

PROGETTO DI RSA E DI ALLOGGI INNOVATIVI PER ANZIANI

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

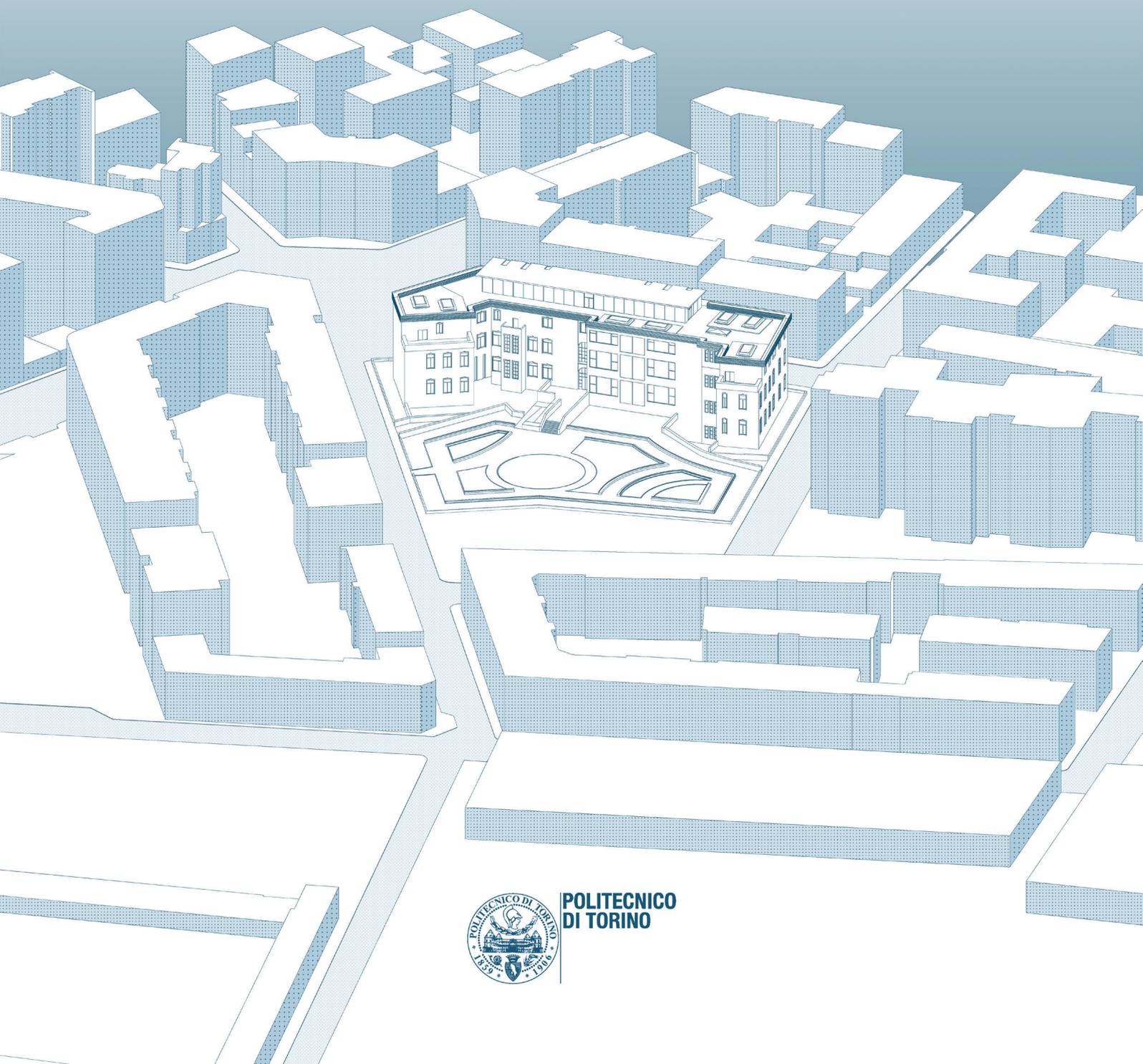
POLITECNICO DI TORINO

Anno accademico 2017/2018

Relatore:
Prof.ssa Gabriella Peretti

Corso di Laurea Magistrale
in Architettura per il Progetto Sostenibile

Candidato:
Mattia Turnu



**POLITECNICO
DI TORINO**

POLITECNICO DI TORINO

Corso di Laurea Magistrale
in Architettura per il Progetto Sostenibile

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

PROGETTO DI RSA E DI ALLOGGI INNOVATIVI PER ANZIANI

RELATORE:

Prof.ssa Gabriella Peretti



CANDIDATO:

Mattia Turnu

A.A. 2017/2018



INDICE

	Pagina
INTRODUZIONE	6
CAPITOLO 1: LA CONDIZIONE ANZIANA	9
L'ANZIANO E L'INVECCHIAMENTO	10
- Differenze tra uomo e donna e il rapporto anziano tempo	12
- I bisogni degli anziani	13
- Il rapporto dell'anziano con lo spazio	14
- Gli interessi e la propria storia	15
- La salute	16
- Le relazioni con la famiglia	17
- Dati relativi alla terza età	18
- Differenze territoriali in Italia sull'invecchiamento	19
- La non autosufficienza	20
- I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	21
CAPITOLO 2: LE RSA	25
LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	26
- I requisiti di una RSA	30
- Come si articolano gli spazi funzionali	31
- Il NAT	33
- Le caratteristiche del nucleo abitativo	34
- Le aree funzionali del nucleo abitativo	36
- I servizi e gli spazi di vita collettiva	37
- I servizi sanitari	39
- I servizi generali	42
LE RESIDENZE PER ANZIANI	43
- Le cellule abitative e i mini-appartamenti	43
- Le case famiglia	44
- Le case di riposo	44
- Le case protette	45
- Le case albergo	45
CAPITOLO 3: CASI STUDIO E DIFFERENZE TERRITORIALI	47
LE DIFFERENZE TERRITORIALI	48
- Indice dei casi studio analizzati	51
- Tuvvagen	52
- Peter Rosegger nursing home	58
- Nursing and retirement home by Dietger Wissouning Architekten	62
- Monconseil retirement home	68
- Elderly residential home by AZC	72
- Residence Alice Guy	78

	Pagina
- Nursing home Willibrord	86
- Retirement home Meier	90
- RSA Dina Gandini	96
- Centro asistencial Santa Ana	102
- Residencia geriátrica Mas Piteau	106
- Considerazioni finali sui casi studio	114
CAPITOLO 4: L'UMANIZZAZIONE DEGLI SPAZI	119
SIGNIFICATO DI UMANIZZAZIONE	120
LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DI AMBIENTI UMANIZZATI	122
- Raccomandazioni progettuali per le camere	123
- Raccomandazioni progettuali per gli spazi esterni	126
- Raccomandazioni progettuali per le sale comuni	128
CAPITOLO 5	
L'ASTANTERIA MARTINI: STATO DI FATTO E PROPOSTA PROGETTUALE	133
INDAGINI PRELIMINARI	134
- Cenni storici	134
- Analisi urbana	135
- Stato di fatto	140
IL PROGETTO	144
- Le ipotesi progettuali	144
- La proposta progettuale e l'umanizzazione degli spazi	146
ANALISI TECNOLOGICA	169
- Sistema costruttivo dell'ampliamento	169
LIVELLO DI UMANIZZAZIONE DEGLI SPAZI	177
CONCLUSIONI	180
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	182
RINGRAZIAMENTI	184

INTRODUZIONE

La presente tesi affronta la tematica dell'architettura socio-sanitaria. L'obiettivo finale che si pone la tesi è la presentazione di una proposta progettuale di una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) in seguito al recupero di un manufatto storico. L'edificio ha un passato nell'ambito sanitario, quale l'Astanteria Martini, sita a Torino nel quartiere Barriera di Milano, nell'incrocio tra Via Francesco Cigna e Via Cuneo. Oltre alla RSA, l'ultimo piano dell'edificio lo si è voluto destinare a degli alloggi per anziani.

Le RSA sono strutture socio-sanitarie di carattere non ospedaliero, che offrono la possibilità di ospitare a tempo indeterminato persone afflitte dalla mancanza di autosufficienza e/o che hanno bisogno di particolari cure da parte di medici e infermieri, il tutto in un contesto il più possibile di tipo domestico, così da favorire la socializzazione tra i pazienti garantendo allo stesso tempo riservatezza.

L'idea di portare avanti questa tematica sorge da una particolare curiosità legata al campo dell'architettura sanitaria che è nata durante il primo anno del presente Corso di Studi, in cui veniva richiesta agli studenti la progettazione di residenze private per anziani e di una Casa della Salute. L'Astanteria Martini possiede una storia particolare: la struttura viene progettata nel 1920, su un lotto avente come proprietario il professor Enrico Martini, che prevedeva nei disegni un prospetto di tre piani fuori terra, con l'ultimo adibito a dormitorio. L'edificio vede la propria inaugurazione il 5 maggio 1923 con denominazione Astanteria Municipale Martini, con l'intenzione di agevolare una zona prevalentemente industriale nelle operazioni di pronto soccorso. Passato in gestione nel corso degli anni prima al Comune e poi all'Ospedale Giovanni Bosco, si costruisce al suo posto una Nuova Astanteria Martini, inaugurandola nel 1961, l'edificio vede la propria chiusura nel 1997, con il trasferimento dei vari reparti presso l'Ospedale Giovanni Bosco, fino alla totale inutilizzazione, a partire dal 2003.

Ad oggi l'edificio si presenta totalmente dismesso e circondato da un'aria degradata, utilizzata come dimora da parte di senzatetto e tossici. Sono state proposte nel corso degli anni le più svariate idee per il recupero dell'Astanteria, tra cui, appunto, quella della sua trasformazione in una struttura socio-sanitaria.

Dato un certo livello di complessità, la presente tesi è stata organizzata in due parti suddivise in cinque capitoli. La prima parte è stata sviluppata in seguito a varie fasi di studio e di ricerca che ponessero le basi per la progettazione dell'intervento di recupero dell'edificio in questione; la seconda parte presenta la proposta progettuale dell'intervento, sviluppato con l'intenzione di rendere gli spazi il più umanizzati possibili e valorizzando la socializzazione tra gli ospiti della struttura. Il primo capitolo affronta il tema della condizione anziana, analizzando la figura dell'anziano, gli aspetti psicologici che lo contraddistinguono ed i dati statistici relativi al nostro Paese.

Il secondo capitolo si occupa di approfondire il tema delle RSA, illustrandone lo sviluppo in Italia e la normativa che offre le basi per la loro progettazione.

Il terzo capitolo è incentrato su come il tema degli edifici socio-assistenziali viene affrontato diversamente in Europa a seconda della zona geografica, e sulla presentazione di alcuni casi studio e sulle differenze territoriali che li caratterizzano.

Il quarto capitolo affronta il tema dell'umanizzazione, illustrandone il significato e le raccomandazioni progettuali necessarie alla progettazione di ambienti umanizzati.

Infine, il quinto capitolo presenta la proposta progettuale di recupero dell'edificio.

CAPITOLO 1

La condizione anziana



L'ANZIANO E L'INVECCHIAMENTO

“La vecchiaia è il prodotto del proprio passato”. Questa definizione, presente nel libro “Tempo di scelte. Bisogni, opportunità, servizi per gli anziani”, di Lia Bolocan Parisi, viene spiegata annunciando che a varie storie individuali rapportate all’utilizzo del proprio potenziale intellettuale, corrispondono varie possibilità di funzioni e di stili di vita, aspetti questi che dipendono fortemente dalle esperienze e dalle relazioni instaurate nel corso di una vita, a partire dall’età infantile, e dallo stato di salute.

Ogni anziano è il risultato tra l’integrazione del proprio essere biologico e il suo essere psicologico e culturale, sottolineando dunque che l’età non presenta dei cambiamenti sempre uguali per tutti ma che vi sono vari fattori che incidono su determinate modificazioni.

Vi è una forte differenza tra il diventare e il come si diventa anziani, ossia raggiungere un’età avanzata; questo non è altro che un processo vitale caratteristico dei popoli più forti e dovuto allo sviluppo delle società, che risultano essere sempre più numerose nel mondo, ma non caratteristico di quelle ancora sottosviluppate e in cui si registra un elevato tasso di mortalità. Il problema tuttavia non è caratterizzato dal fatto di dover invecchiare, cosa che non è evitabile da nessun essere vivente, ma semmai dal fatto di essere in quella fase della vita in cui si cessa di essere produttivi. Ciò non avviene in egual modo in tutte le parti del mondo ma varia in base a diversi fattori tra cui sicuramente quello economico ma anche quelli culturale, sociale e ambientale. Basti pensare che in alcune delle antiche società gli anziani erano i più saggi, i protettori delle conoscenze e delle tradizioni più care e avevano il potere di tramandarle alle generazioni future.

In seguito all’urbanizzazione la famiglia ha acquistato dei ritmi innaturali che spesso si trovano in contrasto con le esigenze dei più deboli, creando un contrasto e un clima di conflitto tra i membri di diverse generazioni e la progressiva emarginazione di chi, come gli anziani, non è più in grado di partecipare al circolo produttivo su cui si fondano le varie società odierne. Il possedere un ruolo all’interno della società risulta essere un elemento importante nella formazione dei nostri sensi di identità e autostima e sulla considerazione che le altre persone possiedono di noi. Di conseguenza, la grande importanza attribuita alla produttività non può che gravare su chi è costretto a uscire da questo circolo, determinando una pesante caduta di significato sociale. A conferma di ciò si sottolinea come al giorno d’oggi si fa coincidere il momento del ritiro dalla vita attiva con l’inizio della vecchiaia. Tra tutti i vari avvenimenti che determinano il passaggio dall’età adulta all’età avanzata questo è uno dei più significativi; risulta abbastanza chiaro quindi come le persone vengano valutate non per quello che sono ma quello che producono, possiedono e consumano, e la maggior parte degli anziani non produce più.

