散地布置“记忆原型”，并用交通空间有效地将这些分散的空间节点串联起来，引导着老人在运动中不断发现，不断运动；创造一种在城市中不断“偶遇”记忆节点的真实生活场景体验。这种融于建筑空间的非药物治疗方法，不仅利用了“记忆原型”的唤起作用，同时也利用了空间对失智老人的引导作用，是失智症社区老年中心的设计创新。

#### 1. 明确界定交通洄游路径，串联丰富节点空间

##### (1) 安全性——宜设计洄游空间

安全性对于失智老人尤为重要，交通空间宜采用封闭的洄游布置，为满足失智症老人无意识的不断走动，设置洄游空间供老人漫游，保障了其活动的安全性并有利于护理工作的开展。以米兰 GIOLLI 社区老年中心为例，机构虽只有一层，但通过组织楼廊及过厅等交通空间形成了内部的洄游路径。（如图 5-15，a）而在 Figino 的改造设计中，为了实现二层老人居住空间的洄游交通，在二层增加了一条回楼走廊进行联通。（如图 5-15，b）

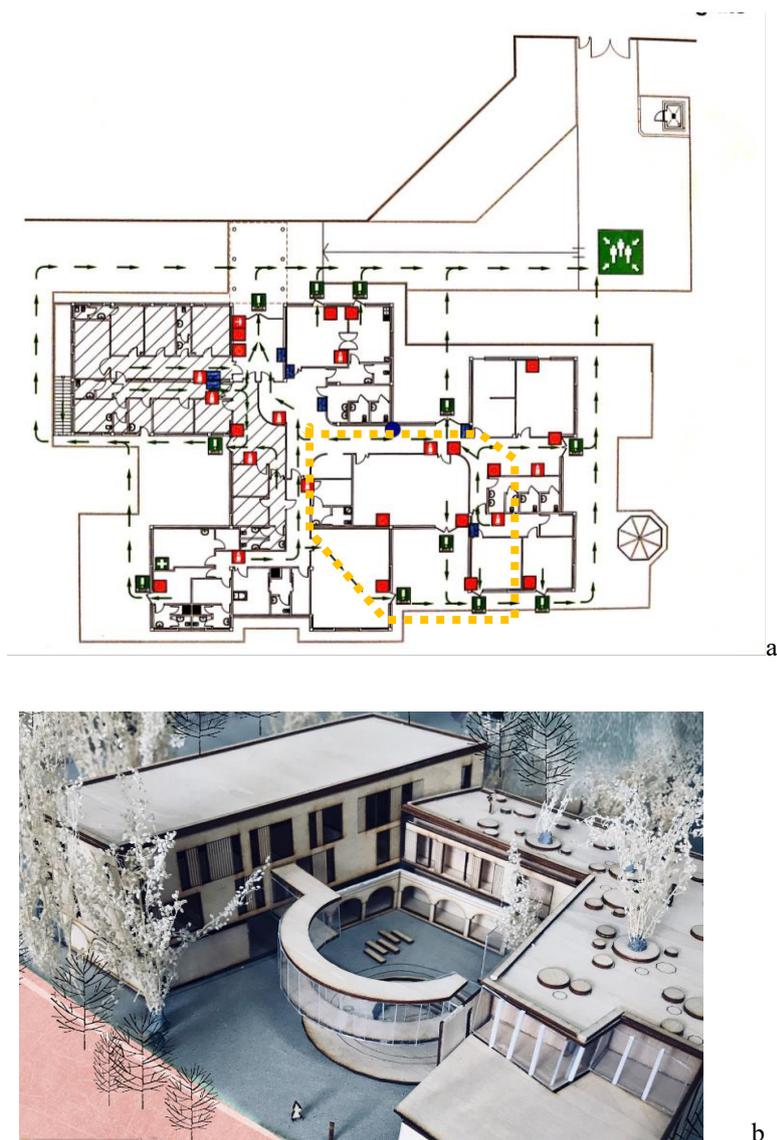


图5-15 米兰GERIATRICO社区老年中心洄游路径平面(自摄)

## (2) 交通空间较严格控制 (Ordered)

由于失智症老人的独特性，其自身失去定位感和控制感，针对失智老人的交通空间设计应当通过较为严格设计控制，交通空间宜由空间平直、两侧墙壁相平行的空间组成，限定老人的无意识行动流线；道路空间简捷宜达，并保证交通流线上的无障碍适老设施的良好覆盖，帮助老人安全便捷的实现漫游。

以下两社区老年中心交通空间平面布置为例。通常健全老人的机构在布置空间是，首先满足各单元室内空间为规则性状，而剩余的自由、多变、不规则的空间则自然形成了交通空间（如图 5-16，a）。这对于健全老人来说是合适的，其为老人提供了自由的公共交通空间。但对于失智老人的社区老年中心来说，这样自由而不规则的交通空间极易造成老人的迷失，所以针对失智老人的空间布置与健

全老人的社区老年中心相反（如图 5-16, b）<sup>[35]</sup>，强调交通空间的严格控制，保持空间的韵致、平顺宜达，有助于失智老人在机构中保持控制感与定位感的自由走动。



图5-16 健全老人与失智老人社区中心的交通路径设计（自摄）

（Progettare l' Ambiente per l' Alzheimer）

## 2. 结合路径分散布置引导标志物，创造“偶遇”真实体验

交通空间的严格界定并不表示失智老人在机构中的空间享受下降，这就要求通过简捷宜达的交通空间串联出丰富的空间体验，从而为失智老人在有限的空间中尽可能创造出多样的空间体验。

由于失智老人由于认知退化，在交通空间中容易产生迷茫感和无聊感，尤其是走廊部分，要避免走廊长度过长或布置单一。一般在 10 米左右设计一个交通空间的转折，或是设置一个有辨识度的空间节点，可以是一组休息座椅，也可以是一组记忆恢复设施等。提供交通空间组织的丰富性可使老人在行走的过程中不断地有新的兴趣点出现，在漫步空间中分散地加入唤起其回忆的布置，使老人在漫步的过程中接受有益刺激，延缓认知能力的退化；同时通过不同的标记物给老人提供方位认知，保证老人在空间流线上保持兴趣和控制。

首先，可对交通空间本身赋予丰富的空间设计，例如在洄游空间中加入唤起其回忆的布置（具体设计方式将在第五章 5.1.1 中阐述），能够在游荡过程中对老人进行一定的脑部锻炼，以缓解失智症。

以米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心为例（如图 5-17），其失智

症中心是由旧建筑改造而来的，所以走道尺度过宽，并不适合失智症老人。走廊空间过长，空间形态多余单调，对于大脑衰退、寻路能力存在缺陷的失智老人来说，易使失智病人感到十分焦虑，中心针对此问题在长走廊上增加了若干空间节点和不同区域的分割，从而弱化单一纵深空间造成的迷惑感。

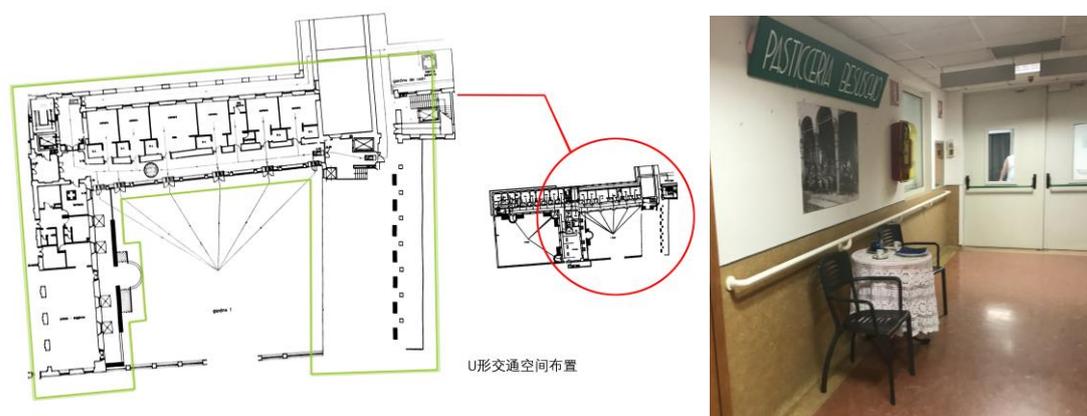


图5-17 米兰Abbategrasso失智症社区老年中心平面(自绘，自摄)

其次，运用标志物的引导作用，吸引老人在空间中“偶遇”记忆节点。

根据本机构所接收的失智老人的生活经验，针对性地结合凯文·林奇“城市意象”，在交通路径上设计“标志物”、“节点”引导空间（如图5-18，a b）。在路径的对景位置设置节点和标志物，老人在运动过程中有良好的视觉空间享受；通过标志物的空间引导性，吸引失智老人不断地被下一站的空间所吸引，从而用环境驱使引导着着认知衰退的老人一站接一站的不断活动，帮助老人进行被动式的活动参与与锻炼（如图5-19）。

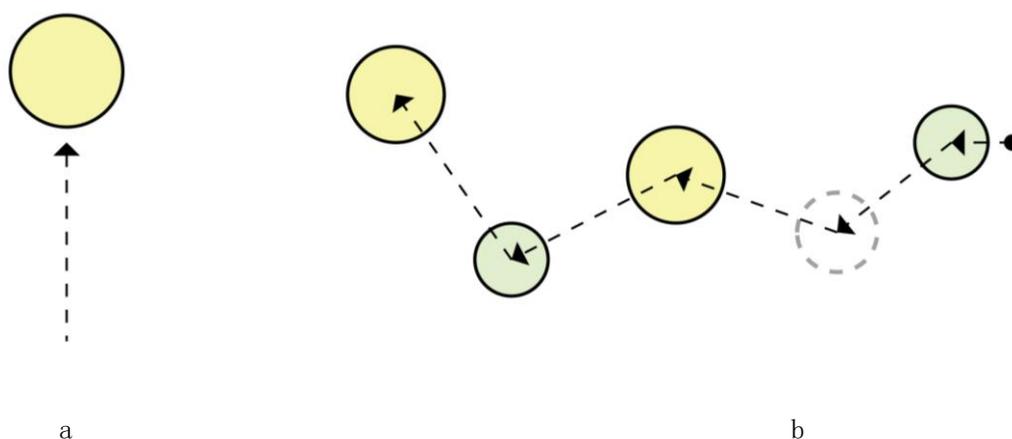


图5-18 交通空间中设引导节点示意（自绘）

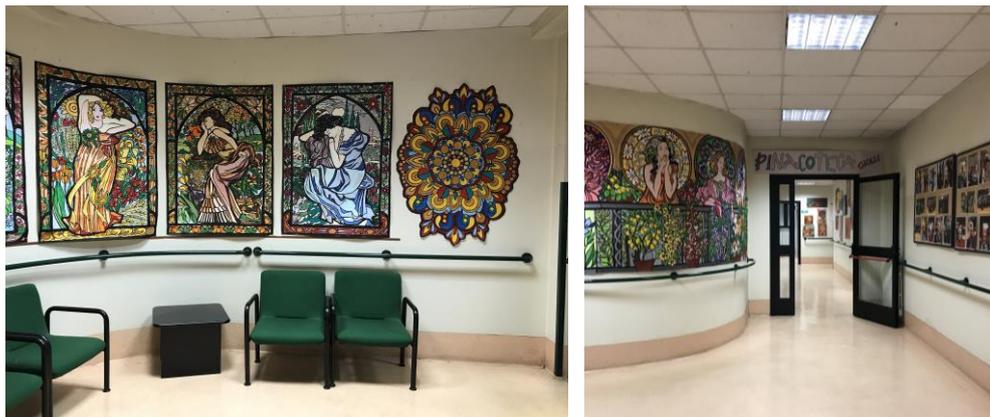


图5-19 米兰GIOLLI社区老年中心用绘画展示引导路径（自摄）

如米兰 Figino 社区老年中心的公共空间交通设计，老人在洄游的路径上设置视觉-景观节点，失智老人总可以看到标志性的景观片段在交通空间引导的路径上，从而被标志物引导着从一个节点向下一个节点运动，达到了锻炼和训练认知能力的作用。（如图 5-20）



图5-20 米兰Figino社区老年中心的空间节点引导（自绘）

### 5.3 组团空间引入家庭“记忆原型”

在组团空间中引入温馨的家庭元素，通过在地性的提取，开放式厨房和生活区是意大利老人最深刻的家庭生活“记忆原型”，承载了老人对空间的依赖感，而在失智老人的护理中扮演着非常重要的角色。厨房和生活区如同家庭氛围的符号，吸引失智老人在机构中积极参与日常生活，并向老人传递出一种“正常生活”的概念；这不仅仅是失智症照护日常化的重要措施，也是现代失智护理概念在全世界范围内的不可或缺的一部分。

组团公共空间布置以开放式厨房为中心，将大尺度的空间打散，用小空间营造家庭感。在护理单元公共空间层面，抽取家庭生活的“记忆原型”再现典型居住建筑的空间模式（如图 5-21），为老人提供家庭生活模式的温暖空间记忆。