L’invecchiamento, e le trasformazioni che esso comporta sia a livello fisico che sensoriale, producono una inevitabile crisi nella percezione della propria identità; le modalità con cui si reagisce ai



Fonte: <http://radio9digital.net/wp-content/uploads/2013/10/podemos-ser-mayores-sin-ser-viejos-radio-9-digital.jpg>

cambiamenti morfologici e funzionali del proprio corpo possiedono un ruolo fondamentale all'interno del processo di accettazione della vecchiaia. Ciò varia a seconda sia delle condizioni mentali che dalle storie individuali che caratterizzano ciascuno, legate a diversi condizionamenti come lo stile di vita o le differenze culturali.

Sono state condotte numerose indagini psicologiche riguardo ai modi in cui i soggetti anziani percepiscono sé stessi e ciò che li circonda e la soddisfazione che provano verso il tempo che trascorrono in questa fase della loro vita; in seguito agli studi è stato dimostrato che il grado di istruzione posseduto influenzi in maniera determinante gli atteggiamenti delle persone anziane: più esso risulta elevato e più è facile che essi accettino la loro condizione di vecchiaia. Un elemento ritenuto costante è tuttavia il modo personale di pensare e di percepire se stessi e la realtà esterna, a sua volta influenzato da come questa e gli altri percepiscono il soggetto; a questo proposito si possono distinguere due stili principali: uno si riferisce alle persone più condizionate dall'ambiente che li circonda e quindi che necessitano un maggior aiuto esterno, l'altro comprende le persone più autonome emotivamente, capaci di affrontare situazioni ambigue senza avere bisogno di specifici aiuti. Questi due stili possono adattarsi in base a quanto riescono a organizzare il bisogno che tutti hanno di esprimersi; coloro che appartengono al primo stile si adattano grazie anche alla forza che attingono dall'aver rapporti affettivi e di altro genere, mentre gli altri grazie alla possibilità di usufruire di libertà e autosufficienza. Vari studi hanno sottolineato come comunque, indipendentemente dalle personalità, gli anziani si percepiscono diversamente a seconda che vari elementi oggettivi incidano fortemente su di loro, come la salute, lo status, l'ambiente in cui si vive, i rapporti con altre persone, la condizione economica.

DIFFERENZE TRA UOMO E DONNA E IL RAPPORTO ANZIANO-TEMPO

In seguito ad alcuni studi sono state rilevate numerose differenze tra uomo e donna nella vecchiaia. Innanzitutto è stata appurata la maggior longevità della donna, giustificabile per via di vari aspetti. Le donne dimostrano un desiderio maggiore nell'avere contatti con i parenti stretti, specie i figli, in particolare quelle donne che non hanno mai lavorato e che non hanno mai avuto possibilità di socializzare al di fuori del contesto casalingo.

Passando agli aspetti sociali derivanti dalle professioni esercitate le donne attribuiscono maggior importanza a questo aspetto, rispetto ai coetanei del sesso opposto, a prescindere che lavorino ancora o meno, mentre gli uomini risultano più interessati all'autorealizzazione.

Anche sul grado di soddisfazione rispetto alla vita trascorsa, le donne hanno avuto poche opportunità di stringere amicizie e problemi che hanno impedito loro di soddisfare le proprie aspettative di vita; per esempio, molte donne hanno mostrato insoddisfazione nella mancanza di possibilità di intraprendere gli studi a causa delle scarse condizioni economiche o anche per il ruolo di vice-madre dei fratelli più piccoli, assunto per obbligo morale.

Le donne risultano più attive anche se in una sfera individuale e affrontano meglio la malattia, la vecchiaia e la morte; ciò è dovuto probabilmente al minor condizionamento culturale, in quanto più legate ai rapporti familiari che a quelli sociali.

Sicuramente comune sia agli uomini che alle donne durante la vecchiaia è il rapporto con il tempo, assai differente rispetto a una persona più giovane. Il giovane ha davanti a sé una grande quantità di futuri e possibilità, mentre l'anziano sa chi è diventato e ha già fatto tante scelte necessarie che lo hanno portato ad essere quello che è nel suo presente. Il peso del passato risulta notevolmente maggiore e risulta legato alla consapevolezza circa il futuro ormai ridotto. Solitamente il passato è una dimensione fondamentale per l'anziano ma, quando si ha a che fare con persone più fragili, esso è la dimensione in cui trovano rifugio poiché risulta essere qualcosa di conosciuto per quanto possa essere stato positivo o negativo; per questo motivo, le persone anziane che sono state più fortunate o più sane percepiscono maggiormente il presente, così come avviene in età infantile, in cui il futuro non rappresenta un punto di riferimento, poiché ciò che si progetta deve essere possibile subito.

Il contesto in cui l'anziano trascorre i suoi ultimi anni risulta particolarmente importante: se un anziano non risulta essere colpito gravemente da una malattia, il contesto incide fortemente sulla qualità della sua vita. Obbiettivamente il suo tempo è ridotto ma risulta maggiormente libero.

È compito della società aiutare l'anziano a trascorrere gli ultimi anni della sua vita impegnato e, ovviamente, non in solitudine, "attivo".

I BISOGNI DEGLI ANZIANI

Lo sviluppo della società capitalista ha portato alla formazione di un'organizzazione, che è determinata da una forte divisione tra il tempo dedicato alla formazione, alla produzione e al riposo, e dalla nascita di un bisogno sempre più forte di riconoscimento dei diritti di tutti, evitando l'emarginazione. L'effetto negativo che ciò ha portato agli anziani è stata una riduzione del loro significato sociale, nonostante abbiano potuto assistere a un netto miglioramento delle loro condizioni di vita. Oggi si è d'accordo nell'affermare che, per poter svolgere una vita dignitosa, formazione, lavoro e riposo si integrino alternandosi reciprocamente, ovviamente con equilibri differenti a seconda della fase della vita; il fatto che la tecnologia e la scienza si evolvano così rapidamente al giorno d'oggi, porta l'uomo ad avere bisogno di un tempo continuo di formazione, che non può solamente essere limitato ai primi anni di vita.

Una caratteristica fondamentale dell'uomo, in ciascuna età della sua vita, è il bisogno di sentirsi in stretto rapporto con l'ambiente in cui vive; questo permette all'uomo di ottenere uno "status", ossia una posizione che lo collochi all'interno dell'ambiente sociale. Nel caso dell'anziano, dal momento che non potrà più essere la sua occupazione lavorativa a portargli uno status, è necessario che subentrino altre opportunità che diano loro la possibilità di poter compiere delle scelte e di prendere decisione autonomamente. Gli anziani hanno anche l'importante bisogno di relazionarsi con l'ambiente circostante e legarsi ad altre persone e con loro compiere azioni.

Il fatto che negli anziani si riscontrino spesso atteggiamenti di tipo egocentrico rappresenta una sorta di risposta a situazioni disagiate che possono derivare da difficoltà nell'essere amati, riconosciuti e rispettati. Ogni persona ha il bisogno di interessarsi a cose che stanno al di fuori, di sentirsi importante per esse e che esse siano importanti per lui. Questi rappresentano alcuni dei bisogni più forti che fanno parte della natura umana. Quando un anziano non riceve riscontri dagli altri, quando le richieste che vengono fatte non tengono minimamente conto della sua personalità o se l'anziano riscontra indifferenza e rifiuto, ciò porta ad alimentare nei confronti degli altri diffidenza, rancore e ostilità e usa come metodo di difesa il rinchiudersi in sé stesso. Se per una persona adulta il tempo libero è solo una piccola parte del suo tempo, occupato per lo più dal lavoro, per l'anziano esso lo comprende quasi tutto.

IL RAPPORTO DELL'ANZIANO CON LO SPAZIO

A seconda dell'età in cui vive il rapporto dell'uomo con lo spazio varia sensibilmente. Da bambino esso risultato predeterminato, in quanto non è libero di scegliere dove stare né come deve essere, accettando gradualmente ciò che gli si presenta, prima con la fantasia e poi con la presa di coscienza imparando a conquistare i suoi spazi. Da giovane l'istinto dell'esplorazione risulta notevolmente sviluppato, aumentando il desiderio di affrontare sempre nuove sfide ed esperienze. Da adulto, nonostante permanga il voler conoscere e scoprire posti nuovi, sorge il bisogno di stabilizzarsi e di organizzarsi in una dimora che rispecchi i propri bisogni e desideri. Una volta anziano e abbandonando l'attività lavorativa sorge il bisogno di riformulare il rapporto con l'ambiente circostante, ricercando uno spazio comodo e confortevole in particolare dal punto di vista di rapporti familiari mutati e condizioni di salute più fragili.

Gli anziani tendono a voler trascorrere il loro tempo in spazi a loro comuni, affrontando negativamente lo sradicamento da questi che li porta a cambiare ambiente per necessità, a meno che non si tratti di una scelta personale o di una situazione temporanea. Per gli anziani, come per i bambini e i ragazzi, il loro quartiere o paese risultano essere la dimensione spaziale preferita, in quanto ambiente conosciuto, amichevole, in cui in caso di necessità si può contare su rapporti che li portano a sentirsi meno isolati; ecco perché la casa è ritenuta un bisogno fondamentale dall'anziano, dal momento che gran parte delle ore della sua giornata vengono svolte al suo interno.

La casa deve possedere alcune caratteristiche affinché l'anziano possa usufruirne felicemente: è fondamentale che l'anziano viva all'interno di spazi personalizzati in cui vi possa conservare oggetti o arredi a lui cari e in cui possa affrontare al meglio il suo tempo libero svolgendo le sue attività preferite. Per di più, al di là delle caratteristiche funzionali e formali, il luogo in cui si vive rappresenta uno spazio in cui l'anziano proietta sé stesso e i propri bisogni, che sono di benessere e socializzazione, ma anche di memorie e ricordi. È compito poi delle istituzioni rendere questi ambienti privi di barriere architettoniche e funzionali alle sue esigenze.

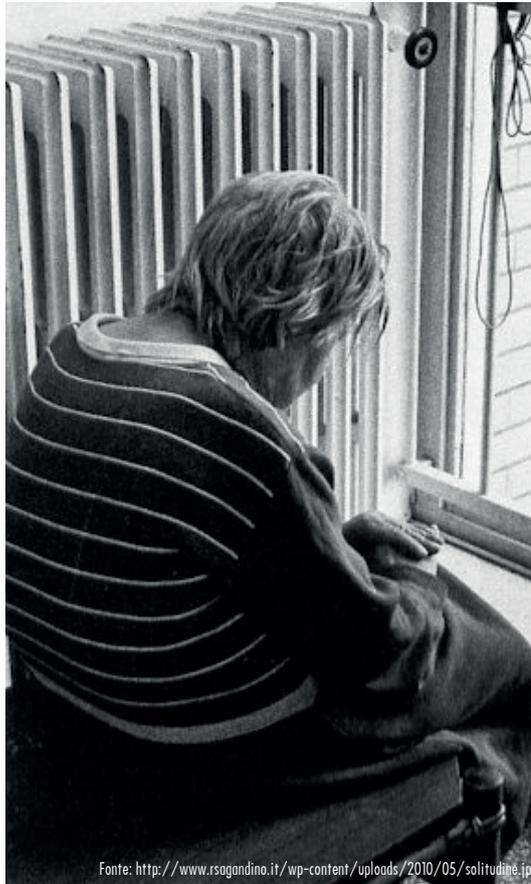
Molti anziani possiedono la propria dimora all'interno dei centri storici, in case vecchie e poco funzionali, aumentando la loro condizione di isolamento, che aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età. Il bisogno di autonomia si scontra con il problema dell'abitare in luoghi non idonei, facendo diventare la persona anziana sempre più dipendente dagli altri.



GLI INTERESSI E LA PROPRIA STORIA

Dal momento che una persona si trova in età lavorativa, i suoi interessi risultano influenzati particolarmente dalla professione svolta e da ciò che vuole cambiare o mantenere. Il lavoro è percepito come l'attività con più valenze sociali, nonostante il tempo libero occupi anche più spazio. Gli anziani non solo amano svolgere attività ma vogliono vedere i risultati del loro impegno e sentirsi considerati, dato che la loro motivazione a rimanere occupati può ricollegarsi al voler far riconoscere una qualche loro abilità o alla possibilità di fare qualcosa di nuovo che li porti a provare sensazioni nuove. Ciò avviene poiché gli interessi non risultano essere innati ma spesso collegati a esperienze positive e magari già realizzate ma possono sorgere se sviluppati all'interno di un contesto creativo. Gli interessi sono importanti dal momento che determinano il comportamento delle persone, ne motivano la vita e bisogna impedire che si riducano.

Ecco perché, chi si occupa degli anziani, deve provvedere al riconoscimento dei loro interessi e alla loro stimolazione, accompagnando l'inter-



Fonte: <http://www.rsagandino.it/wp-content/uploads/2010/05/solitudine.jpg>

se con l'incoraggiamento e il sostegno. Un ulteriore aiuto a ridurre le resistenze psicologiche degli anziani, meno inclini a provare esperienze nuove, è quello di proporle all'interno di un gruppo e non individualmente poiché in compagnia si collabora.

Un ulteriore fattore da non sottovalutare è il livello di istruzione degli anziani che determina vari interessi e bisogni. Il possesso di un buon grado di istruzione, e quindi di conoscenze culturali, influenza fortemente il modo di affrontare la vita e i problemi che essa pone dinanzi a lei, la maniera in cui si sfrutta il tempo libero e il grado di conoscenza di sé stessi e della propria condizione.

Il tempo libero tra l'altro è una risorsa che viene valutato diversamente a seconda di alcune variabili di tipo soggettivo o sociologico. Da questo punto di vista si hanno varie differenze tra uomo e donna. Gli uomini, il più delle volte, sviluppano il loro tempo libero in un contesto esterno alla famiglia, mentre le donne lo passano in un ambiente più familiare. Chi durante la fase produttiva della propria vita ha sviluppato interessi come le letture, interessi legati al divertimento o incontri con amici tende a conservarli anche durante la vecchiaia. Per questo motivo è difficile convincere un anziano ad affrontare nuove "sfide" o esperienze se durante la sua vita non ha coltivato questo tipo di atteggiamento.

LA SALUTE

Vengono considerate anziane sia le persone sessantenni che entrano nella “terza età”, pienamente autosufficienti, sane e appena pensionate, sia le persone ultrasessantenni con condizioni fisiche diverse, spesso non autosufficienti sia fisicamente che psicologicamente. Ciò che è importante è imparare a riconoscere ed accettare le diverse modalità presenti in ciascuna età e prendere ciò che di positivo esiste in ogni fase della nostra vita.

I bisogni legati al tempo libero variano a seconda dell'età e con l'invecchiamento ma la cosa più importante è il riconoscimento delle proprie risorse. Per questo chi ha sempre svolto attività che amava fare, e risulta poi impossibilitato dalla vecchiaia nel loro sviluppo e svolgimento, non per questo smetterà di amarle e desiderarle. Molti studi sottolineano forti connessioni tra lo stato di salute fisica e la tranquillità mentale. La salute dell'anziano non è caratterizzata dall'assenza di malattia ma dalla conservazione di uno stato di autosufficienza: più una persona si sente realizzata e meno si ammala. Molti degli acciacchi fisici si fanno più gravosi col passare degli anni anche a causa di richieste inesprese di aiuto morale, di socializzazione, di affetto, e richieste di tipo psichico che non vanno ignorate poiché possono portare al peggioramento della malattia. Tutto questo, legato soprattutto a un discorso legato al recupero, è necessario svilupparlo anche all'interno di ospedali o case di riposo, in cui l'aspetto legato alla socializzazione e alla relazione con gli altri può aiutare a superare ed affrontare meglio la malattia e condizioni fisiche o psichiche spesso irrecuperabili.

LE RELAZIONI CON LA FAMIGLIA

Esistono vari tipi di nuclei familiari tra gli anziani. Vi è il nucleo costituito dalla coppia anziana, compagni di tutta una vita: esso rappresenta un nucleo forte, molto autonomo ma che presenta difficoltà nel relazionarsi con gli altri, in quanto i due coniugi si fanno rispettivamente compagnia e si aiutano a vicenda. Un altro nucleo è quello costituito da un vedovo, o una vedova, che ha perso il proprio partner e continua a vivere nella loro casa; essa rappresenta per molti una scelta obbligata col passare degli anni e spesso non è accettata con tranquillità. Il terzo tipo di nucleo familiare è quello rappresentato dalla famiglia allargata, oggi però sempre meno presente, in cui l'anziano, o gli anziani, vivono con i propri figli che a loro volta hanno messo su famiglia e rappresentando, per certi versi, le vesti dell'ospite, a differenza dei tempi antichi in cui invece l'anziano era considerato il "capofamiglia" e il più saggio di tutti. Il quarto e ultimo tipo di nucleo non è molto usuale e rappresenta le convivenze tra amici, difficile in età anziana in quanto non si ha la pazienza e la voglia di mediare con altre persone le abitudini avute in un'intera vita.

Sicuramente la cosa principale per l'anziano è il bisogno di affetto e protezione, che si sviluppa vivendo con persone conosciute e amate in un ambiente domestico familiare. Il fatto di appartenere a un nucleo familiare ben preciso ti identifica e ti permette di prendere una posizione ben chiara all'interno della società. Ovviamente succede che questo nucleo si frantumi nel momento in cui viene a mancare un coniuge o quando i figli formano una famiglia tutta loro, portando l'anziano a passare un periodo di ricostruzione del proprio nucleo familiare. Sempre più persone, che si sono ritrovate sole, hanno il desiderio di instaurare contatti con persone per formare nuovi rapporti di amicizia.



DATI RELATIVI ALLA TERZA ETÀ

A seconda dell'età in cui vive il rapporto dell'uomo con lo spazio varia sensibilmente. Da bambino esso risultato predeterminato, in quanto non è libero di scegliere dove stare né come deve essere, accettando gradualmente ciò che gli si presenta, prima con la fantasia e poi con la presa di coscienza imparando a conquistare i suoi spazi. Da giovane l'istinto dell'esplorazione risulta notevolmente sviluppato, aumentando il desiderio di affrontare sempre nuove sfide ed esperienze. Da adulto, nonostante permanga il volere di conoscere e scoprire posti nuovi, sorge il bisogno di stabilizzarsi e di organizzarsi in una dimora che rispecchi i propri bisogni e desideri. Una volta anziano e abbandonando l'attività lavorativa sorge il bisogno di riformulare il rapporto con l'ambiente circostante, ricercando uno spazio comodo e confortevole in particolare dal punto di vista di rapporti familiari mutati e condizioni di salute più fragili.

Gli anziani tendono a voler trascorrere il loro tempo in spazi a loro comuni, affrontando negativamente lo sradicamento da questi che li porta a cambiare ambiente per necessità, a meno che non si tratti di una scelta personale o di una situazione temporanea. Per gli anziani, come per i bambini e i ragazzini, il loro quartiere o paese risultano essere la dimensione spaziale preferita, in quanto ambiente conosciuto, amichevole, in cui in caso di necessità si può usufruire di rapporti solidali che li porta a sentirsi meno isolati; ecco perché la casa è ritenuta un bisogno fondamentale dall'anziano, dal momento che gran parte delle ore della sua giornata vengono svolte al suo interno.

La casa deve possedere alcune caratteristiche affinché l'anziano possa usufruirne felicemente: è fondamentale che l'anziano viva all'interno di spazi personalizzati in cui vi possa conservare oggetti o arredi a lui cari e in cui possa affrontare al meglio il suo tempo libero svolgendo le sue attività preferite. Per di più, al di là delle caratteristiche funzionali e formali, il luogo in cui si vive rappresenta uno spazio in cui l'anziano proietta sé stesso e i propri bisogni, che sono di benessere e socializzazione, ma anche di memorie e ricordi. È compito poi delle istituzioni rendere questi ambienti privi di barriere architettoniche e maggiormente funzionali.

Molti anziani possiedono la propria dimora all'interno dei centri storici, in case vecchie e poco funzionali, aumentando la loro condizione di isolamento, che aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età. Il bisogno di autonomia si scontra con il problema dell'abitare in luoghi scomodi, facendo diventare la persona anziana sempre più dipendente dagli altri.

All'altro estremo della graduatoria vi sono paesi dove il peso delle classi di età più giovani è maggiore. In assoluto è l'Irlanda il paese dove questo rapporto è più favorevole (56%), insieme tra gli altri a Polonia e Francia (94,7%) e Regno Unito (97,7%). Normalmente le ricerche e le politiche delle pubbliche istituzioni hanno trattato gli anziani come un'unica grande categoria, costituita da milioni di persone aventi in comune solo l'età o la condizione di pensionato, con la conseguenza di omogeneizzare condizioni diverse e disparate. Così si è insistito, sull'aiuto economico e sulla ospedalizzazione in appositi reparti, sui servizi di assistenza domiciliare e su quelli territoriali, ambulatori o semiresidenziali, sul prolungamento del termine per il diritto alla pensione o su modalità di conservazione in attività per le persone anziane.

Posti letto ospiti per tipologia di utenza e ripartizione geografica (*)

REGIONE	Presidi residenziali	Totale posti letto	Ospiti			Totale
			Minori	Adulti	Anziani	
Valori assoluti						
Nord Ovest	3.615	150.811	4.658	24.184	115.507	144.348
Nord Est	3.260	103.210	3.666	16.137	79.169	98.972
Centro	2.355	58.005	3.503	11.984	39.631	55.117
Sud	1.646	39.951	2.612	9.794	25.723	38.129
Isole	1.385	32.473	3.147	9.148	18.623	30.919
ITALIA	12.261	384.450	17.586	71.247	278.652	367.485
Tassi per 1000 residenti						
Nord Ovest	0,22	9,35	1,77	2,46	31,48	8,95
Nord Est	0,28	8,86	1,90	2,26	30,58	8,49
Centro	0,20	4,81	1,81	1,61	14,69	4,57
Sud	0,12	2,82	1,04	1,10	9,49	2,69
Isole	0,20	4,80	2,74	2,15	13,81	4,57
ITALIA	0,20	6,32	1,73	1,89	21,41	6,05

DIFFERENZE TERRITORIALI IN ITALIA SULL'INVECCHIAMENTO

L'invecchiamento della popolazione italiana è ritenuto un fenomeno complesso, soprattutto di tipo territoriale; infatti, non avviene uniformemente ma con sostanziali differenze fra Nord e Sud. Ciò è dovuto anche alla riduzione e al differente tasso di natalità, che comporta rilevanti ripercussioni sul piano sanitario, economico e sociale per i problemi derivanti dall'individuazione e dalla successiva soddisfazione dei bisogni mediante specifici servizi assistenziali e residenziali.

A rendere eterogeneo il quadro sull'invecchiamento della popolazione concorre in maniera determinante la forte differenziazione territoriale. Sebbene allargato a tutte le aree del Paese, il fenomeno è più pronunciato nel Centro-Nord, dove la percentuale di giovani fino a 14 anni si è andata ulteriormente riducendo, fino a raggiungere in media il valore del 13%.

Nel Mezzogiorno giovani e anziani sono numericamente in equilibrio, ma con una chiara tendenza verso un ulteriore processo di invecchiamento della popolazione.

Al 1 gennaio 2014, a livello regionale, è la Liguria (239,5%) a detenere l'indice di vecchiaia più elevato, come si registra ormai da anni, seguita da Friuli-Venezia Giulia (196,1%) e Toscana (190,1%). La Campania si conferma la regione con l'indice di vecchiaia più basso (109,4%) preceduta da Trentino-Alto Adige (125%) e dalla Sicilia (134,2%). Confrontando il valore dell'indice del 2002 con quello del 2014 vi sono 4 regioni che presentano variazioni negative – ovvero in cui l'indice di vecchiaia ha subito una diminuzione nel corso degli ultimi 12 anni – che vanno dal -0,9 dell'Umbria al -20,8 dell'Emilia-Romagna. A livello di ripartizione le variazioni sono sempre positive passando dal +3,2

del Nord-Est al +37,9 del Mezzogiorno. A livello nazionale la variazione dell'indice nell'intervallo 2002-2014 è pari a +22,4 punti percentuali. Le province con indice di vecchiaia più elevato si confermano essere ancora Trieste (248,9%), Savona (244,5%) e Genova (239,7%). Le province con l'indice di vecchiaia più basso sono quasi tutte collocate nel Sud Italia, in particolare Napoli (96,4%) e Caserta (98,1%) sono le uniche ad avere un valore dell'indicatore al di sotto della soglia di parità. La provincia di Bolzano con un valore pari a 115,8% è la provincia più giovane non appartenente al Mezzogiorno.

LA NON AUTOSUFFICIENZA

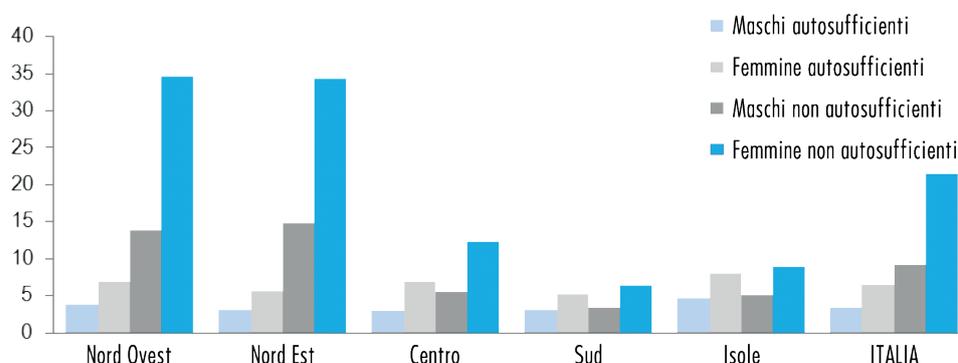
In Italia si stima la presenza di circa 4,1 milioni di cittadini non autosufficienti, di cui circa 3,5 milioni sono anziani (Censis, 2012). Secondo l'ISTAT, nel 2009 tale quota della popolazione anziana (disabile) sarebbe pari a circa 2 milioni di anziani che vivono in famiglia a cui occorre aggiungere circa 300 000 anziani ospiti nelle strutture residenziali.

In base all'indagine ISTAT 2004-2005 sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", il 18,5% dei cittadini ultra 65enni riporta una condizione di totale mancanza di autosufficienza per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana.

Si tratta di un tasso più basso di quello rilevato nella precedente indagine multiscopo 1999-2000 (19,6%), in coerenza con le stime più recenti per i paesi industrializzati, che mostrano come la disabilità di livello severo diminuisca nelle persone anziane ad un tasso del 1,5% per anno (Istituto superiore di sanità, 2012). Un recente lavoro dell'ISTAT (2014) ha prodotto stime aggiornate del numero di anziani con limitazioni funzionali che necessitano di cure e assistenza.

Appare evidente come il progressivo ed inesorabile invecchiamento della popolazione, tenendo presente che l'Italia si caratterizza per un'aspettativa di vita tra le più elevate d'Europa, farà crescere in modo considerevole il fenomeno della non autosufficienza nei prossimi anni. Il peso dei soggetti ultra 80enni sulla popolazione complessiva passerà infatti da circa il 6% nel 2011 al 7,7% nel 2025 e al 15,5% nel 2060 (ISTAT, 2012).