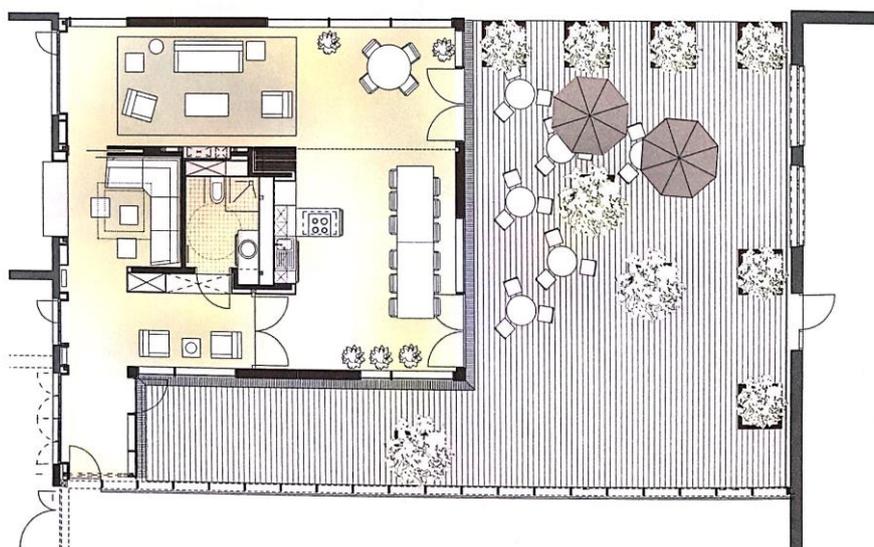


图5-21 意大利典型房间布置图 (Lost inspace)

开放式厨房是全家庭日常生活与公共回忆的焦点（如图 5-22），它的意义不仅仅是准备餐品的地方，更是引导着失智症老人在不自觉中参与其中。厨房作为营造家庭气氛的中心点，为社区老年中心营造了大家庭的温馨感受，将失智老人甚至社区居民紧密地联系在一起。<sup>[27]</sup>

同时在空间组织上，厨房更是可以将与烹饪毗邻或相关的储藏间、浴室、休息活动厅组织起来，形成一个以厨房为中心的视觉焦点和空间组织核心。



图5-22 米兰Villaggio Amico与GERIATRICO失智症老年中心开放式厨房（自摄）

如米兰 Villaggio Amico 老年中心失智症中心，空间氛围非常轻松愉快，使老人感到并不是在一个疗养中心中，而是生活在一个大家庭中。平面布局以开放式厨房为中心，串联休息厅、餐厅、治疗厅等空间，双侧对称走廊布置房间，形成老人居住组团，共容纳 40 名失智症老人，每条走廊布置居住 20 名失智症老人。在走廊交通空间布置模拟工作室、办公室等场景，使失智症老人在漫步的过程中唤起往日工作生活的回忆（如图 5-23）。



图5-23 米兰Villaggio Amico社区老年中心内公共空间与家庭“记忆原型”（自摄）

#### 5.4 居室空间保留个人“记忆原型”

居室空间是老人最私密的个人空间，尤其对失智老人来说，其对自身物品的占有感和控制感远远超过健全老人，而熟悉物品能带给他们的不仅有“原型”的记忆唤起作用，更可以起到安抚老人情绪、提升控制感的作用。在机构中尽量营造老人熟悉家庭房间环境，保留老人的个人记忆物品。

## 5.4.1 居住房间保留空间，老人可自带个人记忆物品

意大利失智症社区老年中心如有长期入住的老人，则需要为老人提供居住单元房间。较为特色的是，意大利的浪漫气质不同于日本的精细化、模式化房间设计，意大利的社区老年中心最为常见的是预留空间，结合个人“原型”记忆物品。

老人居住房间通常够被分为三个功能区域（如图5-24）<sup>[35]</sup>：卫生区域（U3），居住区域（U1），私人生活区（U4）。这三个功能区可有不同的空间组合形式与排列顺序，卫生区域可临走廊也可布置在居住区域和私人生活区之间。

较为独特的是，在意大利社区老年中心的房间设计对房间不做严格规定，而是强调保证硬性功能空间——卫生区域的最集约空间尺寸（常见的卫生间尺寸为2.1m x 2.1m）；私人生活区域与居住区域可采用弹性的设计，预留下充足的空间，可充分按照机构或老人的兴趣喜好布置<sup>[35]</sup>。

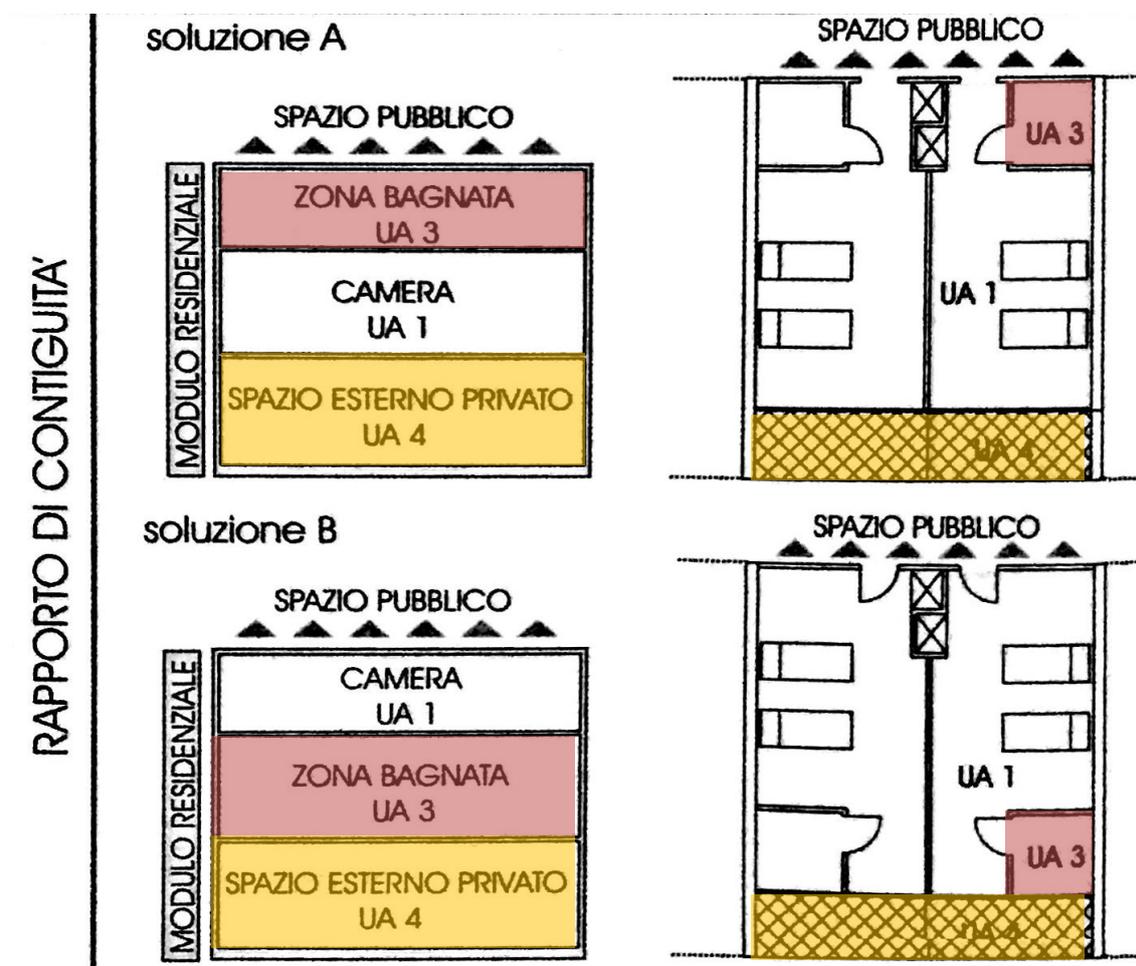


图5-24 米兰失智症社区老年中心功能区域

(Progettare l' Ambiente per l' Alzheimer)

在布置失智症老人个人生活空间时，社区老年中心强调个性化、强调引入“原型”的物品。鼓励老人从自家带来具有老人个人“记忆原型”的物品，布置私人居住空间，从而帮助老人营造居家生活的空间氛围，增强自身控制感，提升失智症老人在机构中的生活质量。

以米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心为例，老人房间的设计遵循标准，均采用标准模块化 (Standard room)，设监控铃一边老人及时获得救护。同时鼓励老人将自己家中的物品带到房间来，将在机构中的房间布置为老人所熟悉的原生活环境，有助于减缓老人对机构的抵触感和陌生感，平复情绪的焦虑和失去对自身控制感的茫然，以利于病情的缓和。(如图 5-25)



图 5-25 失智症社区老年中心老人房间可自带个人记忆物品 (自摄)

#### 5.4.2 老人房间类型多样化

意大利对失智老人的房间设计硬性空间模块化设计已经十分完善，均按照既有的失智症老人房间设计尺度和规范进行设计。而意大利针对失智症的规范多提供设计导则，这就为老年建筑的多样性留下了充足的空间。

因此失智症老人的居住房间避免单一布局，根据老人的不同性格偏好，布置了多种房间类型，单人间、双人间、共享型住房。

避免单一的房间形式不仅是尊重老人自身生活习惯及个性化的方式，同样也是尊重老人的记忆“原型”，在机构中延续老人熟悉的生活模式，有利于老人记忆的唤起。

双人间在意大利失智症社区老年中心最为常见<sup>[35]</sup> (如图 5-26, a b)，空间集

约，适宜老人居住及管理；同时，社区老年中心也提供单人或共享型套房（如图 5-26，c d）。共享型套房有自己独立的卫生间、厨房与小会客厅，最为近似传统的居家环境“原型”，针对失智症前期的老人，能够有效锻炼并维持失智老人的生活能力，是意大利的社区老年中心较为特色的房间。

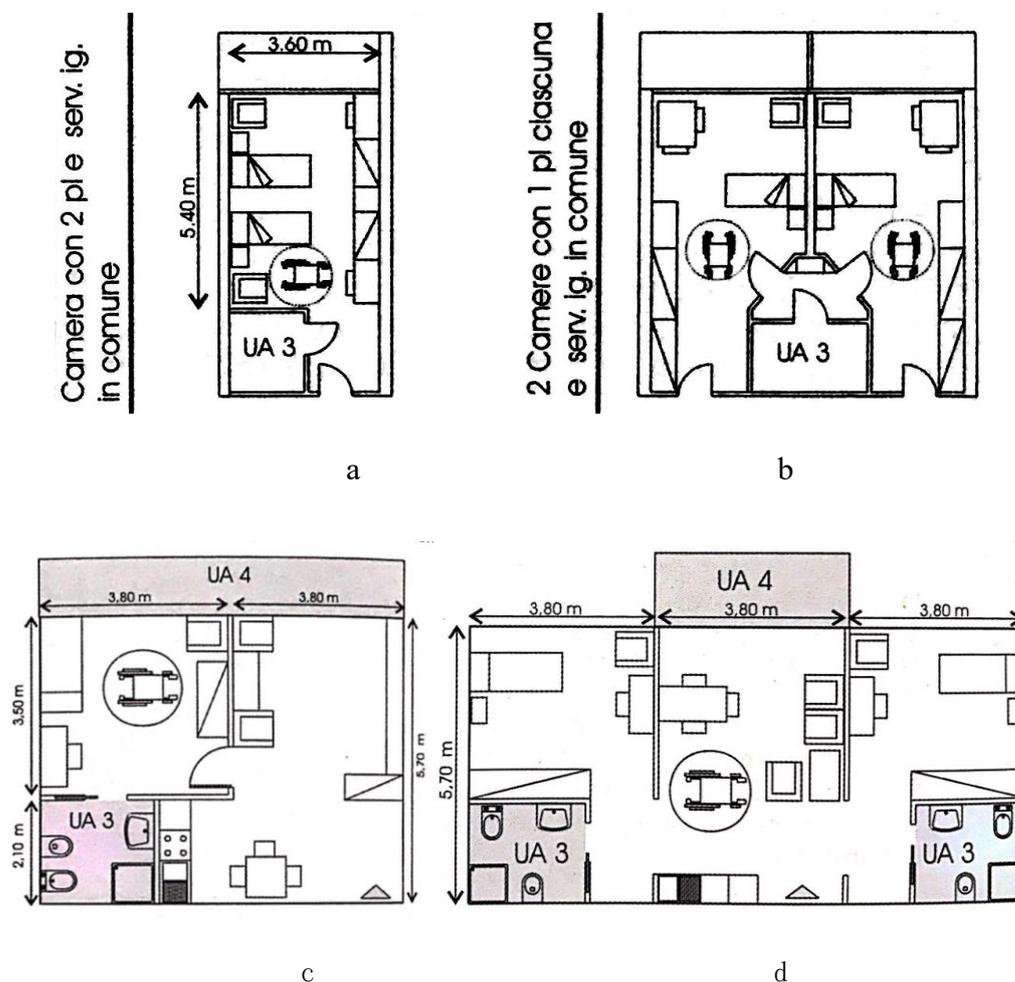


图5-26 意大利失智症社区老年中心房型布置：双人间、组合单人间，共享套间

(Progettare l' Ambiente per l' Alzheimer)