Ospiti anziani autosufficienti e non autosufficienti per genere e ripartizione geografica (*)



(*)Fonte: ISTAT (Dati realtivi al 31/12/2013, valori assoluti e tassi per 1000 residenti)

I PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI

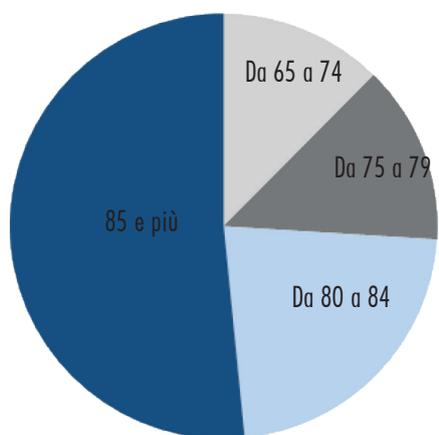
L'ISTAT, al 31 dicembre 2013, informa che in Italia sono 12.261 presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia, disponendo in totale di 384.450 posti letto (circa 6,3 ogni 1.000 persone residenti). Oltre due terzi dei posti letto totali (74,2%) fa parte dell'offerta costituita in particolare da "unità di servizio" che integrano l'assistenza di tipo sanitaria e quella di natura sociale. Esiste una differenza sostanziale tra Nord e Sud sotto vari punti di vista: in primo luogo, i livelli più alti dell'offerta sono raggiunti nelle regioni settentrionali in cui trovano posto il 66% dei posti letto complessivi (9,1 ogni 1.000 residenti), mentre i valori più bassi si riscontrano nelle regioni meridionali con il 10,4% dei posti letto (solo 2,8 posti letto ogni 1.000 residenti); inoltre, al Nord dispongono anche del valore più alto di posti letto a carattere socio-sanitario, con 7,4 posti letto ogni 1.000 residenti, contro i 2 posti letto nel Sud.

Nei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari sono assistite 367.485 persone: circa 279.000 (il 75,8%) possiedono un'età di almeno 65 anni, e il numero di ospiti anziani non autosufficienti si aggira intorno alle 210.000 anime e oltre la metà sono ultra ottantacinquenni e donne in più dei tre casi su quattro.

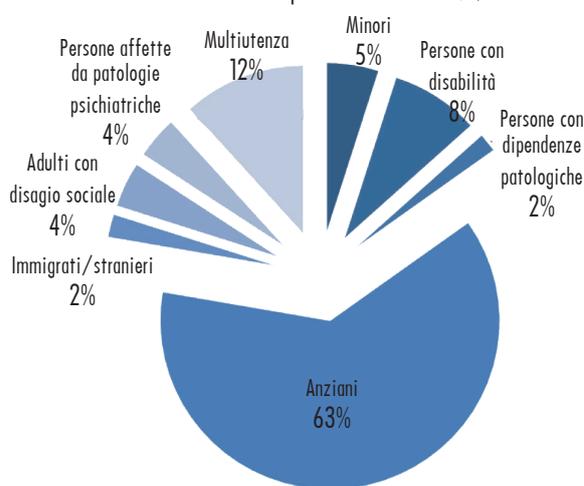
Il 36% delle strutture appartiene a enti non profit, il 26% a enti pubblici, il 25,1 enti privati for profit e il 13,7 a enti religiosi e, nell'88% dei casi sono gli stessi titolari a gestire direttamente il presidio.

Sempre al 31 dicembre 2013, risultano attivi 12.261 presidi residenziali e la maggior parte è di tipo socio-sanitario. Le "unità di servizio" che erogano assistenza socio-sanitaria sono 8.272 per un ammontare di oltre 285.000 posti letto, ossia il 74,2% dei posti letto totali. La maggior parte dell'offerta sanitaria offre un servizio con un livello di assistenza socio-sanitaria medio-alto: il livello medio di assistenza sanitaria prevede trattamenti estensivi a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria, ad esempio cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie, nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, ecc.; il livello alto di assistenza sanitaria comprende trattamenti intensivi, essenziali per il supporto delle funzioni vitali.

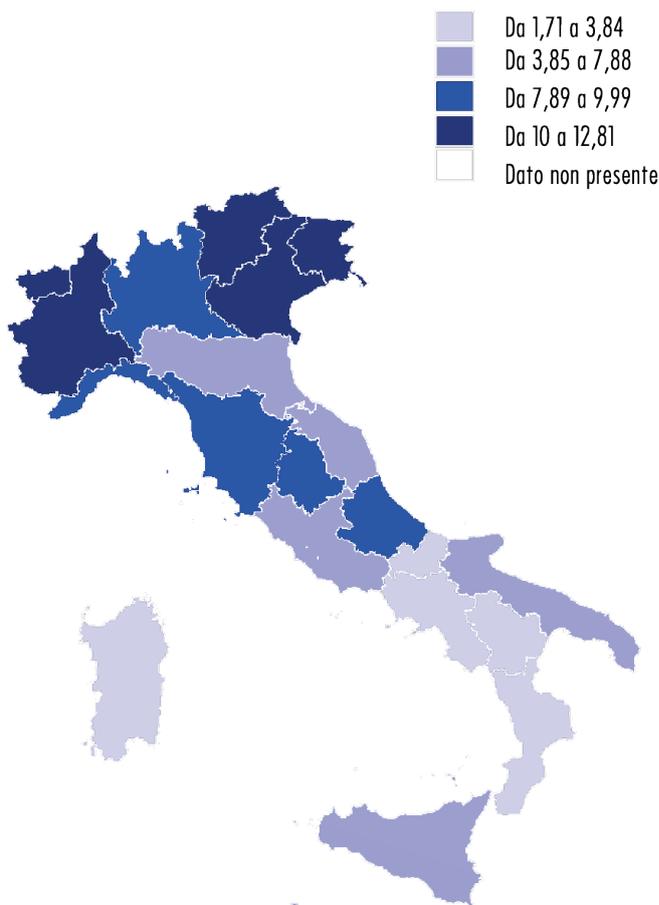
Ospiti anziani dei presidi residenziali per classe di età (*)



Posti letto ospiti per tipologia di utenza prevalente nelle "unità di servizio" di tipo socio sanitario (*)



(*)Fonte: ISTAT (Dati realtivi al 31/12/2013, valori assoluti e tassi per 1000 residenti)



Soltanto il 17% dell'offerta socio-sanitaria, misurata in termini di posti letto disponibili, ha un livello di assistenza sanitaria basso o assente, in grado di fornire soltanto prestazioni sanitarie di base.

L'offerta residenziale si riduce in maniera considerevole per le "unità di servizio" che svolgono prevalentemente funzione di tipo socio-assistenziale. Queste unità, classificate come socio-assistenziali, ammontano a 6.479 e dispongono di un totale di 98.117 posti letto, pari al 25,5% dei posti letto complessivi. Questo tipo di servizi, anche se non del totalmente sprovvisti di prestazioni medico-sanitarie, sono prevalentemente destinati a fornire accoglienza e tutela a persone in condizione di disagio sociale.

In Italia circa 21 anziani su 1.000 sono ospiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e 16 ogni 1.000 anziani ospitati sono in condizione di non autosufficienza. Tra gli ospiti anziani prevalgono le donne, circa il 75% dell'intero collettivo e su 1.000 donne residenti con oltre 64 anni, 28 sono ospitate nei presidi, mentre il rapporto scende a 13 ogni 1.000 per gli uomini; tra i residenti non autosufficienti la quota delle donne sale di poco (76%).

La distribuzione degli ospiti anziani su tutto il territorio italiano è in linea con il quadro generale presentato in precedenza: nelle residenze del Nord-Ovest il tasso di ricovero raggiunge il valore di 31 ospiti ogni 1.000 anziani residenti e supera la soglia di 45 nelle province autonome di Trento e Bolzano, a differenza del Sud in cui il tasso si riduce notevolmente, raggiungendo un valore di 9 per 1.000, con il livello più basso in Campania dove, ogni 1.000 anziani residenti, circa 6 sono ospiti delle strutture residenziali.

Le differenze territoriali sono più marcate per le donne non autosufficienti, accolte nel 77% dei casi nelle strutture dell'Italia settentrionale: in quest'area del Paese sono ricoverate 34 anziane non autosufficienti ogni 1.000 residenti della medesima età; il tasso di ricovero per questa categoria subisce un forte calo nelle altre aree italiane, con 12 su 1.000 residenti nel Centro, 9 per 1.000 nelle Isole e soltanto 6 per 1.000 nel Sud.

Il numero di anziani che ha superato gli 80 anni tra quelli ospitati nelle strutture residenziali supera i due terzi del totale (74%), quota che subisce un aumento per i non autosufficienti (76%) e si riduce per quelli autosufficienti (68%). Il tasso di ricovero tende ad aumentare con l'aumento d'età degli anziani: infatti si passa da un tasso di ricovero di 5 su 1.000 residenti per gli anziani con meno di 75 anni, raggiungendo i 77 per 1.000 tra gli ultra ottantacinquenni.

Le "unità di servizio" che ospitano gli anziani sono per lo più di medie e di grandi dimensioni, con un'organizzazione di tipo comunitario e in grado di fornire prestazioni medico-infermieristiche di elevato livello. Il 75% degli ospiti ultra sessantacinquenni, infatti, viene accolto in "unità di servizio" caratterizzate da un livello di assistenza sanitaria medio-alto. Anche l'aspetto riguardante i vari disagi fisici degli ospiti è importante: la tipologia di disagio tra gli ospiti adulti è legata alla disabilità e a patologie psichiatriche, con il 69% degli assistiti di cui più della metà uomini. Gli ospiti con disabilità ammontano a 1,3 ogni 1.000 abitanti: 1,6 tra gli uomini e 1,1 tra le donne.

CAPITOLO 2

Le RSA



LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Introdotte in Italia negli anni '90, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono edifici residenziali di tipo pubblico o privato, nate con lo scopo di fornire ospitalità, prestazioni sanitarie di recupero funzionale e di inserimento sociale, ma anche di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale a utenti che non hanno bisogno di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globale ma, comunque, affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio. Le RSA private sono autorizzate o accreditate con il Servizio Sanitario Regionale; in quest'ultimo caso il finanziamento si fonda sul pagamento in cooperazione fra tre soggetti, ossia l'utente, i Comuni e il Servizio Sanitario Nazionale. Nelle RSA autorizzate il pagamento è a carico interamente dell'utente o del Comune o di entrambi.

L'intenzione primaria delle RSA è quella di aiutare sia persone anziane che persone adulte non autosufficienti e le loro famiglie, rispondendo ai loro particolari bisogni senza dover ricorrere all'ospedalizzazione, grazie alla creazione di un sistema organico di servizi sociosanitari a livello regionale. Le RSA forniscono dunque interventi medici e riabilitativi per evitare il riacutizzarsi di malattie croniche e prevenire un danno ulteriore e un'assistenza personalizzata che favorisca il più possibile il mantenimento degli interessi personali e il miglioramento dei livelli di autonomia, il tutto in un contesto il più possibile familiare, organizzata in maniera tale che si possa garantire riservatezza e la socializzazione tra i vari utenti ospitati nella struttura. Tutti gli interventi sono indirizzati al recupero psicofisico e al mantenimento delle capacità residue, contrastando la perdita di autonomia e preparando il reinserimento della persona nel proprio domicilio e nel contesto familiare personale. Vi sono vari bisogni da parte dell'ospite a cui la Residenza può rispondere valutando l'urgenza del ricovero e delle cure da somministrare. Le esigenze possono essere diverse: osservazione medico-infermieristica, in seguito a una malattia o un avvenimento grave, senza l'urgenza di accertamenti strumentali; aiuto alle famiglie, nel caso di persone non autosufficienti, che hanno bisogno di periodi di sollievo anche ripetuti; attesa della stabilizzazione delle condizioni dell'ambiente domestico legate al peggioramento delle condizioni psico-fisiche di una persona malata o non autosufficiente; motivazioni di ordine sanitario e sociale, per periodi prolungati, nel caso di persone anziane e adulti non autosufficienti non più assistibili nel loro domicilio.

Per poter accedere ad una RSA il requisito fondamentale è che la persona non autosufficiente si trovi obiettivamente nelle condizioni di ricevere interventi sociosanitari e di non poter usufruire di assistenza nell'ambiente familiare per motivi sociali e/o sanitari. Vi sono varie condizioni per cui si caratterizza l'utenza delle RSA: in primo luogo si valuta l'età adulta o la fase della vita legata alla condizione geriatrica, e quindi persone che hanno bisogno di assistenza nell'ultimo periodo prima della morte; un altro aspetto fondamentale è la mancanza di bisogno di procedere all'ospedalizzazione del paziente, il quale comunque presenta condizioni severe e instabili.

Ovviamente, come sottolineato in precedenza, l'assenza di autosufficienza è un altro parametro valutato, così come l'impossibilità di continuare a fornire supporto domiciliare in caso di condizioni sociali e/o sanitarie difficili. Possono dunque essere ospitate sia persone anziane che persone adulte in condizioni di non autosufficienza o con problemi fisici, psichici o sociali.

Vi sono due differenti tipi di assistenza, sanitaria e sociale, che vengono offerti dalle RSA. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria essa viene elargita su differenti livelli sulla base dell'intensità delle cure:

- Livello di assistenza sanitaria basso:

destinato a pazienti che hanno bisogno di assistenza medica o infermieristica di base elargibile a domicilio.

- Livello di assistenza sanitaria moderato:

destinato a pazienti moderatamente stabili con patologie croniche stabilizzate che richiedono interventi sanitari con consumo di risorse limitate.

- Livello di assistenza sanitaria medio:

destinato a pazienti abbastanza instabili che necessitano di interventi sanitari più impegnativi con indagini strumentali ripetute, terapia medica innovativa, medicazioni frequenti e medici d'alto costo.

I livelli di assistenza sociale, invece, si basano sulla perdita di autonomia nello svolgere le più comuni azioni quotidiane (cura della persona o consumo dei pasti per esempio), sulla capacità di socializzazione ridotta, sul grado di sorveglianza che il paziente necessita e sul suo accompagnamento e supporto. Dunque, in base alla perdita di autonomia del paziente si definiscono i vari livelli di assistenza sociale:

- Livello di assistenza sociale medio:

destinato a pazienti che hanno bisogno di assistenza nello compiere alcune delle attività quotidiane e di socializzazione.

- Livello di assistenza sociale medio-alto:

destinato a pazienti che hanno bisogno di assistenza nello compiere la maggior parte delle attività quotidiane e di socializzazione.

- Livello di assistenza sociale alto:

destinato a pazienti ormai quasi non in grado di compiere attività quotidiane e di socializzazione.

Le RSA possono essere pubbliche o private, e in quest'ultimo caso solamente se autorizzate oppure accreditate con il Servizio Sanitario Regionale. Nelle RSA accreditate il finanziamento si fonda sul principio di copayment fra tre distinti soggetti: il Servizio Sanitario Nazionale, i Comuni e il paziente; invece, nelle RSA autorizzate il costo è a carico del paziente e/o del Comune.

I DPCM del 14 febbraio e del 29 settembre 2001 hanno posto interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale i costi dell'assistenza agli anziani e alle persone non autosufficienti per quanto riguarda la fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria nella fase estensiva. Per le forme di lungo-assistenza residenziali e semiresidenziali si distinguono due differenti quote, ovvero la quota sanitaria e la quota sociale: la prima risulta a carico del Servizio Sanitario Regionale ed è relativa ai fattori produttivi di carattere sanitario (personale, materiale di consumo sanitario), stabilita al massimo nel 50% del costo complessivo; la seconda invece è relativa ai costi di erogazione dei servizi alberghieri e di funzionamento della struttura.

Le Regioni italiane hanno definito la ripartizione tra quota sanitaria e quota sociale, lasciando ai Comuni la determinazione di quanto essi debbano contribuire alla spesa del paziente, sebbene le stesse Regioni, abbiano la facoltà di intervenire sulla determinazione della tariffa e sui criteri di ripartizione tra paziente e Comuni. Per definire le tariffe le Regioni si sono basate sostanzialmente su due differenti modelli:

- Tariffa per giornata di ricovero:

uguale per tutti, indipendentemente dal fabbisogno assistenziale del paziente. Anche se vi sono varie tariffe, queste vengono determinate in funzione delle caratteristiche della struttura e non del paziente. In questo modo si tende a rendere omogenea verso il basso l'assistenza fornita e a favorire la selezione dei pazienti verso casi con minore fabbisogno assistenziale. Questa è la tariffa più utilizzata, sebbene in genere siano previste due differenti tariffe più una specifica riservata ai casi di Alzheimer.



Fonte: https://farm3.staticflickr.com/2894/9965818816_d327cb5067_b.jpg

- Tariffa giornaliera per caso curato:

viene considerato lo stato di salute di ogni paziente e il suo effettivo assorbimento di risorse, valutando gli assistiti per determinare la quantità di cure necessaria ed il loro posizionamento in categorie omogenee. Questo modello è utilizzato solo da poche Regioni, nonostante nella maggior parte vi siano sistemi di classificazione dei pazienti che però non possono essere utilizzati per determinare le tariffe. Le Regioni si sono inoltre prese carico della determinazione della tariffa completa, ossia quota sanitaria più la quota alberghiera, che è la tariffa utilizzata maggiormente, e la quota sanitaria ed alberghiera in singolo; bisogna tuttavia marcare come ogni Regione non preveda le stesse prestazioni.

Per concludere, l'ampia autonomia concessa alle Regioni italiane ha portato ad un quadro normativo di riferimento parecchio eterogeneo e frammentato: infatti non esiste un unico modello tariffario a livello nazionale (come auspicato dal d. lgs. n. 502/1992), ma ciascuna Regione si è definita il proprio sistema tariffario basandosi sull'individuazione di una o più tipologie differenti di strutture residenziali, sui criteri di definizione della tariffa e sulle modalità di definizione della quota di partecipazione alla spesa da parte del paziente.



I REQUISITI DI UNA RSA

Una RSA deve offrire il più possibile una condizione di vita simile ad una abitazione, con la differenza che vengono elargite procedure assistenziali e dei servizi di buona qualità. La struttura deve perciò possedere una articolazione tale da permettere la convivenza tra organizzazione e gestione del servizio con il bisogno di ricreare il più possibile le sembianze di un ambiente domestico con spazi su misura per gli ospiti e personalizzabili. In primis bisogna fare in modo che vengano garantite flessibilità e fruibilità degli spazi, con soluzioni architettoniche che offrano sicurezza, riservatezza, possibilità di personalizzare gli spazi privati e facilità nell'orientamento, prevedendo inoltre che gli spazi in comune per la socializzazione tra i pazienti abbiano un'elevata centralità.

Nel momento in cui si deve collocare in un ambito urbano una RSA è importante che vengano rispettati alcuni requisiti: innanzitutto la zona prescelta deve essere un ambito già consolidato o in via di sviluppo così che possa essere raggiungibile facilmente; inoltre la zona deve essere ben collegata tramite mezzi pubblici o collegamenti viari a centri ospedalieri o socio-assistenziali; infine la zona deve essere il più possibile priva di inquinamento acustico e da strade aventi un importante traffico viario.

Rispetto alle strutture sanitarie di ricovero, le RSA esigono una cultura della cura e dell'accoglienza differente ponendosi come punto di snodo tra le strutture socio assistenziali e quelle sanitarie; fondamentale diventa perciò lo svolgersi della vita quotidiana favorendo l'integrazione e la convivenza degli ospiti dalla struttura, stimolando le loro capacità residue. Ecco perché all'interno della RSA è necessario che vi sia un mix equilibrato di ospiti, così da evitare che si creino le condizioni depressive che derivano dalla convivenza di persone aventi la medesima patologia, stimolando inoltre, là dove si creano le condizioni ideali, il coinvolgimento degli ospiti tramite servizi e affinamento di abilità. Inoltre, è importante considerare come gli ospiti presenti in queste strutture possano vivere la sensazione di essere stati abbandonati a sé stessi, e quindi sollecitare la partecipazione dei parenti il più possibile e non solo in caso di avvenimenti speciali; diventa quindi molto importante garantire degli spazi adeguati all'incontro tra ospiti e familiari e favorire la collaborazione con associazioni di mutuo aiuto per soddisfare particolari esigenze degli ospiti.



COME SI ARTICOLANO GLI SPAZI FUNZIONALI

La formazione di gruppi di nuclei abitativi permette di evitare la creazione di forme che ricordino una struttura ospedaliera. Una RSA deve essere in grado di accogliere tra le 40 alle 120 persone, organizzandole in nuclei abitativi o moduli costituiti da 20/25 posti letto, a seconda delle cure che necessitano gli ospiti. Le linee guida per le RSA propongono soluzioni progettuali che mettano al centro di tutto la socializzazione e la riservatezza dello spazio abitativo. Basandosi sul D.P.C.M. del 22/12/1989, l'articolazione delle RSA è la seguente:

1. Area abitativa:
 - Camere (bagno escluso):
 - 12 mq per 1 persona;
 - 18 mq per 2 persone;
 - 26 mq per 3 persone;
 - 32 mq per 4 persone;
2. Servizi di nucleo (15-20 posti):
 - Soggiorno;
 - Cucina;
 - Sala da pranzo;
 - Servizi igienici e bagno assistito;
 - Locali di servizio per il personale di assistenza, dotato di servizi igienici;
3. Centro servizi e servizi di vita collettiva, attività sociali ad uso interno ed esterno;
 - Ingresso/portineria/posta/telefono;
 - Uffici amministrativi;
 - Servizi igienici collettivi;
 - Soggiorno comune/musica/lettura;
 - Bar/ristorante
 - Sala polivalente
 - Locali per l'attività occupazionale;
 - Locali per il culto
 - Parrucchiere/barbiere/pedicure;
 - Camere per ospiti;
4. I servizi sanitari sono per l'intera struttura ad uso anche esterno:
 - Ambulatori;
 - Fisiochinesiterapia;
 - Servizio podologia;
 - Palestra/spogliatoio/deposito;
 - Deposito palestra;
 - Servizi igienici;

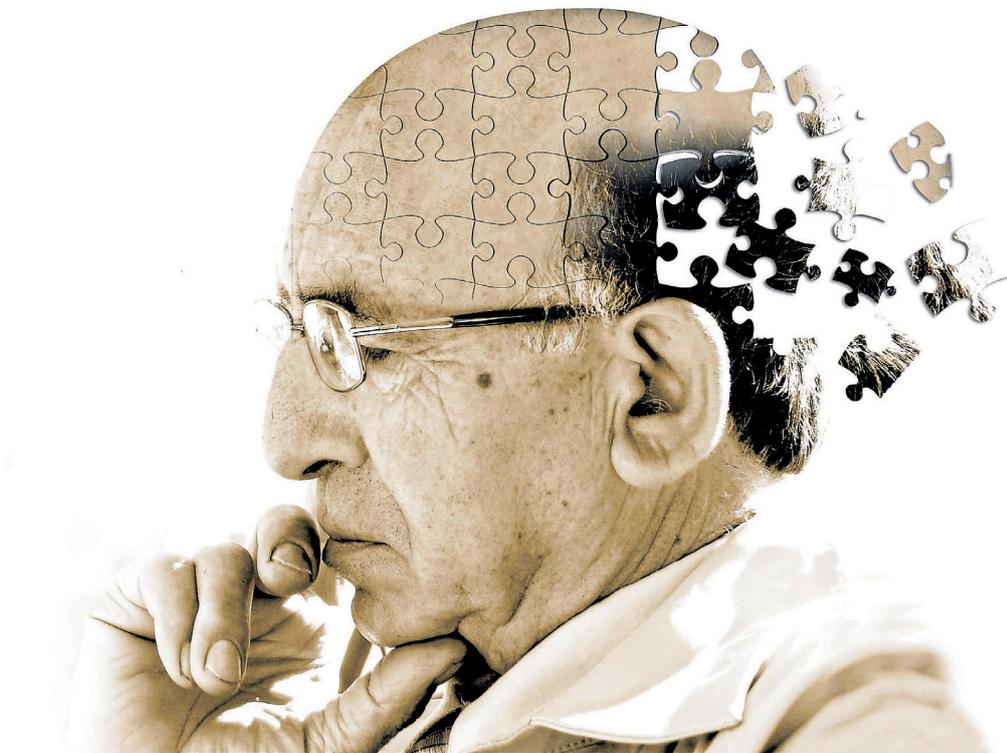
-
5. Locali ausiliari per l'intera struttura residenziale sono:
- Depositi materiali sanitari;
 - Camera mortuaria;
6. I servizi generali previsti per l'intera struttura residenziale quali:
- Cucina/dispensa e locali accessori;
 - Lavanderia e stireria;
 - Spogliatoio del personale con servizi igienici;
 - Magazzini;
 - Locale deposito a disposizione degli ospiti;
 - Deposito biancheria sporca (articolato per piano);
 - Deposito biancheria pulita (articolato per piano);
- In generale si individuano tre grandi aree funzionali:
- Degenza (spazi di nucleo);
 - Attività comuni o collettive;
 - Servizi per gli ospiti della struttura e per quelli esterni.

Le qualità da considerare si intendono nette poiché si riferiscono a superfici utili dedicate allo svolgersi di funzioni specifiche. Le linee guida 1994, riguardo al locale igienico per le camere, ne prevedono 1 ogni 2 posti letto, aventi bagno proprio accessibile. Nel caso che si tratti di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono ammesse misure in eccesso o in difetto fino al 20% dello standard di riferimento.

IL NAT

Il NAT, ovvero il nucleo temporaneo destinato ai soggetti affetti di Alzheimer, separato dalle RSA, si limita solitamente a un numero di persone intorno ai 10 posti letto. La posizione in cui si colloca il NAT all'interno della struttura è fondamentale: ecco deve infatti essere comunicante direttamente con gli spazi comuni e con gli spazi esterni, basandosi sul fatto che si tratta di pazienti che necessitano ampi spazi e percorsi facilmente percorribili e riconoscibili, aiutandosi anche con l'uso di colori e di materiali particolari. I percorsi devono essere muniti di mancorrenti in materiale caldo e riconoscibile e facilmente impugnabili, con la pavimentazione opportunamente colorata e priva di spigoli.

Basandosi sulle conoscenze cliniche e psicosociali attuali, l'obiettivo è quello di favorire una qualità elevata della vita e il rallentamento dei processi degenerativi, tutte cose che necessitano un grande impegno di risorse di personale e di professionalità, dal momento che non è possibile superare questo tipo di malattia. Dal punto di vista qualitativo non si prevedono differenze tra i malati di Alzheimer e gli altri ospiti, mentre, a livello quantitativo, essi necessitano un continuo accompagnamento e custodia, per la stimolazione psicosensoriale di cui hanno bisogno e per la cura e attenzione alle terapie farmacologiche a cui sono sottoposti. Molto importante diviene quindi la formazione del personale incaricato di seguire i malati di Alzheimer, il quale dovrà dimostrare una grande professionalità, evitando slanci di impazienza e di emotività, una elevata costanza e accettazione del ruolo e degli ospiti da accudire, garantendo comunque una adeguata rotazione del personale nei diversi nuclei così da evitare il presentarsi della sindrome di Burnout.