失智老人的行为精神症状较为脆弱，双人间有时会无法保证失智老人个人隐私，米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心开发出了适宜的部品作为老人房间的补充（如图 5-27）。柜子可以灵活的抽出滑竿与帘子，将双人间的空间分别格挡开来，避免两位失智老人相互影响，或是保障失智老人在接受护理治疗时的隐私。



图5-27 米兰VILLAGGIO AMICO社区老年中心老人房间及部品设计（自摄）

## 5.5 环境景观借鉴自然“记忆原型”

意大利的常见的失智症绿色空间通常称为“感官花园”，意大利较为独特的是，在花园的设计之中，通常会调研入住老人的生活历史，并借鉴所处社区（社区老年中心入住老人多为附近社区就近入住）的自然环境“原型”符号，将这些来自于失智老人生活回忆的自然片段融入到“感官花园”的设计中。

为失智症老人提供与自然相结合的空间环境，不仅是针对失智老年人身体康复的综合治疗项目，更是有意义的失智感官刺激和环境引导营造。

户外环境可以为失智老人提高愉悦水平和改善生活质量，增强身体功能。尤其是人天生就与自然环境间存在着本能性的依赖，随着失智症老人认知能力的减退，其对环境的依赖度越来越高，增加自然绿色空间的介入，会有效弥补失智老人日益增长的感官退化和身体虚弱。

较之于健全老人的自然活动空间，供失智老人活动的花园更多的要考虑以下几个要素：有意义，可理解，提供训练、快乐和社交。<sup>[27]</sup>

1. 有意义是指绿色空间的设计同样包含针对失智症老人的治疗功能，绿色空间片段的设置从当地老人的记忆和经历出发，借鉴有集体代表性的自然“记忆原型”。“记忆原型”可以是一片老人家庭花园的菜地，老人可以在其中耕种；也可以是老人具有家庭生活感的一棵果树下的休憩座椅，同样也可以是具有当地社区老人共同记忆的自然景观、城市花园片段。（如图 5-28）

例如在 Figino 的五感花园设计中，在自然庭院中营造了一个环形的漫步道，老人顺着柱廊可以自由安全地漫步，感受自然庭院的环境启发。同时在漫步道的不同位置布置了典型的意大利北部老人生活中庭，以及模拟的石柱遗迹景观，老人在运动的过程中，不断地接受自然与空间的刺激。



图5-28 米兰Figino失智症社区老年中心有意义的绿色空间景观(自绘)

2. 可理解是指失智老人能够有效接收环境的“引导”。由于失智老人无法通过正常的认知来组织自己的行为，有多时候并无法辨别绿色空间并有效地进入参与活动。所以“室内外”的引导性空间是针对失智症老人的绿色空间设计要点。

引导性的绿色空间同样借鉴自然“记忆原型”，包括半室内外的门廊空间、拱门、凉亭等（如图 5-29），这些空间不仅可以提供遮光荫蔽，同时提供一些活动，比如打理植物、绘画、喝咖啡等等。在室内活动的老人可以清楚地看到在这些空间中的活动，被这些次空间所吸引，从而自主进入绿色空间进行身心锻炼<sup>[8]</sup>。

以米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心为例，在中心内部与感官花园之间提供了多种“次空间”进行过度，如遮光廊，小亭子。当老人在机构内部漫游时，能够被外部的活动及空间布置吸引，从而进入花园进行锻炼。



图5-29 米兰Abbiategrasso失智症社区老年中心花园廊架及凉亭景观(自摄)

3. 提供训练、快乐和社交是指失智花园的设计应当兼具多种功能的空间，借鉴并引入老人进行自然界活动的“记忆原型”。绿色空间为失智症老人提供了更加贴近本性的社交环境，失智老人在花园中更易于接受训练和治疗。例如在失智花园中种植收获蔬菜水果、玩球类游戏、进行简单木工工作，饲养小动物等，这些活动都促进功能性锻炼，并鼓励记忆和讨论，有助于失智老人形成愉悦的心情并重建社交关系。（如图 5-30）



图5-30 米兰Abbiategrasso失智症社区老年中心花园训练功能（自摄）

## 第6章 基于“日常化”理念的细部设计策略

对待失智老人设计的“日常化”，就是在尊重失智老人的行为特征退化的现实，但积极为失智老人提供真实、日常而熟悉的生活环境，保证失智老人不脱离原有生活环境和社交网络，更加有利于提高失智老人的生活质量。

### 6.1 边界的“虚”与“实”

植入真实生活场景，这些场景在空间上介于外部社区环境与内部机构空间之间，在机构中形成了一条过渡边界。机构内部的失智老人被鼓励通过“虚”的空间边界进入真实场景中，维持老人社会交往；而真实场景与外部边界之间是“实”的空间边界，则通过工作人员的帮助，严格防止老人的随意走失（如图6-1）。

“虚”与“实”的边界，为老人提供了一个真实日常化生活的过渡空间，在“虚”的边界上更能激发老人与外界发生交往与对话，维持失智老人日常生活的机能。

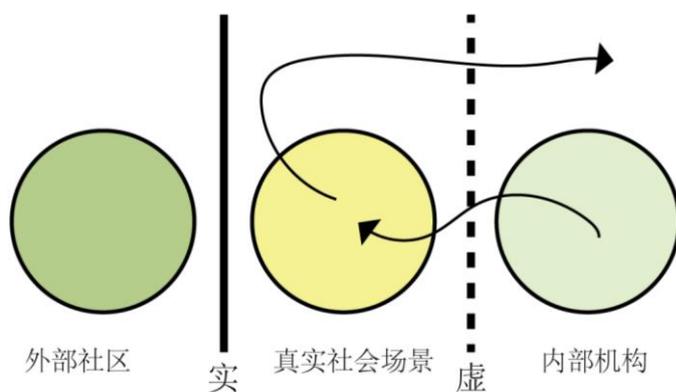


图6-1 植入真实商铺场景形成“虚”与“实”的边界(自绘)

如意大利 Figino 社区老年中心的设计（如图6-2），在社区共享空间中植入一系列真实的店铺，如咖啡厅、水果摊、邮局等，鼓励失智老人与社区居民共同使用，并在此“模拟现实”的空间中发生交往，失智老人能够享受到正常的社会生活环境；若失智老人要走出机构，受训练的店员会及时的提供帮助并阻止；失智老人在社区老年中心内走动时，也会透过“虚”的空间边界看到真实店铺的生活环境，无意识间受到非药物的治疗。



图6-2 米兰Figino失智症社区老年中心真实商铺场景(自绘)

以意大利 C.GOLGI 社区老年中心的“日常化”模拟治疗方法为例(如图 6-3)。其在社区老年中心内设置共享图书馆,用“虚”边界鼓励社区居民和失智症老人在图书馆中交流;而“实”的界限保证老人在机构内的安全。设置失智症老人专用图书角(AD Conner),举办失智症老人日常活动,将失智症老人的接纳日常化;同时在图书馆的日常管理中,积极接纳失智症中早期的老人担任图书管理员,通过简单而日常的工作参与,将老人纳入社会交往网络,来延缓失智症患者的病情发展。



图6-3 米兰Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心的失智症图书馆(自摄)

## 6.2 路径的“隐”与“现”

### 6.2.1 “隐”——寻路设计的去机构化

寻路设计目的在于为失智老人提供最为便于识别的空间设计，但鉴于失智老人并不能有效地接收文字的意义，对道路的阻断也会引起其沮丧情绪，并不采用明显的文字标注“止步”“前进”或是用封闭的门来阻止老人的前进，而是通过“隐”来营造去机构感的寻路设计。

针对老人空间定位能力衰退的特点，寻路系统的设计是运用标志物、空间设计、色彩、照明等手法为失智老人提供导航。为避免寻路设计在社区老年中心中太过突出、格格不入，可使用“隐藏设计”减弱寻路系统造成的机构感，营造失智老人的空间日常化和舒适性。寻路系统中的隐藏设计有如下方法。

1. 用更加隐形的设计，暗示老人路径的走向。寻路系统中的设计越简单、越日常化、越消隐在空间中，就越便于失智老人的使用。

如在路径上采用同种的铺地材质，老人就会清楚地了解此方向可以通行，避免老人在看到不同材质变化时难以判断，停止行动。采用同种灯具的在路径方向上的排列与延伸，暗示老人可沿着此方向继续通行；在社区老年中心里，比起依靠传统的标志指明路径，从厨房或者壁炉里传出的苹果香气，或者壁炉的温暖，无疑比箭头或标志更有效。<sup>[27]</sup>

以米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心为例，虽然失智症花园中有着草地和步道等不同的铺地材质，但是却用同种石材铺地将失智症老人的路径明确标识出，这种“隐形”的设计有效减轻了老人的迷茫感。(如图 6-4)



图6-4 米兰Abbiategrasso失智症社区老年中心花园路径及节点布置(自摄)

同时花园边界通过隐藏设计进行封闭，保证失智老人不会错误地走出去<sup>[35]</sup>(如图 6-5)；“隐”既避免了出入口引起失智老人的注意，同时又避免硬性的阻断行

进方向会给老人带来情绪上的波动和沮丧。

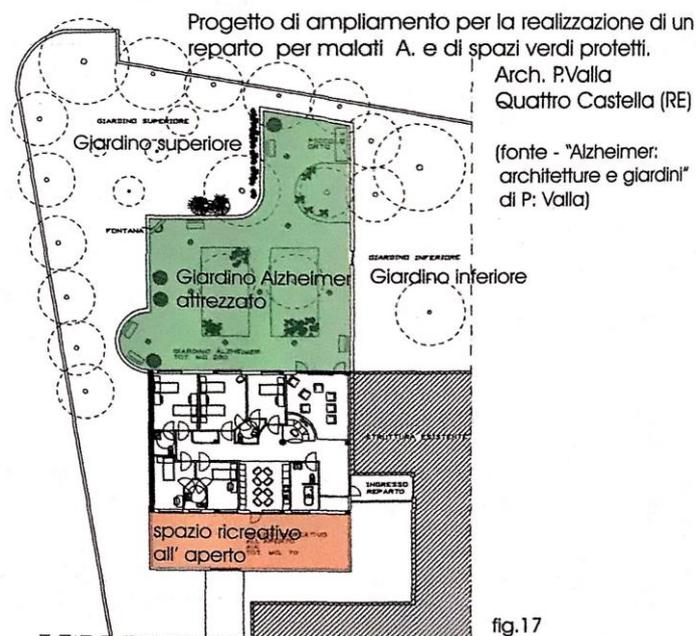


图6-5 感官花园设计突出趣味空间而隐藏出入口

(Progettare l' Ambiente per l' Alzheimer)

2. 寻路设计的“隐”可借助最接近其日常生活的认知标志在空间中呈现。

寻路设计的“隐”宜结合社区老年中心失智老年人集体记忆设计，采用具有“在地性”的设计手法。用失智老人共有的日常化符号引导老人，使便捷的路径导向隐藏于老人熟悉的日常生活。从当地老人日常生活中提取出的熟悉的家居，艺术品都可以作为寻路设计的符号，在空间中标注、引导失智老人的路径，形成“在地感”的寻路系统。



图6-6 米兰Figino失智症社区老年中心环路柱廊设计(自绘)

以米兰 Figino 社区老年中心为例,为了清晰地在空间中引领老人的行动路径,使老人能够有定位感地漫游,在交通空间中结合意大利北部常见的廊道建筑形式——柱廊设计(如图 6-6),形成了延续感明确的路径暗示,并暗合失智老人的生活记忆。失智老人能够自然地顺着柱廊漫游,并清楚地明白自己处在交通空间中,正在向着目的地走去。

3. 借助隐藏设计将容易引起老人误解的方向或是入口遮盖,避免失智老人误入。如用墙裙及线条颜色的延伸,覆盖不希望失智老人进入的门或是不希望老人触碰的门或设备(如图 6-7),失智老人就会忽视这个入口并继续前行,同时不影响健全老人或工作人员的正常使用<sup>[35]</sup>;在门上设小玻璃窗,利于护理人员查看失智老人的情况;避免道路转弯正对封闭的门,而将门放在拐弯之后,有所遮挡,避免引起老人的误入。(如图 6-8)