LE CARATTERISTICHE DEL NUCLEO ABITATIVO

Il D.P.C.M. 22 dicembre 1989, per RSA, prevede un nucleo abitativo ogni 15-20 ospiti. Ciò perché si vuole differenziare una RSA da una struttura ospedaliera a livello distributivo ed ambientale. Il nucleo deve essere concepito per far fronte alle esigenze di persone anziane con differenti livelli di autonomia fisica, evitando i problemi di coabitazione e migliorando i servizi assistenziali. La formazione di nucleo abitativi nasce dall'intenzione di favorire la socializzazione tra gli anziani ospitati nella struttura. Il nucleo abitativo si costituisce con gli alloggi privati e spazi collettivi con vari servizi dedicati al nucleo.

Ogni nucleo abitativo deve quindi prevedere degli spazi da dedicare a servizi che gli consentano di avere una propria autonomia funzionale. I servizi si dividono in servizi semi-collettivi e servizi per il personale. Tra i servizi collettivi troviamo:

- Bagno assistito;
- Lavaggio e disinfestazione di presidi;
- Servizi igienici;
- Deposito biancheria sporca;
- Deposito biancheria pulita;
- Deposito di materiali da consumo;
- Ripostiglio;
- Cucina;
- Sala da pranzo;
- Soggiorno/gioco/TV.

Mentre tra i servizi per il personale si trovano:

- Zona di riposo;
- Servizi igienici;
- Assistenza ospiti.

Per motivi assistenziali e gestionali, la normativa regionale prevede che gli spazi del nucleo abitativo siano ubicati sullo stesso livello, permettendo degli spostamenti semplificati sia agli ospiti che al personale. L'anziano passa la maggior parte della propria giornata all'interno del nucleo abitativo, rendendolo quindi uno spazio speciale e importante ed è da considerarsi come l'estensione dello spazio privato costituito dall'alloggio.



Fonte: <https://irp-cdn.multiscreensite.com/98e8aedb/dms3rep/multi/mobile/case-riposo-tignate-003.jpg>

35



Fonte: https://cdn27.hiberus.com/uploads/imagenes/bajacalidad/2015/09/30/_fotonoticia201407151918481280_bd82124c.jpg?fee570729db62f82dd1ae3aaac60a54

LE AREE FUNZIONALI DEL NUCLEO ABITATIVO

LA CUCINA

A supporto della cucina centrale della RSA, si trova la cucina del nucleo abitativo in cui di solito vengono cucinati pasti per ospiti che hanno bisogno di seguire una determinata dieta, altrimenti viene sfruttata per preparare la distribuzione dei pasti agli ospiti o per scaldare alcune pietanze. La cucina non è usata solamente dal personale ma è usufruibile anche da parte degli ospiti in certe occasioni. Per quanto riguarda la composizione dello spazio, solitamente gli elementi sono disposti in maniera lineare, ma non sono escluse disposizioni ad L o ad U.

IL BAGNO ASSISTITO

Anche dal punto di vista psicologico, l'igiene personale di un ospite non autosufficiente o parzialmente autosufficiente che si trova all'interno di una RSA, acquista particolare rilevanza. Comportando necessariamente un contatto diretto tra il membro del personale e l'ospite, l'igiene personale assistita può sfociare in situazione di imbarazzo e vergogna, richiedendo un'elevata capacità di comprensione da parte del personale e l'utilizzo a volte di attrezzature adeguate per non urtare la psicologia dell'assistito. In genere, il bagno è costituito da una vasca da bagno libera su tre lati, detta anche a penisola, così da favorire l'aiuto da parte del personale al soggetto accudito.

I SERVIZI IGIENICI DEL NUCLEO ABITATIVO

Essendo questi destinati agli anziani, devono rispettare le indicazioni del D.M. 14 giugno 1989, n.236, rispettando gli standard dimensionali e la scelta dell'arredo adeguato. Tali norme non limitano le dimensioni del locale destinato ai servizi igienici, ma donano delle prescrizioni di ordine prestazionale che permettono una maggior libertà progettuale. Il loro posizionamento all'interno del nucleo abitativo deriva dalla necessità che siano facilmente individuabili e raggiungibili dagli ospiti con difficoltà attraverso percorsi veloci dagli spazi collettivi. Si consiglia di prevedere due blocchi di servizi igienici per sesso, anche se in genere la normativa regionale ne prevede uno ogni 20 ospiti.

IL SOGGIORNO

Affinché venga favorita la socializzazione tra gli anziani è obbligatorio prevedere degli spazi opportunamente arredati e concepiti per favorire e stimolare la conversazione o il gioco. Si consiglia di suddividere lo spazio in piccole isole funzionali, separandole sia visivamente che acusticamente, con magari postazioni dedicate all'utilizzo di computer per la navigazione in Internet. I percorsi tra le varie zone di soggiorno è necessario che siano continui, evitando così il formarsi di situazioni di disagio che portino gli ospiti ad infortunarsi, in seguito magari a cadute mentre si spostano o durante le operazioni di sedersi o alzarsi dai posti a sedere presenti.

I LOCALI PER IL PERSONALE

I locali per il personale infermieristico e ausiliario, per necessità di controllo degli anziani, è opportuno che siano ubicati in posizione baricentrica rispetto alle residenze e collegati con percorsi brevi, così che il personale possa velocemente e facilmente raggiungere gli ospiti che hanno bisogno di cure o che hanno urgenti richieste. Solitamente si prevede uno spazio avente come minimo 20 o 25 mq a seconda che si considerino o no gli spazi per il servizio igienico e la reception.

I SERVIZI E GLI SPAZI DI VITA COLLETTIVA

Di seguito saranno presentati tutti quegli ambienti adibiti a spazi per la socializzazione e lo sviluppo di attività, compresi servizi facenti parte di una RSA. Tutti questi ambienti devono essere proporzionati in base al livello di ricettività della RSA e al livello di funzionalità che si prevede.

LA HALL

L'ambiente adibito ad area di ingresso alla struttura è uno spazio molto importante per permettere la socializzazione tra gli ospiti della struttura e persone esterne ad essa che per vari motivi si ritrovano a visitarla, come ad esempio un postino o un parente in visita. Questo spazio è fondamentale anche perché si tratta del primo ambiente che l'ospite visita una volta effettuato l'accesso alla struttura, fungendo da spazio di accoglienza, e quindi importante per l'impatto a livello psicologico che esso deve trasmettere. Ecco perché questo ambiente deve risultare particolarmente studiato e curato dal progettista, e abbellito con elementi decorativi e un arredo adatto, in quanto punto fondamentale e vitale della residenza. È opportuno prevedere delle aree funzionali proporzionate alla ricettività che la residenza offre, organizzando la hall, con le dovute proporzioni, come quella di un hotel.

GLI UFFICI AMMINISTRATIVI

In genere questi ambienti, che comprendono gli uffici amministrativi e l'eventuale assistenza sociale, è bene localizzarli al piano terra e in stretto contatto con la hall di ingresso alla struttura socio-sanitaria. Il settore amministrativo risulta costituito da una serie di ambienti e locali, adibiti a varie funzioni, come ad esempio la Direzione, accompagnata sempre da una segreteria e sale d'attesa, o ancora sale riunioni e spazi di archivio, senza dimenticare un eventuale spazio per l'assistenza sociale e, ovviamente, per i servizi igienici. Tutti questi ambienti devono essere connessi tra loro da corridoi aventi una larghezza minima di 150 cm, permettendo il passaggio di due persone su sedia a rotelle allo stesso tempo.

IL SOGGIORNO IN COMUNE

A differenza del soggiorno presente all'interno del nucleo abitativo, il quale funge da estensione dello spazio abitativo dell'anziano e risulta più raccolto, il soggiorno in comune serve ad ospitare anziani provenienti da differenti nuclei abitativi e risulta fondamentale all'interno di una RSA. L'arredo, e in particolare le sedute, sono studiate per l'utenza a cui sono dedicate: infatti le sedute, sia poltrone che sedie, devono avere il piano del sedile leggermente inclinato verso l'interno, così da evitare la sensazione di scivolamento in avanti, ma non troppo così da non rendere difficoltosa l'operazione dell'alzarsi della persona.

Il soggiorno deve essere organizzato in varie aree funzionali, che possono essere separate tra loro sia visivamente che acusticamente, favorendo così la socializzazione di differenti gruppi di anziani. Questi spazi devono essere concepiti tenendo sempre conto della presenza di persone con scarsa mobilità, e quindi utilizzatori di sedie a rotelle, bastoni, girelli, o altri sistemi di ausilio per la deambulazione. Infine, il soggiorno deve possedere anche degli opportuni spazi esterni che possano essere sfruttati durante il periodo estivo.

LA SALA POLIVALENTE

La seguente sala, adibita per poter ospitare minimo 50 persone, è utilizzata per organizzare sfilate, conferenze o mostre, ed è organizzata con posti a sedere suddivisi in settori avvolti da zone di passaggio di minimo 120 cm, basandosi sul fatto che la sala sia utilizzata da persone anziane aventi un buon grado di autosufficienza. Per questo motivo, le sedute devono essere preventivamente scelte perché si adattino all'utenza anziana, con braccioli e punti di appoggio per facilitare il sedersi e l'alzarsi delle persone.

Il D.M. n.236/1989, nel punto 5.2, stabilisce che in questo tipo di sale, adibite anche a spazi per spettacoli e riunioni, come minimo una zona deve facilmente essere usufruibile da persone anziane avente scarsa capacità motoria o addirittura impedita, e raggiungibile in maniera semplice con un percorso continuo pianeggiante o collegato tramite rampe, ascensore o altri mezzi di sollevamento.

I SERVIZI DEDICATI ALLA CURA DELLA PERSONA

Le RSA progettate per un'utenza massima che va dalle 80 alle 100 persone anziane, e lontane dai centri abitati, è importante che prevedano degli spazi da dedicare alla cura personale dell'ospite, come un barbiere e un parrucchiere, organizzati e arredati come i classici esercizi commerciali che si trovano in ambito cittadino, in quanto fondamentali per strutture che ospitano soggetti non autosufficienti, come appunto le RSA.

LA SALA DA PRANZO IN COMUNE

Questa sala è solitamente utilizzata in occasioni particolari quali feste o ricorrenze, dal momento che quotidianamente si è soliti usufruire delle sale da pranzo presenti nei vari nuclei abitativi. La sala deve essere composta da tavoli, possibilmente quadrati, così da ospitare 4 persone alla volta. Sempre nel punto 5.2, del D.M. n.236/1989, le sale da pranzo devono possedere una zona libera per le persone su sedia a rotelle e una zona facilmente raggiungibile tramite un percorso continuo da persone aventi scarsa o impedita mobilità motoria. Gli ospiti devono avere la possibilità di potersi spostare in qualsiasi momento, sia da soli che con l'ausilio di un assistente, senza però disturbare gli altri anziani presenti nella sala.

GLI SPAZI ESTERNI

Questa tipologia di spazi, raggiungibili anche attraverso il soggiorno in comune, devono essere opportunamente organizzati in varie aree funzionali, come:

- Giardino con specie variegata;
 - Aree di sosta;
 - Gazebo o pergolato (gioco o lettura);
 - Coltivazione di fiori o di ortaggi (serre, aiuole, depositi attrezzi, ecc.);
 - Allevamento di piccoli animali domestici, ecc.;
 - Barbecue.
-

Ogni area deve avere una propria caratterizzazione, e soprattutto devono essere esplorabili dagli anziani attraverso brevi percorsi facilmente percorribili, che si interrompono in varie aree di sosta organizzate per permettere e favorire la socializzazione e l'aggregazione tra i vari ospiti. I vari percorsi devono essere articolati e non lineari e, soprattutto, di tipo chiuso per evitare il verificarsi di disorientamenti da parte di anziani afflitti da problemi mentali come la sindrome di Alzheimer.

I SERVIZI SANITARI

I servizi sanitari di una RSA sono organizzati in due diverse aree: l'ambulatorio medico e la palestra per la riabilitazione. Queste due aree sono a loro volta accorpate ai servizi di tipo collettivo. Il Criterio n.9 (Articolazione delle residenze) del D.P.C.M. 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali" per le RSA, impone che siano presenti nella struttura, e adibiti anche ad uso esterno, i seguenti servizi sanitari: gli ambulatori, uno spazio per la Fisiocinesiterapia, una palestra con spogliatoi e deposito, servizi igienici.

Come già esposto in precedenza, le RSA sono strutture residenziali dedicate all'accoglienza di persone anziane, in particolare non autosufficienti, e con una comprovata assenza di supporto di tipo familiare adeguato. Per persona non autosufficiente si intende un soggetto che, in seguito a una patologia o semplicemente per via del decadimento fisico derivante dalla vecchiaia, non è in grado di provvedere a sé stesso se non attraverso l'ausilio totale, continuo e permanente di altre persone. Ecco dunque la necessità, visto l'utilizzo anche di macchine di supporto come sollevatori a sedie o barelle, che i corridoi siano dimensionati adeguatamente con un'ampiezza non inferiore ai 250 cm e che i collegamenti verticali assicurino anche un monta-lettighe.

L'AMBULATORIO MEDICO

L'ambulatorio risulta fondamentale per controllare periodicamente i soggetti presenti all'interno di una RSA di grandi dimensioni e, in particolare, in presenza di persone afflitte da non autosufficienza che hanno bisogno di continua assistenza medica e di ambulatori specializzati.

GLI SPAZI PER LA RIEDUCAZIONE E IL RECUPERO

All'interno della struttura si devono preventivare degli ambienti da attrezzare per favorire il massimo recupero funzionale possibile da patologie o lesioni, attraverso attività di recupero e di rieducazione funzionale che permettano di prevenire problemi secondari e la disabilità, di contenere o evitare l'handicap e fare in modo, in caso di persona disabile, che possa migliorare la qualità della propria vita e che possa inserirsi a livello psicosociale, grazie a una serie di interventi o passaggi che portino a compimento l'intervento sanitario e favoriscano l'inizio della successiva riabilitazione sociale.

In seguito alla valutazione del quadro clinico del paziente si programma il suo piano di trattamento attraverso l'erogazione di cure e attività fisioterapeutiche, al cui termine il paziente verrà nuovamente visitato e controllato.

LA CHINESITERAPIA

Questa particolare terapia si svolge attraverso il compimento di particolari movimenti o mobilizzazioni attive e passive che sono utili per il mantenimento e/o recupero della funzione muscolare, della coordinazione neuromuscolare e della mobilità articolare. La chinesiterapia si suddivide in varie pratiche, tra cui ad esempio la rieducazione neuromotoria, la chinesiterapia individuale e di gruppo, le tecniche di rieducazione posturale, ecc. Lo spazio da adibire per permettere lo svolgimento di queste attività, secondo varie normative regionali, deve possedere un'area di minimo 60 mq, comprendente ambienti da dedicare a spogliatoi, servizi igienici, deposito per le attrezzature e ambulatorio.

LA MASSOTERAPIA

Tra i più diffusi trattamenti fisioterapeutici si trova sicuramente la massoterapia, praticata sulla pelle del soggetto in stato passivo così da migliorare la circolazione sanguigna e il trofismo dei tessuti. Inoltre è utile per l'eliminazione delle scorie metaboliche e i depositi di grasso corporeo e la restituzione della mobilità agli arti, compromessa da lesioni muscolari. Attraverso un massaggio avente un'azione rilassante o tonificante ed effettuato su tessuti molli, l'obiettivo è quello di rendere le strutture lese di nuovo con una normale lunghezza e mobilità, in quanto possono essere affette da problemi di tipo traumatico, reumatico, circolatori o nervosi. In genere una seduta ha una durata media di 30 minuti fino a un massimo di 60 minuti.

LA FISIOTERAPIA

Lo spazio dedicato alla fisioterapia deve opportunamente essere suddiviso in due differenti zone in cui vengono praticate l'idroterapia e la fisioterapia strumentale. L'idroterapia consiste nell'utilizzo a scopo terapeutico delle proprietà fisiche dell'acqua, attraverso la manipolazione della sua pressione, temperatura e stato fisico, applicata mediante docce calde, bagni pediluvi, nuoto in vasca, pediluvi, ecc. Letteralmente, infatti, la parola idroterapia significa "cura con l'acqua" e si riferisce a vari tipi di trattamenti che hanno in comune tra loro lo sfruttamento dell'acqua. Il trattamento più efficace a livello terapeutico è sicuramente il bagno, in quanto, attraverso la stimolazione derivante dal contatto diretto con l'acqua viene procurato l'aumento della pressione idrostatica sulla pelle con effetti benefici. Tutti questi trattamenti hanno alla base il principio della stimolazione dell'attività vitale e la riduzione del dolore, con effetti decongestionanti e rilassanti, favorendo inoltre la circolazione sanguigna.

L'area adibita per l'idroterapia deve possedere alcune caratteristiche minime: una sala d'attesa avente anche servizi igienici, i locali per le vasche da bagno, i locali per il riposo dei pazienti con lettini e dividi per sesso aventi anche spogliatoi con servizi igienici (sempre distinti per sesso), l'ufficio della direzione e servizi dedicati al personale. Inoltre può essere prevista anche piscina dedicata per la riabilitazione, costituita da sistemi di depurazione dell'acqua.

La fisioterapia strumentale invece si svolge in un locale avente come dimensioni standard 240x240 cm, e organizzato con un lettino e un particolare strumento per svolgere il trattamento, come ad esempio l'elettroterapia. La durata massima delle sedute fisioterapeutiche è di 20 minuti e, dal momento che questi trattamenti necessitano di controllo, il locale si affaccia sempre su uno spazio comune

I TRATTAMENTI PODOLOGICI

La podologia consiste in una sezione dell'ortopedia che si occupa dello studio del benessere, della fisiologia e delle malattie che riguardano il piede. In età anziana la salute del piede richiede particolare attenzione, poiché da esso dipende molto del benessere fisico di tutto l'organismo, influenzando anche il malessere mentale e il rischio di perdita di autosufficienza, e quindi di autonomia. Solitamente si procede con gli anziani all'analisi posturale-podologica in seguito al riscontro di piedi dolorosi, e in seguito a delle cure mirate ci si impone l'attenuazione o l'eliminazione del dolore e del fastidio nei piedi del paziente anziano.

L'OBITORIO

Quando si ha a che fare con strutture socio-sanitarie residenziali di importanti dimensioni non si può fare a meno di dotarle di un obitorio in cui collocare le salme degli ospiti deceduti, in attesa che si completi la prassi antecedente il seppellimento, poiché di norma si devono attendere minimo 24h dalla morte prima di procedere al seppellimento del corpo. Nell'obitorio l'accesso è riservato solamente ai familiari dei deceduti e allo staff incaricato delle imprese funebri per procedere con il funerale della persona deceduta.

I SERVIZI GENERALI

Per servizi generali di una RSA si intendono tutti quei servizi utili al funzionamento della struttura, ossia: la centrale termica e la centrale idrica, i locali di deposito, la cucina centrale e la lavanderia. Prima di procedere alla progettazione e realizzazione della cucina o della lavanderia si consiglia di contattare delle aziende specializzate, poiché i problemi di carattere progettuale si presentano nel momento in cui si deve procedere all'arredamento di questi ambienti. Questo consiglio deriva dal fatto che spesso capita che, una volta ultimato l'edificio, questi spazi si presentino inadatti ad ospitare tutte le attrezzature strettamente necessarie a rispettare le disposizioni normative e a svolgere il servizio.



Fonte: <http://www.puntoservice.org/strutture/terza-eta/case-di-riposo-in-piemonte/residenza-valenza-anziani/#gallery-image/10>



Fonte: http://www.infoboom.it/wp-content/uploads/2013/11/fisio_piscina.jpg

LE RESIDENZE PER ANZIANI: RA

LE CELLULE ABITATIVE E I MINI-APPARTAMENTI

I mini-appartamenti fungono da zona appartata e personale in cui vengono riproposte abitudini domestiche familiari assieme anche a pratiche terapeutiche. La camera possiede un proprio servizio igienico, tipica delle case di riposo e delle case protette, evitando le classiche tipologie ospedaliere con i letti paralleli alla finestra. Solitamente, per motivi distributivi e impiantistici, la forma più utilizzata è quella rettangolare allungata avente una parete che la illumina naturalmente, così che possano essere disposti i letti in differenti varianti nella camera. Alcune norme regionali permettono di avere fino a 4 posti letto in una camera, soluzione tuttavia inopportuna data la difficilmente convivenza tra 4 persone, soprattutto nel momento in cui alcuni di essi necessitano di differenti tipo di assistenza. Solitamente gli ospiti hanno già vissuto l'esperienza di lunghe degenze all'interno di un ospedale così che è opportuno che le stanze non rievocino in loro il ricordo di vivere in un contesto ospedaliero. Il numero ottimale di posti letto per camera è 2, con ottimi benefici dal punto di vista psicologico e per gli aspetti familiari di convivenza, evitando l'isolamento e i negativi effetti che questo comporta.

A confronto con le cellule abitative, la camera presenta una distribuzione non tanto differente, a parte la presenza dell'angolo cottura e di uno spazio dedicato alla zona living più ampio, il tutto separato dalla camera da letto. Solitamente questa scelta privilegia poi la tipologia a ballatoio e con sviluppo lineare, con l'ingresso ai mini appartamenti posizionato su un lato corto.



LE CASE FAMIGLIA

Le case famiglia sono delle residenze di tipo familiare in cui personale qualificato coordina le attività e la gestione della casa. Questo genere di strutture, oltre ad accogliere bambini e adolescenti che non hanno la possibilità di vivere con le loro famiglie, offrono il loro aiuto anche verso le persone anziane sole che non possono più vivere nelle loro abitazioni, per mancanza di adeguatezza alle loro necessità o per difficoltà nel vivere indipendentemente.

Le richieste di ospitalità per questo genere di residenze devono essere presentate ai servizi sociali del proprio Comune, in cui si valuta la situazione personale e se vi è la necessità di coprire i costi della retta in maniera totale o parziale.

Le case famiglia offrono agli ospiti un ambiente domestico in cui possano sentirsi a proprio agio. Il numero di ospiti massimo è basso e si registra anche la mancanza di un'area medica, dal momento che dispongono solamente di un ambulatorio con personale addetto al primo soccorso. La casa famiglia permette di ridurre la sensazione di distacco dalla famiglia, risultando la soluzione migliore per gli anziani soli senza gravi patologie.

LE CASE DI RIPOSO

Sono alloggi per anziani parzialmente autosufficienti in cui le persone alloggiano in stanze o suite da uno o due letti, con servizio igienico ogni due ospiti. Sono presenti anche servizi comuni, come il ristorante, la lavanderia e i servizi base di assistenza. Possono essere previste anche attività culturali e ricreative. È necessaria l'autorizzazione da parte del Comune o della Regione e deve essere previsto un regolamento interno; il costo della retta è stabilito da ciascuna struttura indipendentemente e può essere a carico del Comune o prevedere una quota di partecipazione dell'ospite basata sulla sua situazione economica.



LE CASE PROTETTE

La casa protetta è un tipo di struttura che permette di accogliere, temporaneamente o permanentemente, persone anziane non autosufficienti che non possono essere aiutate dalle loro famiglie. All'interno delle case protette, personale medico e terapisti si preoccupano di offrire aiuto agli anziani nello svolgimento delle attività quotidiane e nella assistenza sanitaria di base; è presente anche altro personale incaricato di organizzare attività ricreative o anche offrire il servizio di ristorazione e lavanderia.

La caratteristica principale delle case protette è di unire servizi di tipo socio-assistenziale con servizi di tipo sanitario-riabilitativo. Il numero di ospiti che le case protette possono ricevere non supera generalmente i 30 posti letto e la retta è stabilita dal gestore della struttura e può essere divisa parzialmente tra il Comune di appartenenza dell'ospite e dal cittadino stesso. Un esempio di prestazioni tipiche che le case protette devono garantire sono cure mediche, riabilitative e infermieristiche, vigilanza continua e mobilitazione.

LE CASE ALBERGO

Si tratta di appartamenti autonomi destinati a persone anziane, sole o in coppia, autosufficienti e che desiderano vivere autonomamente in una comunità, sfruttando i servizi e gli spazi comuni a loro offerti. Devono comunque essere previsti dei servizi di assistenza basica come ambulatori, parrucchieri e un programma di attività ricreative.

Questo tipo di struttura si pone al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale e pertanto necessitano dell'approvazione da parte dei Comuni e rispettare standard igienico-sanitari previsti dall'Asl competente. Le prestazioni di tipo medico, riabilitativo e infermieristico sono assicurate dai servizi sanitari distrettuali e sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre la retta per la struttura residenziale è stabilita dalla struttura stessa e a carico dell'ospite in base al reddito.

CAPITOLO 3

Casi studio e differenze territoriali



LE DIFFERENZE INTERNAZIONALI

Le comparazioni internazionali riguardo alle strutture residenziali sono rese complicate dalla mancanza di dati omogenei e dal fatto che denominazioni simili utilizzate da nazioni diverse possono invece rappresentare delle situazioni differenti. Esistono due grandi tipi di strutture residenziali, una ad orientamento socio-assistenziale e l'altra ad orientamento sanitario, che, utilizzando la terminologia italiana, sono paragonabili a residenze assistenziali (RA) e residenze sanitarie assistenziali (RSA) ma che nelle varie nazioni assumono le più varie terminologie.

Nel seguente capitolo verranno presentati casi studio presenti in Paesi europei, raggruppati in tre sezioni e modelli in base alla loro localizzazione: Europa settentrionale, Europa centrale ed Europa meridionale.

EUROPA SETTENTRIONALE (MODELLO NORDICO)

Il modello nordico è caratterizzato da un maggior ruolo dello Stato che si fa carico dei bisogni fondamentali dei cittadini, offrendo assistenza sociale gratuita per tutti. Questo è possibile perché si tratta di Paesi con un numero ridotto di abitanti. I servizi sono organizzati dai comuni e sono basati sull'assistenza a domicilio. A differenza del modello mediterraneo, è scarsa una cultura informale di assistenza, sostenuta dalla famiglia.

In Norvegia ci si preoccupa tendenzialmente di sostenere l'anziano presso la sua abitazione offrendogli tutti i servizi di cui ha bisogno. Gli orientamenti politici puntano a modificare e ristrutturare le residenze esistenti in base alle esigenze degli anziani e dei portatori di handicap, ritenendo le case di riposo ormai superate e mirando alla loro chiusura. Le strutture residenziali per gli anziani si raggruppano in alloggi singoli, alloggi con spazi in comune, alloggi in residenze collettive e nursing homes, questi ultimi destinati a ospiti con problemi mentali.

La Danimarca, per evitare processi di istituzionalizzazione nei confronti dei soggetti anziani, con la legge del 1 Gennaio 1988 ha ridotto al minimo l'edificazione di nuove residenze assistenziali e di case protette vietandone l'edificazione e mirando alla costruzione o al recupero degli alloggi negli stessi quartieri di residenza dei portatori di handicap e degli anziani, facendo svolgere le attività assistenziali e residenziali ai comuni. Gli interventi residenziali consistono in alloggi protetti, case protette, casa di cura comunale e case di riposo, che tuttavia son in via di sostituzione con le Case dell'anziano, ovvero abitazioni collettive composte da residenze indipendenti localizzate nello stesso quartiere di residenza degli anziani e dotate di servizi in comune.