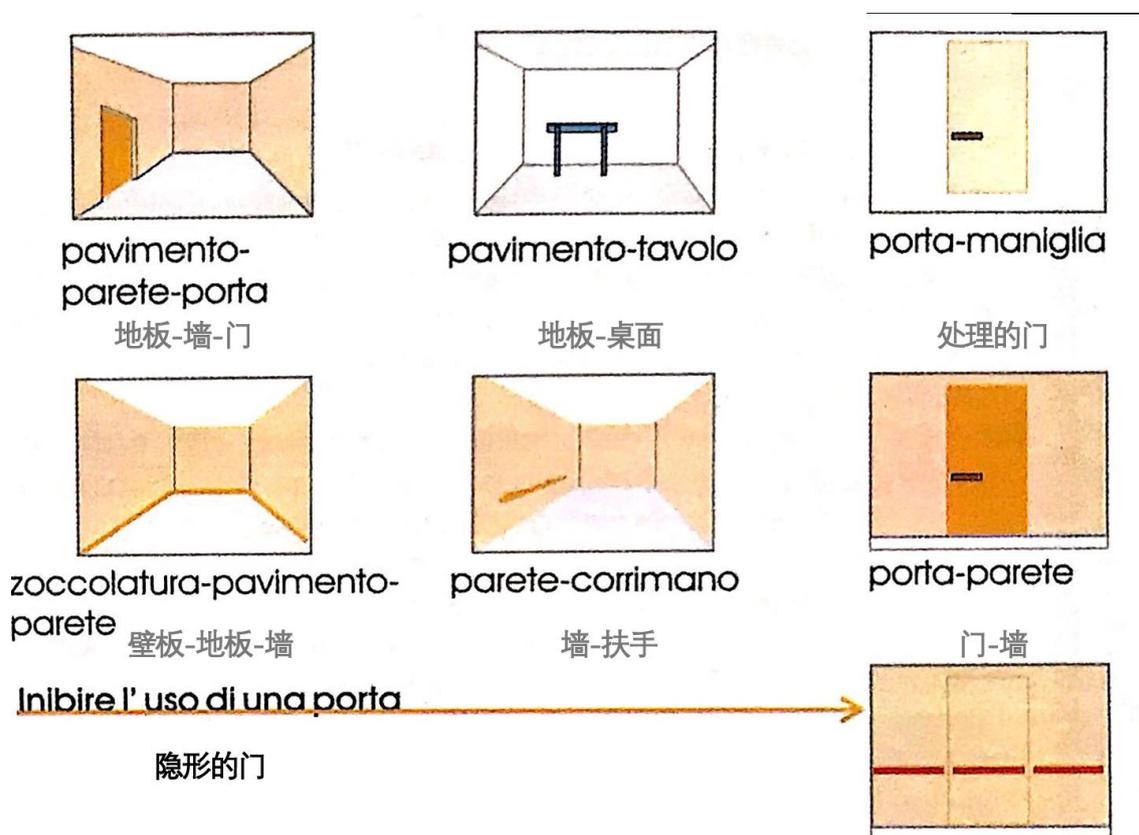


图6-7 失智症社区老年中心寻路系统的隐形设计

(Progettare l' Ambiente per l' Alzheimer)



图6-8 社区老年中心隐藏式寻路设计：

可方便观察的门、消隐于墙壁的门、隐藏的设备布置

(Progettare l' Ambiente per l' Alzheimer)

### 6.2.2 “现”——寻路设计的个性化

失智老人比健全老人更容易迷路，对空间定位感和认知能力衰退，在周围环境较为陌生且难以理解的时候，失智老人常会情绪激动、紧张，甚至表现得咄咄逼人。个性化标识的使用，突出了寻路设计的“现”；简洁易懂的寻路系统设计，保障了老人活动的安全性、有利于护理工作的开展。

使通常要在寻路系统中加入个性化的设计要素，形成提示物来提醒老人、明确地定位属于自己的房间。独特的标志或是颜色能够帮助失智老人较为轻松的辨认属于自己的空间，以米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心寻路系统的设计为例，每间失智症老人的门都为独一无二的设计图案，并尝试在每间房间的门旁设置 3D 的标识，作为寻路系统的重要组成部分，能够帮助老人自主识别自己的房间（如图 6-9）。



图6-9 米兰VILLAGGIO AMICO社区老年中心个性化寻路标志物(自摄)

社区老年中心的每部分功能区均有不同的颜色（如图 6-10），不仅仅能帮助

失智症老人定位自身，减缓失去控制感，同时也能够营造不同的空间气氛，为老人提供更加舒适的居住环境。

以米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心为例，失智症中心内部客厅为黄色，创造活跃的气氛，从而有利于调动老人的活跃性；休息厅暨记忆修复区为绿色，给老人安静的感觉，有利于平静心绪、开展治疗；连接老人住房单元的两条走廊，其一条为浅蓝、另一条为浅绿，不仅使老人容易辨别，也能够通过颜色平稳老人的情绪。



图6-10 米兰VILLAGGIO AMICO社区老年中心不同功能具有不同的颜色（自摄）

### 6.3 五感设计的“环境暗示”

当失智老人的病程发展到后期时，认知、记忆的衰退使得老人仅存并更加依赖基础感官，即视觉、听觉、触觉、味觉-嗅觉。针对失智老人基础五感的训练是社区老年机构的重要措施之一，通过感官间的联合治疗有效延缓老人神经的衰退。

五感治疗系统常结合失智老人日常生活记忆，化于无形地布置在机构中，通过一种味道、一种声音、一种触感或温度、或是一片颜色等“环境暗示”为老人营造出记忆深处的生活场景。基于“日常化”五感治疗，暗示老人在舒适而熟悉的家庭氛围中——而非陌生的机构，接受全面的、不间断的五感刺激，提高失智症老人的生活质量。

#### 1. 色彩及灯光系统在空间中的运用

通过色彩形成“环境暗示”在失智症社区老年中心的设计中十分重要，老年失智症患者辨别颜色的能力不断衰退衰退，在蓝紫色光谱中很难区分颜色。因此在社区老年中心空间中设置高对比度的色彩以便失智老人辨识，如颜色较浅的墙面颜色较深的地板，更能让老人明确走廊。

多数失智症患者都是老年人，其视觉系统老化，视神经和视觉皮质的神经元数量减少，所以在社区老年中心应当给予充足的亮度来保证老人的安全。一般来说，照明标准是为45岁的人制定的，而老人在75岁时需要两倍于45岁人的光线强度引起同样的视觉反应。适宜失智症的视觉灯光设计<sup>[27]</sup>，可将机构内失智老人主要使用空间光亮度提高到正常亮度的两倍，并尽可能使用日光；社区老年中心采用具有当地日常家庭感的等具来布置空间，这些具有生活感的灯具可以营造家庭生活场景，促进失智症老人对社区老年中心空间氛围“日常化”的融入。

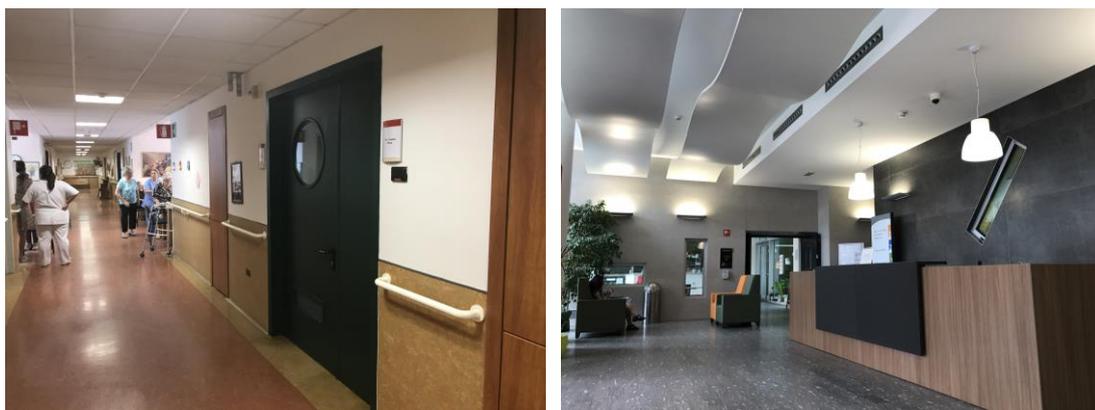


图6-11 米兰Abbiategrasso失智症社区老年中心色彩对比与灯具设计(自摄)

米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心的失智组团中，每一个空间的颜色设计措施都要进行深入的思考。由于本机构位于米兰郊区，入住的老人多来自周边的农村，在这些老人长时间生活的环境中，自然元素占有绝大的比重。因此，机构的地面选择了棕褐色的地胶材料，而供失智症老人使用的门则选择了较为鲜艳的绿色，隐喻自然环境中的大地和树木，在色彩上营造出了农村老人所熟悉的生活环境的概念。贴近自然的颜色选择有助于让老人在其熟悉的生活环境中平复情绪，提升居住舒适度和延缓病情发展。(如图6-11)



图6-12 米兰Abbiategrasso失智症社区老年中心运用色彩的走廊(自摄)

对于机构中所有的门，均设计了不同的色彩。供失智症老人使用的门为绿色，较为显眼，以吸引失智症老人的注意力，而供工作人员使用的门则为白色，隐在同色系的墙体中，对于失智症老人来说极难分辨，有效地减少了失智症老人的误开率，保证了老人的安全。（如图 6-12）

### 2.声音系统在空间中的运用

据研究，70 岁以上的人，70%以上都有听力损失，超过三分之一的人有中度听力损失，失智症老人的听力退化更为严重。<sup>[27]</sup>

而声音有着表述空间、表述材料、营造空间气氛的能力，在失智老人对声音失去灵敏度的情况下，通过声音形成“环境暗示”，唤起失智老人对日常生活的记忆，是一种有效的五感治疗方式。收集老人熟悉的每种日常生活空间的典型声音，在社区老年中心内的相对应功能空间中播放，用声音来提醒老人空间的存在，从而营造出老人日常化生活的场景。

例如失智老人要洗漱时，听到水滴的声音、听到刷牙的声音，就会意识到这是浴室、要进行清洁了。这些日常生活中熟悉的声音，为失智症老人提供了认知的基础。

### 3.嗅觉-味觉系统在空间中的运用

味觉和嗅觉是相互依存的，味觉与嗅觉对人的记忆有很强的情景相关性。通常人们很容易因为一个气味而记住一个空间或是一段生活记忆。<sup>[27]</sup>

因此，通过味觉和嗅觉来营造日常化的家庭生活氛围，能够有效调动失智老人的感官与认知，引导老人在空间中进行积极地活动。

例如，在餐厅开饭时，用烤面包的香味刺激失智老人的食欲，将其吸引到餐厅来；用甘菊气味促进失智老人放松，营造出卧室静谧安全的气氛，引导失智老人及时回卧室休息；而失智老人的办公室场景中回散发柏树木材的味道，以营造出办公空间的干净与正式。

以米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心为例，机构内统一完整地布置气味释放设施，与弱电系统、网络系统、烟感报警系统、自动喷淋系统、紧急呼叫系统、闭路监控系统等并置，在各公共活动空间及老人房间等各个位置布置香味释放器，由中央控制处统一控制。针对失智症老人对日常事物认知能力下降的问题，结合老人的日常活动释放有重要提醒作用的香味，如在将要用餐的时间释放巧克力和咖啡香味提醒老人用餐，在老人将要休息的时候释放花香提醒老人开始休息等，通过嗅觉感知营造生活化的场景；并在同样的时间释放同种香气培养老人的认知习惯，锻炼老人的认知水平，减缓大脑神经的退化。（如图 6-13）



图6-13 米兰VILLAGGIO AMICO社区老年中心铺设气味释放设施（自摄）

#### 4.触觉与材料系统在空间中的运用

触觉是我们与世界最直接的联系，随着失智症的发展，触觉变得越来越重要。<sup>[27]</sup>从失智老人日常生活中提炼出来的触觉记忆能够帮助老人感知空间，而触觉营造出的日常化生活场景，也能够有效地为老人提供“去机构化”的家庭感。

例如从失智老人的日常生活出发，在卧室中通常采用更柔软、更暖和的材料，提醒失智老人这里是休息的地方；温暖的触觉营造出壁炉烤火的温馨家庭生活场景，帮助老人对空间记忆做出反馈，锻炼感官能力；地板的不同纹理暗示着老人正从家庭的一个空间走向另一个空间。

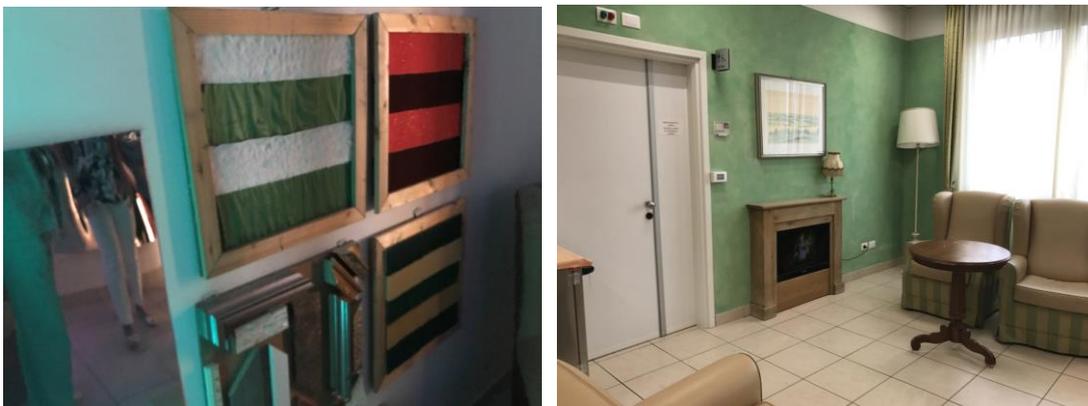


图6-14 米兰VILLAGGIO AMICO社区老年中心的触觉材料与温度设置（自摄）

米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心设有专门的五感治疗室，其是为刺激老人大脑、延缓神经退行而专门设置的治疗室，原是 20 年前为了研究启发儿童感官而设置的，现在专门为了延缓失智症老人的神经退行速度，进行改进并设置。（如图 6-14）

五感治疗室中设置舒适的座椅，设黑暗环境并精心布置灯光。（如图 6-15）

在视觉设计方面，营造出黑暗的环境氛围，使老人放松心情，而屋顶布置灯光，不停变换，形成如梦似幻的氛围，将老人带入充满幻想的环境中；同时布置投影，老人可以在治疗室的虚幻环境中享受更为真实的体验。在听觉设计方面，布置良好的音乐设备，并在每天的同一个时间为老人播放同样的音乐，帮助老人形成习惯反射，培养老人的认知反应。在触觉设计方面，布置触感变化的灯线，触碰即可变幻色彩，从而刺激老人的认知；墙上设置各种不同材质、不同触感的触摸材料，为老人提供触觉的刺激。在嗅觉-味觉设计方面，治疗间内设置香味释放装置，在每天的同一时间释放同样的香味，与视觉、听觉相互配合，启发培养老人的认知反应。

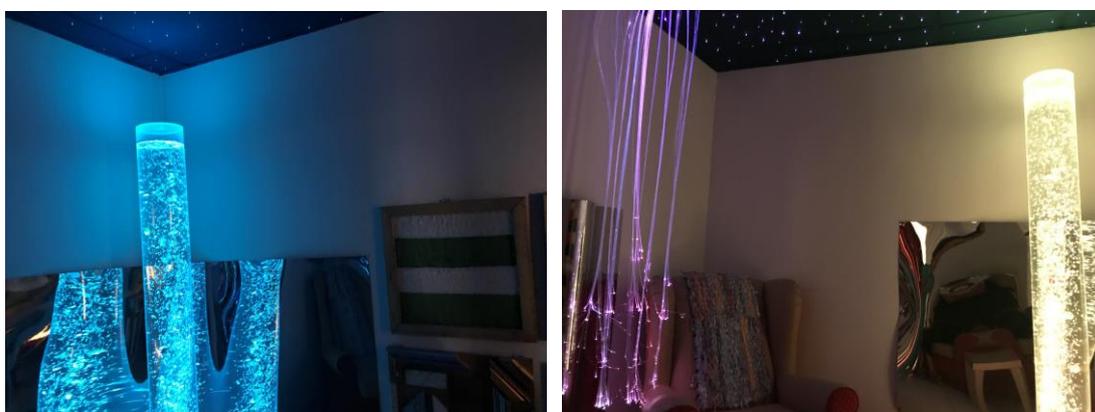


图6-15 米兰VILLAGGIO AMICO社区老年中心的五感治疗室(自摄)

#### 6.4 失智设计的“无为而治”

失智老人的空间设计与健全老人空间相比，更强调“无为”；在设计中不采用大改大建的强设计感手法，最好的设计反而是消隐进空间，用无形的手法尽可能地消除“机构感”与“失智感”，让老人感到自己并没有离开熟悉的家庭，以利于其平稳恢复。

这就要求在设计中，越是日常、越是真实的生活场景，越能给予失智老人在机构中的熟悉生活感。在失智症的机构空间中，引入老人原本生活的众多细节与部品，如多样、温暖的桌布，各式各样的家居部品，避免过于统一的部品细节布置强化机构感；化机构中的大空间为小空间，甚至布置出具有家庭“拥挤感”的空间，避免大尺度、“去生活臭”的空间设计，营造家庭的空间环境氛围。

尽可能“日常化”的设计手法要求将老人在机构内的生活空间尽可能地还原为熟悉的、日常的家庭生活环境，以米兰 GERIATRICO 社区老年中心为例（如图6-16），老人的日间休息室与手工活动室，都布置着与老人原生活环境相似的、多

种多样的家具，柜子上摆满了物品，书架上甚至拥挤地摆满了书和相框。这种看似琐碎的、无设计感的空间，实际上营造了真实的老人居家环境，才是真实合适失智老人的“无为而治”。



图6-16 失智症社区老年中心生活化空间：日间休息房间与手工室（自摄）

## 第7章 收获与启示

### 7.1 中国老龄化及失智老年现状

1999年底,中国步入人口老龄化社会,到2016年底,全国60周岁以上老年人口达2.31亿,约占总人口的16.7%。<sup>[36]</sup>据预测,到2025年,中国老年人口将达到3亿,2033年突破4亿。到2053年,老年人口规模将达到峰值4.87亿,占比达到34.9%。<sup>[37]</sup>中国人口基数大,随着老龄化进程的加快,上世纪五六十年代的生育高峰演变为全国老龄人口的快速增加。

中国老龄失智症问题也愈加严峻,中国患阿尔兹海默症的人数约已增加到了645万人,预计到2025年,中国失智症患者人数将会快速增加到1009万<sup>[38]</sup>。与失智症患者人数增加随之而来的是照护压力的不断增加。而中国青壮年劳动力随着老龄化的发展明显减少,“421”的家庭结构及子女外出务工的大量增加,客观上造成了老年人家庭照护人手资源不足亟待解决的问题。

以意大利相似,中国同样有对失智老人家庭赡养照护的传统,并且提倡“居家养老为基础、社区养老为依托、机构养老为补充的‘9073’养老服务体系”。

对于失智症老人的护理,社区老年中心提供的日间照料与家庭护理服务是重要的支撑。所以,我国从意大利养老体系与社区老年中心建筑设计中借鉴经验,对于发展并完善社区老年设施、保证失智老人的在地照护具有重要的意义;不仅能够为老人提供熟悉的康养环境,同时也能够有效地节约社会照护资源。

### 7.2 设计感悟

在研究中,发现意大利社区养老服务设施发展较为成熟,其定位精准,理念系统,功能及空间充分考虑失智症老人针对性的康养要求。而意大利在失智症社区老年中心,如建筑空间设计、组织理念等方面都有着独到的理念和较为先进的经验。特别是针对失智症护理机构建设的设计实践,为中国失智老人护理机构的设计研究提供了良好的借鉴途径。

从总体上讲,对中国社区养老服务设施主要有以下三个方面的设计启发:

#### 1. 设计理念专业化,设计技术精细化

从实践经验出发,现阶段国内对于失智症老年建筑缺乏充分的认识,常认为失智症需要较高的空间要求、医疗功能配备,将失智症建筑作为一种很复杂的建

筑门类，在设计中往往过度。这就需要国内对失智症老年建筑的设计理念专业化，设计技术精细化，避免过度设计。实际上失智症老年建筑并不是一个独立的分类，而是在健全老人建筑的基础上，在建筑空间环境融入针对失智老人的特点，重点形成去失智化的温馨气氛。

### 2. 空间设计与照护的专业化

现阶段，中国针对失智症的老人建筑空间的设计缺乏细节，与健全老人的建筑并无专业区别，缺少应对失智老人行为与心理学特征的设计细节。其针对失智症老年建筑的空间设计与细部设计都亟待改进，例如空间的引导性、空间功能的配置、治疗方法在空间中的融入等；在设计和机构运营中，加强人本考虑，改善与患者之间关系，建立更加专业、成体系的组织系统。

### 3. 应对失智症发展趋势，预留空间

可以预见，随着我国老龄化浪潮的到来，国内马上也会出现对具有失智症功能的社区老年中心的极大需求与依赖。这要求在社区老年中心的布置设计上，预留出失智症的空间设计余地及功能配置余地，以期积极应对养老功能的需求变革。

意大利对待失智症充满了以人为中心的情怀，较之于现今各国社会普遍对待失智症较为的严肃态度，意大利更多了一些浪漫与平和，失智症友好社区的理念、消除社区与代际阻隔的态度等，都为意大利失智症针对性社区老年中心的建筑设计提供了自由而丰富的实践空间。通过系统探究意大利社区老年中心针对失智症“以人为中心”、“记忆唤起”及“日常化”的理念，以及在功能配置及组织、空间设计与细部设计中所运用的先进设计策略，有利于促进和加快中国养老宜居建设的发展，为中国失智老人及健全老人提供更加科学舒适的老年生活空间。

## 参考文献

- [1] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2015. World Population Ageing 2015[R]. World Population Ageing , 2015:15.
- [2] Kinsella, K. and Velkoff, V.A, An Aging World 2001[R]. US Census Bureau, Washington DC. Series P95/01-1, 2001
- [3] W He, D Goodkind, P Kowal, An Aging World:2015[R]. US Census Bureau, U.S. Government Publishing Office, Washington, DC,2016. P95/16-1.
- [4] Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia[R]. Alzheimer's Disease International (ADI), 2016:3.
- [5] DGR 2569 - Modello SCIA. SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA) PER UNITÀ D' OFFERTA SOCIOSANITARIA. ai sensi della L.R. 12 marzo 2008, n. 3
- [6] Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia [R]. Alzheimer's Disease International (ADI), 2015:16.
- [7] Simpson J. Oxford English dictionary[M]. Clarendon press, 2013.
- [8] **EC Brawley. Design Innovations for Aging & Alzheimer's: Creating Caring Environments [M]. John Wiley & Sons, Inc. (1) 2005.12.6.**
- [9] Di F T, Canevelli M, Di P A, et al. The Italian Dementia National Plan. Commentary[J]. Ann Ist Super Sanita, 2015, 51(4):261-264.
- [10] Gagliardi C, Di R M, Melchiorre M G, et al. Italy and the Ageing Society: Overview of Demographic Trends and Formal/Informal Resources for the Care of Older People[M]// Advances in Sociology Research. Volume 13. 2012:85-104.
- [11] Gagliardi, C., Spazzafumo, L., and Leonardi, F. (2000). Mobilità, tempo libero e relazioni interpersonali. [Mobility, leisure and social relationships]. In F. Marcellini, C. Gagliardi, F. Leonardi and L. Spazzafumo (Eds.), Mobilità e qualità della vita degli anziani (pp.49-67). Milano: Franco Angeli.
- [12] Karlin N J, Weil J, Saratapun N, et al. Etic and Emic Perspectives on Aging Across Four Countries: Italy, Thailand, Botswana, and the United States[J]. Ageing International, 2014, 39(4):348-368.
- [13] Di F T, Canevelli M, Di P A, et al. The Italian Dementia National Plan. Commentary[J]. Ann Ist Super Sanita, 2015, 51(4):261-264.
- [14] United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2015. World Population Prospects: The 2015 Revision; The Economist Intelligence Unit analysis [R].United Nations, 2015.
- [15] Anderzhon. Design for Aging. [M]. John Wiley & Sons, Inc. (1) 2012.2.23.

- [16] Xue H B, Zhang M Y. Treatment for behavioral and psychiatric symptoms of Alzheimer's disease[J]. World Clinical Drugs, 2010.
- [17] Davis D H J. Dementia: sociological and philosophical constructions[J]. Social Science & Medicine, 2004, 58(2):369-378.
- [18] Rentsch T. Aging as becoming oneself: A philosophical ethics of late life[J]. Journal of Aging Studies, 1997, 11(4):263-271.
- [19] Tom Kitwood on dementia : a reader and critical commentary Baldwin C, Capstick A. Tom Kitwood on dementia: A reader and critical commentary[J]. 2007.
- [20] Timmins J. Tom Kitwood on dementia: A reader and critical commentary. Edited by Clive Baldwin, Andrea Capstick, Open University Press, 384 p[J]. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2010, 25(11):1200-1200.
- [21] 赵建伟. 荣格原型理论视域下对艺术象征的解读[D]. 上海师范大学, 2014.
- [22] 叶舒宽选编. 神话——原型批评[M]. 陕西师范大学出版社, 1987, P104
- [23] Jenkins N, Keyes S, Strange L. Creating Vignettes of Early Onset Dementia: An Exercise in Public Sociology[J]. Sociology, 2015.
- [24] Dekkers W. Dwelling, house and home: towards a home-led perspective on dementia care[J]. Medicine Health Care & Philosophy, 2011, 14(3):291-300.
- [25] National Historical Museum, Berlin. AD, 11/12, 1988, P93.
- [26] 王宁宁, 董会卿. 阿尔兹海默病的听觉系统损害[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 1996(6):342-344.
- [27] **Feddersen, Eckhard, and I. Lüdtk. lost in space e: Architecture and Dementia.. DE GRUYTER, 2014.**
- [28] GILPIN, LAURA. The Planetree Model: Its Impact on Caring for Those With Dementia[J]. Alzheimers Care Today, 1936, 7(4):273-277.
- [29] Kwentoh M L. Severe dementia. Edited by A. Burns and B. Winblad. John Wiley and Sons: Chichester, 2006. Pages: 260. ISBN: 13 978-0-470-01054-9[J]. Human Psychopharmacology Clinical & Experimental, 2010, 23(2):160-160.
- [30] Regione Lombardia. SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA) PER UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIA ai sensi della L.R. 12 marzo 2008, n. 3. [R]. Regione Lombardia, 2008:2.
- [31] Bosanquet N. The socioeconomic impact of Alzheimer's disease.[J]. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2010, 16(3):249-53.
- [32] 林小莺. 阿尔兹海默氏症病患的家属照顾者情绪困扰调适研究[D]. 华东师范大学, 2006.
- [33] Federazione Alzheimer Italia, Abbiategrasso è la prima comunità amica delle persone con demenza in Italia, [R]. Alzheimer Italia, 2016.
- [34] Slivia, Interior design as an environmental system of activators of wellbeing alzheimer's disease, [M]. 10 PHD thesis on Design as we do in POLIMI, 2017.

- [35] **Prefazione di Marco Trabucchi. Progettare l'Ambiente per l'Alzheimer, Specifiche progettuali per l'ambiente terapeutico. [M]. FrancoAngeli s.r.l., 2004.**
- [36] 中华人民共和国国家统计局. 中华人民共和国 2016 年国民经济和社会发展统计公报[J]. 中国统计, 2017(2):6-14.
- [37] 马馼, 秦光荣, 何晔晖, 等. 关于应对人口老龄化与发展养老服务的调研报告[J]. 社会保障评论, 2017(1).
- [38] 安圻. 基于失智老人行为特征的养老机构环境设计研究[D]. 大连理工大学, 2015.
- [39] P Spadin, CM Vaccaro (a cura di), "Cittadini come gli altri? La condizione dei malati di Alzheimer e dei loro caregiver", Carocci editore, Roma, 2016.
- [40] **Drue Lawlor. Residential Design for Aging in Place. [M]. John Wiley & Sons, Inc. (1) 2008.8.18.**
- [41] Improving the environment of care for people with dementia, Final Recommendations Report-Executive Summary. [M]. gov.uk, 2015.
- [42] [www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/](http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/)
- [43] ASSESSING THE SOCIOECONOMIC IMPACT OF ALZHEIMER'S DISEASE IN WESTERN EUROPE AND CANADA. [M]. The Economist Intelligence Unit Limited 2017.

## 致 谢

衷心感谢导师程晓青教授对我的精心指导。三年来，无论是学习还是生活，您都给予我家人一般无微不至的关怀与照顾。您治学严谨的态度，求知好学的言传身教，对人生价值的孜孜以求使我受益终生。谢谢您给我提供的学习求知的机会，我为能够成为这个大家庭的一员而无比荣幸。

在双学位学习及期间，由衷感谢意大利都灵理工建筑学院 Marco Trisciuglio 教授亦师亦友的帮助，在意大利是对我的关照与耐心讲解，以及多次往返中国对毕业设计进行指导，让我受益匪浅。

特别要感谢意大利米兰理工 Alessandro Biamonti 教授和美丽热情的 PHD. Silvia，为我提供了丰富的毕设项目与材料，悉心指导与关怀，不胜感激！

由衷感谢青姐 family 的全体成员对我在学习及生活上的帮助，不仅仅是同门，更是亲人和手足。谢谢艳珊姐、唐丽的陪伴，谢谢佳婧学姐、爽爷和琳儿的帮持，谢谢昆哥和大师兄的引领，我无比温暖。

还有在米兰组团调研的老友逸敏，一直陪伴我明明，嘉琳，大碗，无私翻译的凌翔同学，是你让我在异国感受到家的温暖，也让我明白朋友的涵义。感谢同行之路上的好友、同学，时间留下印痕，你们是我人生最宝贵的财富。

感谢米兰 Abbiategrasso (C.GOLGI) 社区老年中心、米兰 VILLAGGIO AMICO 社区老年中心、米兰 GERIATRICO 社区老年中心、米兰 GIOLLI 社区老年中心、米兰 I Delfini CDI 社区老年中心，热情的调研接待和帮助，让我有机会追求学术。

写在最后，超级感谢我最爱的家人对我一如既往的、无私的爱与支持，谢谢我爸我妈的信任，你们豁达客观的人生态度和和无尽的爱是我生活的动力。谢谢张冠石同志对我的爱与支持，奋斗和鼓励，生活的关怀，无比幸福。

白驹过隙，但未来可期。

## 声 明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师指导下，独立进行研究工作所取得的成果。尽我所知，除文中已经注明引用的内容外，本学位论文的研究成果不包含任何他人享有著作权的内容。对本论文所涉及的研究工作做出贡献的其他个人和集体，均已在文中以明确方式标明。

签 名：\_\_\_\_\_日 期：\_\_\_\_\_

# 附录 A 设计图纸

### 失智症理论分析

**发展分析**

- 海德格尔 (Martin Heidegger) “本体论”的观点
- 梅乐·庞蒂 (Merleau Ponty)
- 汤姆基伍德 (Kitwood)

**途径**

- 心理学荣格的集体无意识
- 社会学人本化, 鼓励社会对人格重建

**理念提出**

- “原型”
- “原型唤起”模式

**理念体系**

- 空间提供“原型”片段, 唤起集体记忆
- 加强社会及环境对失智症人格的重塑

**建筑层面**

- 罗西 城市记忆“原型”
- 保持基础感官功能
- 环境引导老人无意识行为
- 社会友好环境的营造

**失智症针对性设计理念**

- “以人为中心”
- “记忆唤起”
- “日常化”

- 空间功能配置和组织管理策略
- 空间设计策略
- 空间细节设计策略

失智症人格的存在

- 可用环境体验弥补意识
- “原型”的提出 失智症的人格可被社会、环境重建

“People-Centered Approach”

“以人为中心”

Community elderly center

“记忆唤起”

Community elderly center

“日常化”

### 非药物治疗

玩偶治疗 音乐治疗 五感房间治疗 机器人治疗 火车治疗 艺术治疗 认知治疗 沙子治疗 影像模拟 宠物治疗

### 意大利社区老年中心实地调研

1. 依附于养老综合体的社区老年中心  
米兰Abbiadorigo社区老年中心  
米兰Villaggio Amico社区老年中心
2. 嵌入式小型社区老年中心  
米兰I Delfini CDI小海豚社区老年中心  
米兰GIOLLI社区老年中心
3. 依托医疗设施的社区老年中心  
米兰GERIATRICO社区老年中心

### 社区老年机构功能关系

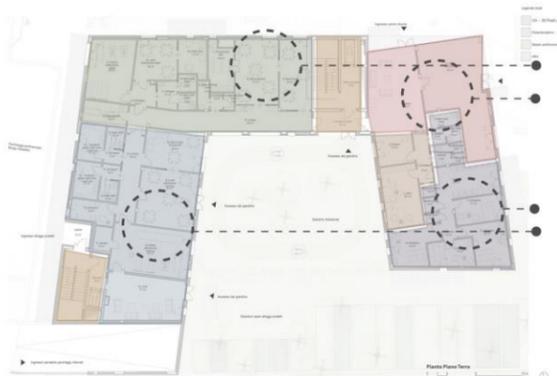
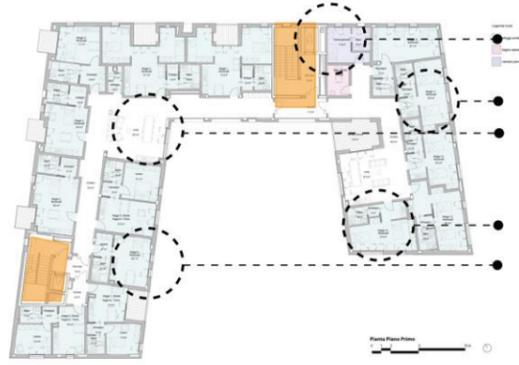
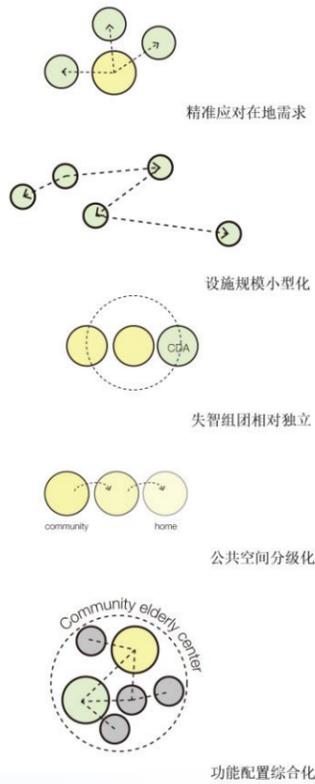
- 辅助养护
- 社会健康
- 长期养护
- 日间照料
- 家庭护理服务

米兰Figino镇位于米兰市中心的西南，是一座有着悠久历史的“乡村”小镇，老镇上仍然保留着一些过去明显的城市建筑特征。在几年前的社区更新中，更是形成了新城与老区并置的村镇结构形态。老城多为两层的传统房屋，拥有内部庭院但没有阳台和窗户。而新区则为相连接。社区联系较强的高层住宅楼组成，承担着激活社区、完善社区功能的责任。

米兰Figino社区的老年中心位于Figino小城新区西侧，在施工完成后，计划入住附近社区的失智症老人，并可以加强本老龄社区的功能活力。

一楼布置如下三部分空间：治疗部分：医疗保健人员和医生为失智老人提供医疗照护。日间护理中心：为老年失智症患者提供日间照料服务，参与健身、午餐和休息活动。联合工作大厅：设玻璃幕墙和回收纸椅或桌子，与社区、孩子和年轻人建立联系。二、三楼布置失智老人的单独房间或双人房间，房间内设置共享厨房和卫生间。三楼设置屋顶花园。

失智症社区老年中心组织策略

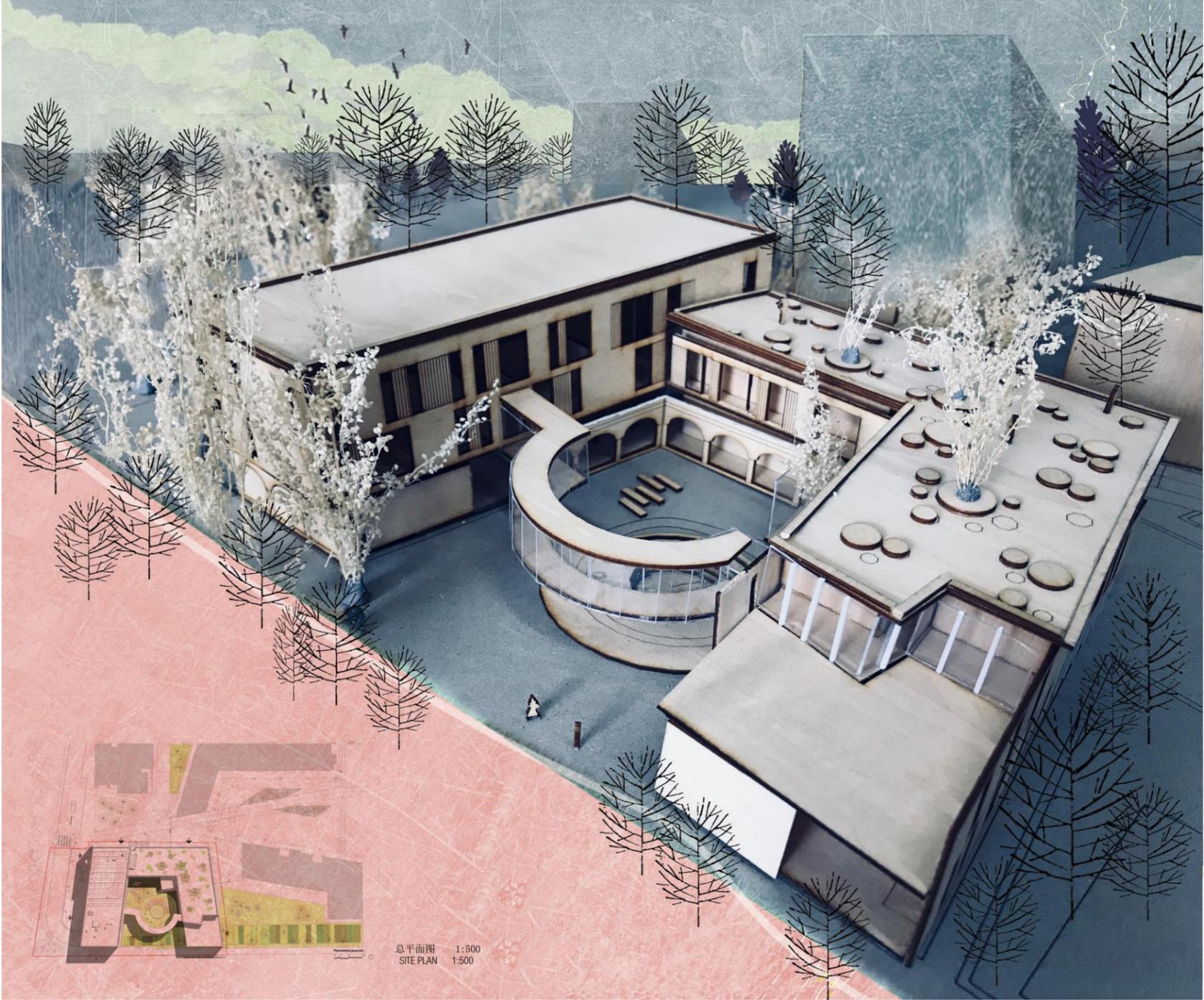


- Nursing unit zone is not clear
- 老人居住单间布置缺乏合理性。The layout of elderly cell not reasonable.
- 走廊空间过长且布置单一，不适宜失智老人的行动。Corridor space is too long and of single layout.
- 老人住宅单元缺少公共活动节点。Elderly residential units lack public activity nodes.
- 缺少洄游空间，失智老人缺少适宜活动空间。Lack of return space for dementia people.
- CDI的空间不足，缺乏功能思考，开放性差。Lack of space, functional plan and openness.
- 一层社区共享空间较少，功能解决不突出。Lack of sharing space for intergeneration activities.
- 医疗空间布置位置不合理，空间布局不足。Medical space layout location is not reasonable, lack of space.
- 共享空间缺少失智老人的康健空间及设施。Lack of exercise space and facilities for Alzheimer's.
- 屋顶空间未加有效利用。The roof space lack of design and use
- 绿化设计明显不足，不能为老人提供。The insufficient greening design can not serve the elderly.
- 空间颜色单调，设计精细化程度应加以提升。Monotonous color space, the degree of design refinement should be improved.

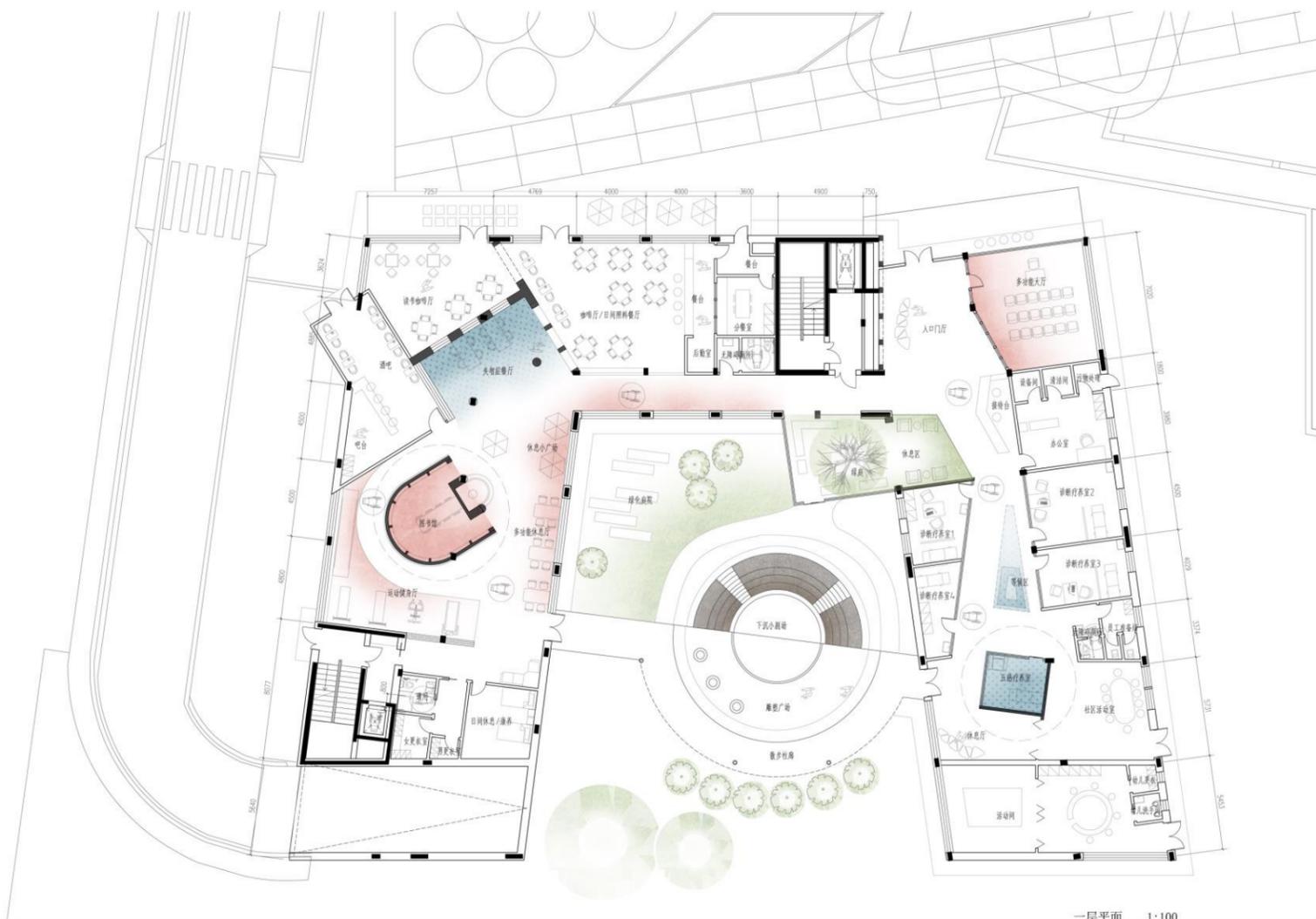




Memory Puzzle 记忆拼图  
FAN Ruobing 2018.5



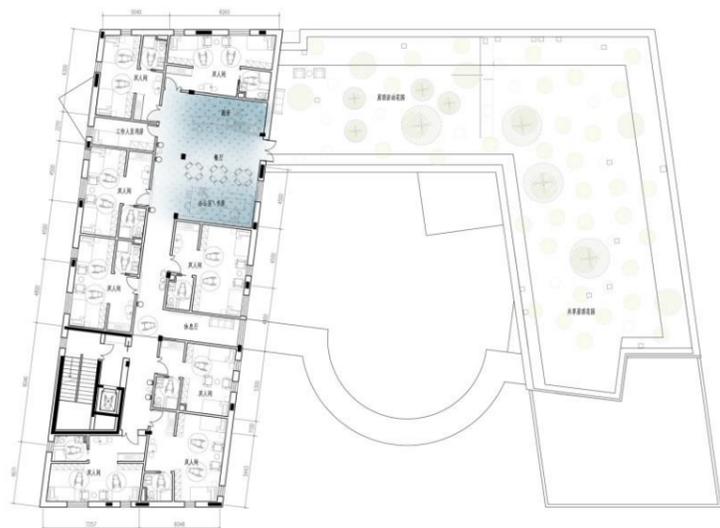
总平面图 1:500  
SITE PLAN 1:500



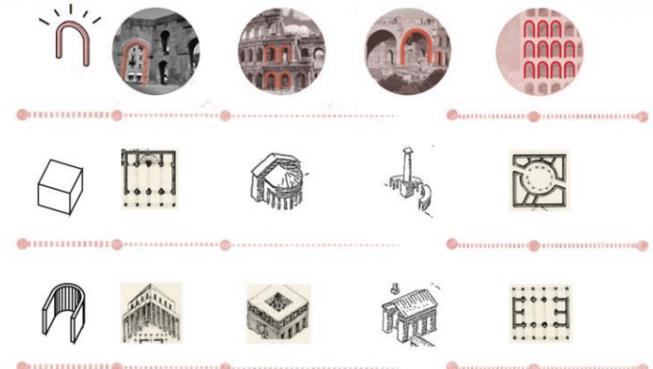
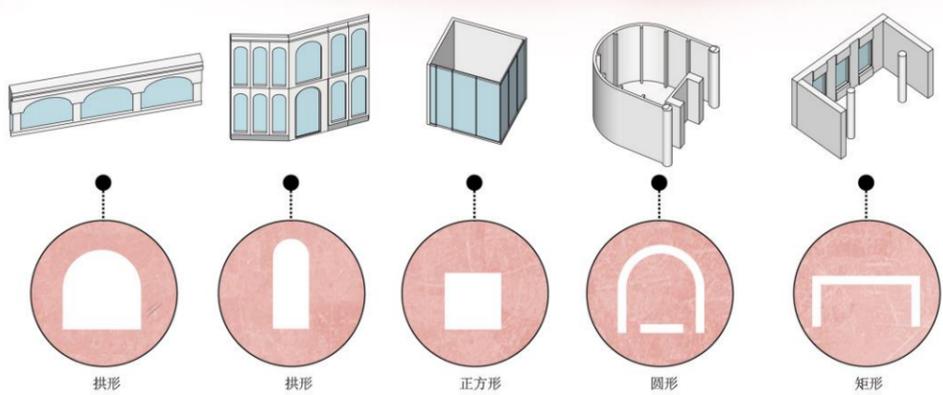
一层平面 1:100  
GROUND FLOOR PLAN 1:100



二层平面 1:200  
FIRST FLOOR PLAN 1:200



三层平面 1:200  
SECOND FLOOR PLAN 1:200

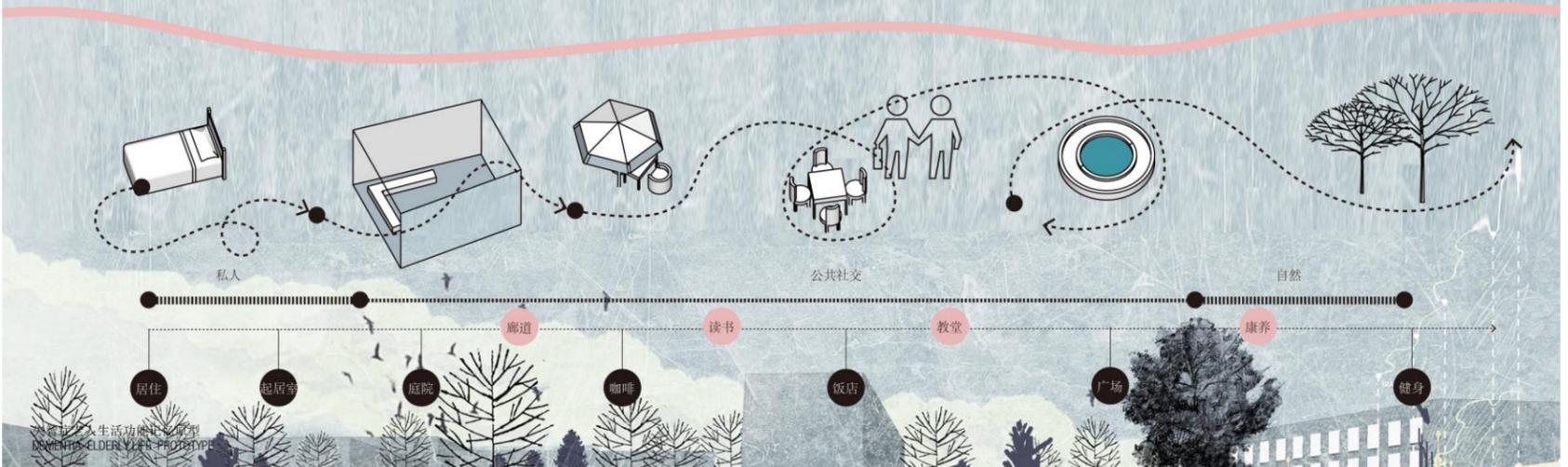
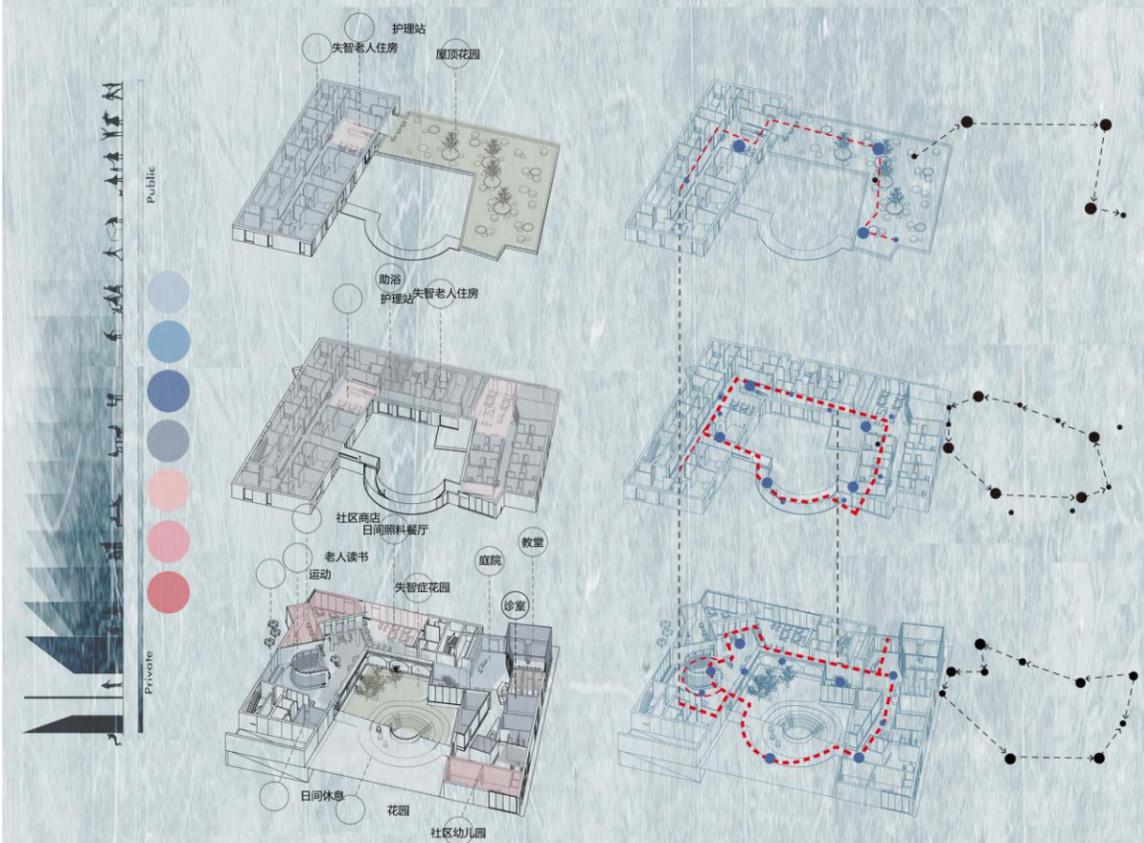


空间记忆原型  
SPACE PROTOTYPE



功能组织与私密性分级布置

交通组织与节点引导





失智老人原型空间节点  
 DEMENTIA ELDERLY SPACE PROTOTYPE DESIGN



弧形回游走廊  
 9



中央厨房  
 10



屋顶花园  
 11



失智老人个性化房间  
 12



五感治疗室  
 8



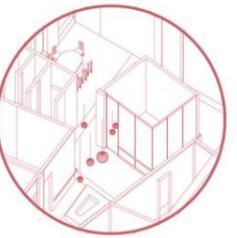
圆形下沉小广场  
 7



社区图书馆  
 6



社区小广场  
 5



街角小立面  
 教堂多功能活动  
 1



住宅中庭  
 2



拱廊  
 3



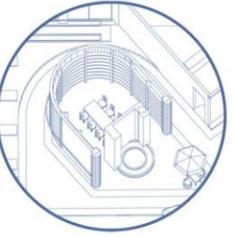
咖啡座与日间照料餐厅  
 4



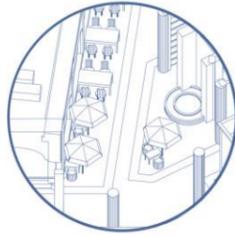
街角小立面  
 教堂多功能活动  
 1



住宅中庭  
 2



拱廊  
 3



咖啡座与日间照料餐厅  
 4



街角小立面  
 教堂多功能活动  
 1



住宅中庭  
 2



拱廊  
 3



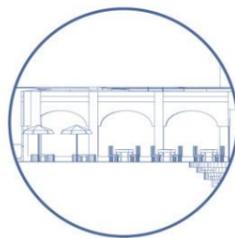
咖啡座与日间照料餐厅  
 4



街角小立面  
 教堂多功能活动  
 1



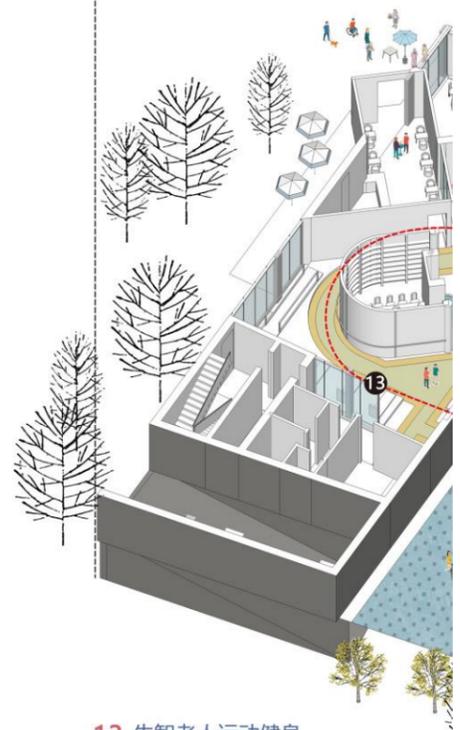
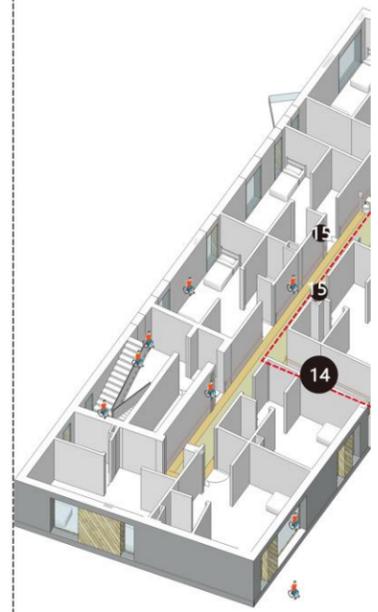
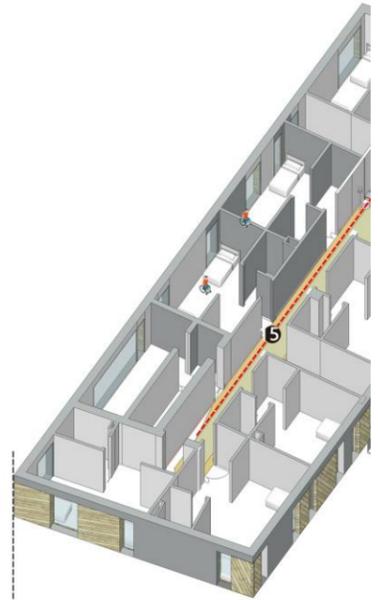
住宅中庭  
 2



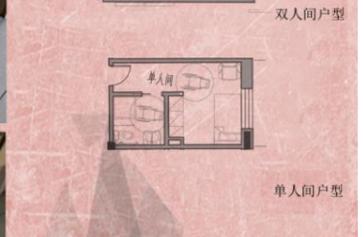
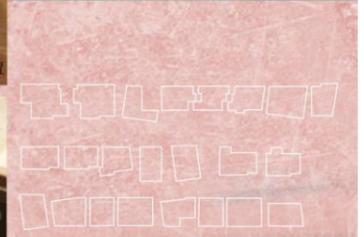
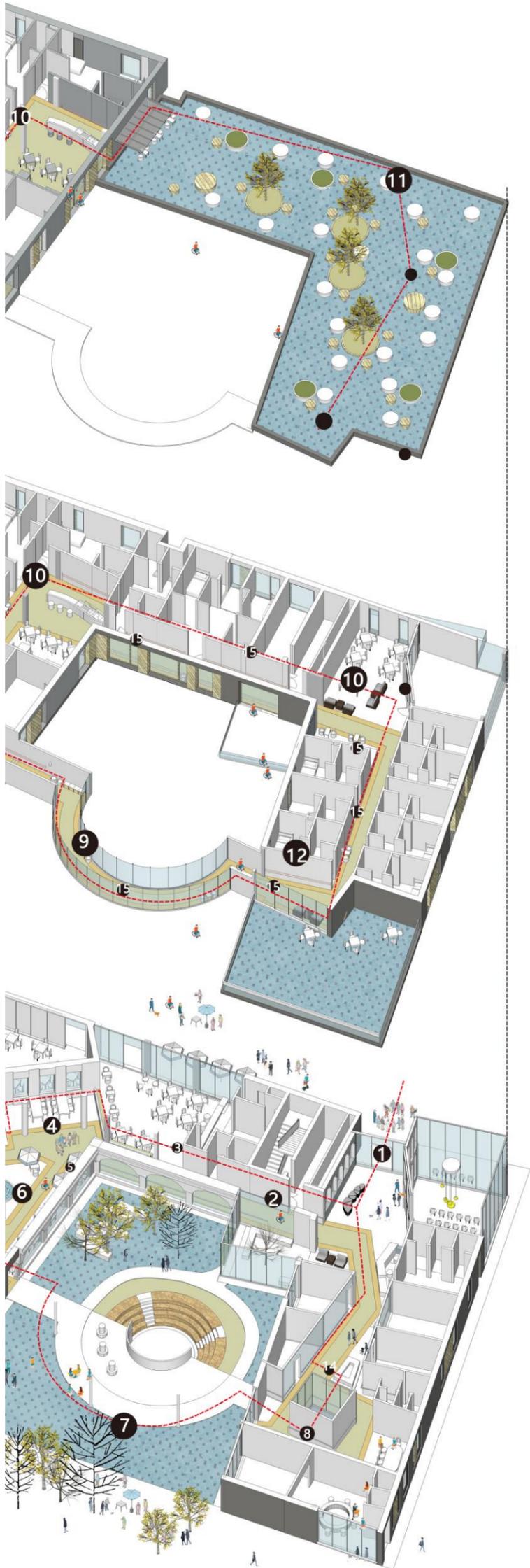
拱廊  
 3



咖啡座与日间照料餐厅  
 4

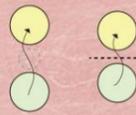


13 失智老人运动健身  
 14 休息厅  
 15 记忆唤起场景节点布置

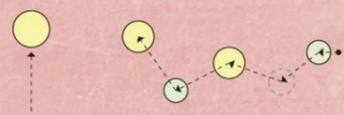




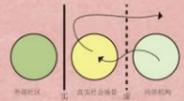
意大利针对失智症的功能配置策略与组织管理策略，更强调从“以人为本”的角度出发。在建筑设计“去机构化”，以期营造出轻松温馨的空间氛围。在空间中的非药物治疗以“记忆唤起”为核心，即意大利失智社区老年中心通过各个空间的组织，以失智老人的记忆“原型”为核心，通过多种空间设计手法唤起老人的记忆。对待失智老人设计的“日常化”，就是在尊重失智老人的行为特征退化的现实，但积极为失智老人提供真实、日常而熟悉的生活环境，保证失智老人不脱离原有生活环境和社交网络，更加有利于提高失智老人的生活质量。



次空间的设计



路径景观节点的引导



边界的虚与实



内部店铺形成针对失智老人的虚界面



公共空间分级布置“记忆唤起”原型

无障碍系统的设计

五感系统的设计



1-1剖面图 1:150  
1-1 SECTION 1:150



南立面图 1:150  
SOUTH ELEVATION 1:150

## 附录 B 调研机构

1. 意大利米兰 Abbiategrasso 老年中心  
Golgi Institute - Piazza Samek >5 Abbiategrasso Milano, 348 7924566, Prof. Vitali Silvia
2. 意大利米兰 Villaggio Amico 老年中心  
<https://www.villaggioamico.it/centro-alzheimer/>  
21040 Gerenzano VA – Italy, Milano Via Stazione 5-21040 Gerenzano(VA)  
Dott.ssa Marina Indino (Direttore Generale Area Tecnica)  
Phone 0296489496  
Mail [accoglienza@villaggioamico.it](mailto:accoglienza@villaggioamico.it)
3. 米兰 GERIATRICO 社区老年中心  
Via Tracia 63, Milano
4. 米兰 GIOLLI 社区老年中心  
Via Giolli 29, Milano
5. 米兰 I Delfini CDI 社区老年中心  
Via Tracia 2, Milano  
<http://www.paloma2000.it/cdi-i-delfini/cdi.idelfini@paloma2000.it>  
Phone 39 02 29536073

感谢各机构对本文调研的帮助，感谢 Marco 教授的引荐。

文中所涉及的机构信息及图片均来自于笔者在机构现场调研，及机构官方网站上的公开资料，图片版权归机构与笔者所有。

## 个人简历、在学期间发表的学术论文与研究成果

### 个人简历

1991 年 8 月 26 日出生于河南省南阳市。

2010 年 8 月考入西安交通大学大学建筑系，2015 年 7 月本科毕业并获得建筑学学士学位。

2015 年 9 月保送进入清华大学建筑学院攻读建筑学硕士专业至今。

2016 年 9 月-2017 年 9 月赴意大利都灵理工大学攻读建筑学双学位。

### 发表的学术论文

- [1] 清华大学——体制外的居住设计 STUDIO, 2015 年 9 月-2016 年 1 月
- [2] 清华大学-波多黎各大学——五校联合设计 STUDIO, 2016 年 3 月-6 月
- [3] 参与清华大学自然科学基金项目项目, 失智老人护理机构的类型体系及空间环境设计研究(51378273), 完成第 4 章, 意大利失智老人护理机构的设计策略与组织理念, 2017 年 10 月-2018 年 2 月
- [4] 参与 ODESSA WP4 居住环境的适老化联合研究, 撰写论文, 当前中国智能居家养老的发展壁垒初探, 2015 年 1 月至今
- [5] 范若冰, 周典. 低层高密度城市历史街区的低碳化更新策略探索——记 LCDBC2014 国际大学生建筑设计大赛[J]. 华中建筑, 2016(5):107-110.
- [6] 范若冰, 李红艳, 袁栋. 基于 Ecotect 的历史街区生态微气候调查研究——以西安三学街历史文化街区为例[J]. 华中建筑, 2016, 34(6):100-105.