In Svezia, così come in Danimarca, alla base delle iniziative nei confronti degli anziani si ha un differente reddito pro capite, un differente numero di abitanti e la diversa concezione della famiglia. I livelli assistenziali offerti sono:

- Strutture sanitarie:

strutture riservate a quel tipo di pazienti che si presentano non autosufficienti e che richiedono assistenza medica a lungo termine, e vengono dunque ritenute strutture ospedaliere a tutti gli effetti;

- Case di riposo:

i residenti possono essere autosufficienti e non, e possono essere sia pubbliche che private;

- Alloggi integrati:

semplici alloggi che vengono affittati a prezzi super economici e che sono presenti in ogni quartiere. Gli alloggi presentano una o al massimo due stanze da letto, cucina e bagno, e sono anche resi fruibili e adatti ad ospiti che si spostano su sedia a rotelle.

- Case di servizio:

centri diurni integrati che offrono anche una buona quantità di alloggi per persone non autosufficienti con servizi in comune aperti, comprendendo mediamente 15 alloggi per residenza.

- Assistenza domiciliare:

servizio fornito a persone anziane aventi un'età superiore ai 70 anni e prevede aiuti generici, pulizia dello spazio esterno della residenza, accompagnamento per lo svolgersi di commissioni in banca o in posta, cura della persona, preparazione dei pasti.

EUROPA CENTRALE (MODELLO CONTINENTALE)

Così come nel modello nordico, nel modello continentale è scarsa una cultura di assistenza e lo Stato è il principale responsabile nell'offrire aiuti a coloro che hanno bisogno di assistenza sanitaria; questo modello sostiene la protezione della non autosufficienza come diritto soggettivo. L'auto-sufficienza viene valutata per gradi e si quantifica in base alla situazione della persona interessata; dall'altra parte, la famiglia può scegliere se preferisce che gli venga fornito un servizio o se, al contrario, preferisce un aiuto di tipo monetario.

La Francia garantisce alle persone anziane diversi livelli assistenziali, che possono essere raggruppati in Servizi di sostegno domiciliare, Accoglienza presso famiglie, Servizi di assistenza sanitaria e vere e proprie strutture residenziali; in questi ultimi anni in Francia stanno riscuotendo enorme successo strutture residenziali di iniziativa privata denominate Jardins d'Arcadie, ovvero complessi alberghieri che offrono agli ospiti servizi socio-sanitari.

Oppure, in Germania, gli interventi abitativi tendono alla sistemazione dell'anziano nella propria città e preferibilmente anche nello stesso quartiere, localizzando gli alloggi in normali edifici residenziali oppure destinando parti di tali immobili a vere e proprie case per anziani, dotate di autonomia funzionale e dei servizi collettivi necessari. Attualmente la politica verso gli anziani sembra orientata verso i grandi complessi residenziali misti a gestione pubblica, come avviene anche in Olanda.

EUROPA MERIDIONALE (MODELLO MEDITERRANEO)

A differenza degli altri modelli, in questi Paesi l'assistenza socio-sanitaria informale è più presente. I legami familiari sono forti e, di fronte all'assistenza per gli anziani, spesso le stesse famiglie si prendono cura dei loro cari; anche così, lo Stato interviene sempre di più in misure e aiuti per la cura degli anziani in modo tale che questo modello sia sempre più formale. Tuttavia, per poter utilizzare questo genere di aiuti, è necessario possedere una buona situazione economica familiare: di conseguenza le classi medie e le persone senza una forte rete familiare sono i principali svantaggiati in questo tipo di modello, costretti quindi a rivolgersi al settore privato.

In Spagna, l'attenzione agli anziani si differenzia in base alle necessità che possono essere di assistenza sanitaria temporaneo o cure di lunga durata e ciascuna è di competenza di un organo politico preciso. L'assistenza sanitaria temporanea viene offerta normalmente dagli ospedali e questo genere di attenzione è di competenza del Governo Centrale, mentre i servizi a lunga durata sono forniti dalle Residenze per anziani, dai Centri diurni e dall'Assistenza domiciliaria, che invece sono di competenza dei Comuni di ciascuna città.

INDICE DEI CASI STUDIO ANALIZZATI

EUROPA SETTENTRIONALE (MODELLO NORDICO)

- TUVVÄGEN (Svezia)

EUROPA CENTRALE (MODELLO CONTINENTALE)

- PETER ROSEGGER NURSING HOME (Austria)
- NURSING AND RETIREMENT HOME by DIETGER WISSOUNING ARCHITEKTEN (Austria)
- MONCONSEIL RETIREMENT HOME (Francia)
- ELDERLY RESIDENTIAL HOME by AZC (Francia)
- RESIDENCE ALICE GUY (Francia)
- NURSING HOME WILLIBRORD (Olanda)
- RETIREMENT HOME MEIER (Svizzera)

EUROPA MERIDIONALE (MODELLO MEDITERRANEO)

- RSA DINA GANDINI (Italia)
- CENTRO ASISTENCIAL SANTA ANA (Spagna)
- RESIDENCIA GERIÁTRICA MAS PITEU (Spagna)

TUVVÄGEN

EUROPA SETTENTRIONALE (MODELLO NORDICO)

SITO.....	Haninge (Svezia)
CONTESTO.....	Periferia
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....	Casa di riposo
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....	Nuova costruzione
PROGETTISTA.....	Christian Scott Rasmusson / Johan Källander
ANNO.....	2015
DATI DIMENSIONALI.....	4.000 m ² dislocati su quattro piani fuori terra
POSTI LETTO.....	54 pl in alloggi singoli
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....	

Casa di cura situata nella zona suburbana di Stoccolma che offre agli ospiti anziani ben 54 posti letto inseriti in spazi ben arredati col fine di creare un ambiente familiare. Nell'edificio trovano luogo una sala per la terapia della luce per stimolare i sensi e il relax degli ospiti. C'è anche una SPA, con vasche idromassaggio e zona relax, e una palestra. Infine una sala delle feste e un giardino con da alberi da frutto e una fontana offrono agli anziani zone per la stimolazione di tutti i sensi e per l'esercizio.

52

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

La casa di riposo si sviluppa intorno all'idea di una struttura compatta e simmetrica sorretta sfruttando i dislivelli del terreno e il piano terra, in cui sono state inserite tutte le funzioni in comune. Ciò nasce anche dalla grande importanza che è stata data alla luce naturale, così tanto da condizionare la forma finale dell'edificio, così da creare una C rivolta a sud con un esteso ponte trasparente nella parte interna. Al piano terra trovano posto tutte le funzioni in comuni e gli uffici amministrativi della struttura, ma la vera particolarità dell'edificio sorge nei piani superiori, interamente dedicati ad ospitare gli alloggi degli anziani. Il concept si sviluppa attorno all'idea di un nucleo centrale che racchiude in sé i collegamenti verticali e la sala per il personale, così da avere un elevato controllo e supporto per gli anziani in ciascun piano; inoltre trovano posto due cucine e altri servizi sui due lati del nucleo che si affacciano sulle due ali. È nelle due ali che sono state posizionate le camere degli anziani, tutte stanze singole, servite da un ampio corridoio che funge da zona living o, idealmente, come strada su cui si affacciano i vari alloggi a schiera, e quindi nodo importante per la socializzazione dei residenti. Esso è infatti arredato per favorire la sosta con inoltre un affaccio diretto sulla corte interna con uno spazio semi chiuso. Anche il ponte centrale illustrato precedentemente funge da zona di sosta per gli anziani, che, essendo totalmente trasparente, favorisce l'ingresso della luce per tutto l'arco della giornata.



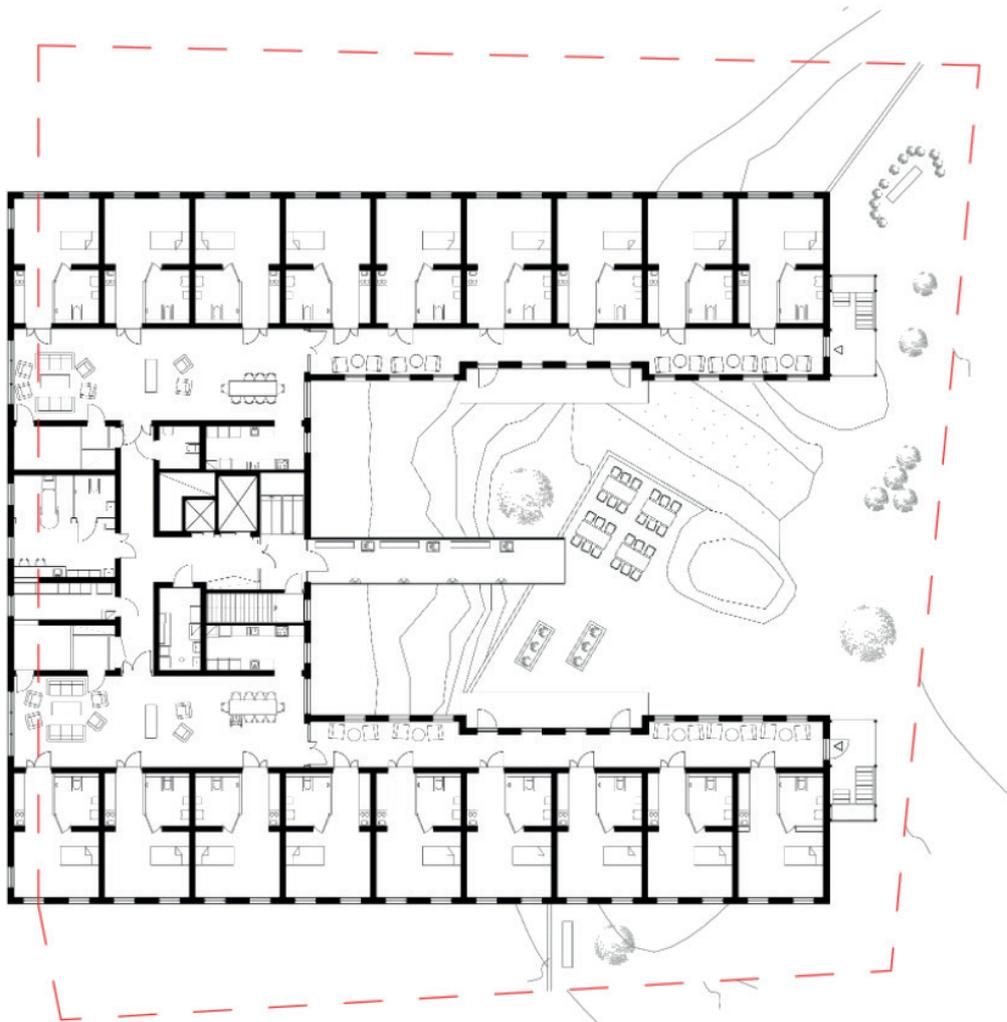


Fonte: <https://divisare.com/projects/329686-scott-rasmusson-kallander-mikael-olsson-tuvvagen>

54

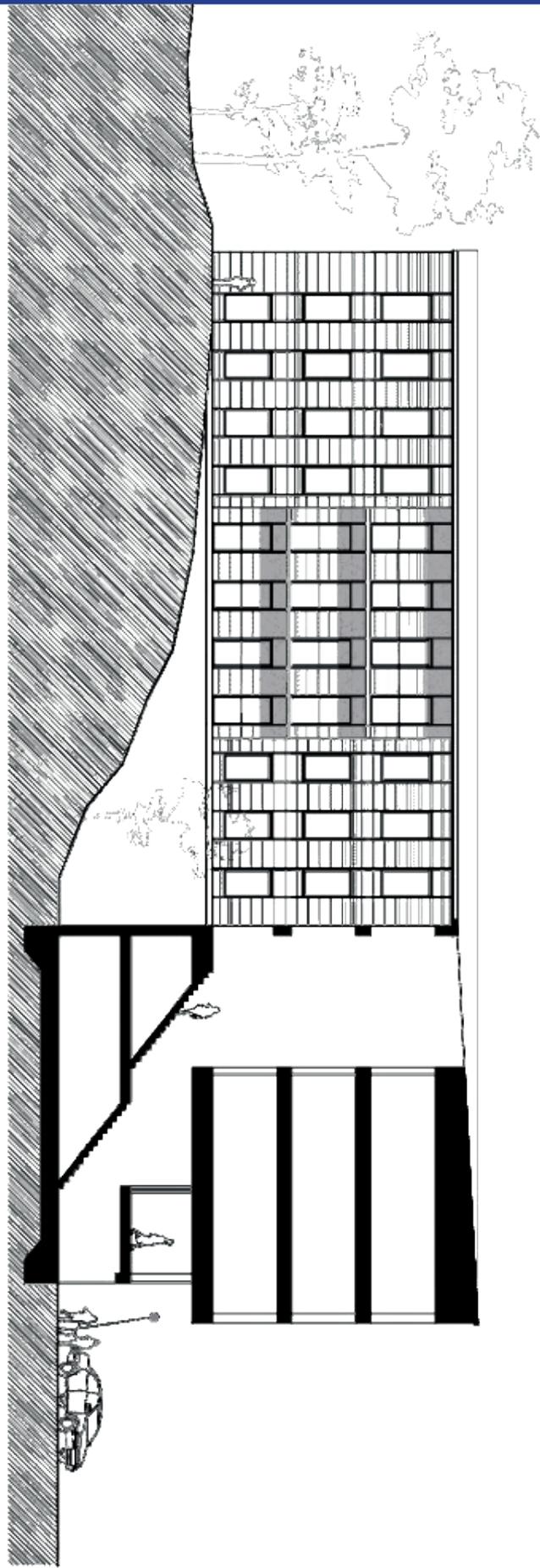
Fonte: <https://divisare.com/projects/329686-scott-rasmusson-kallander-mikael-olsson-tuvvagen>





PIANTA PIANO TIPO

SEZIONE TRASVERSALE



PETER ROSEGGER NURSING HOME

EUROPA CENTRALE (MODELLO CONTINENTALE)

SITO.....	Graz (Austria)
CONTESTO.....	Periferia
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....	Casa di riposo
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....	Nuova costruzione
PROGETTISTA.....	Dietger Wissounig Architekten
ANNO.....	2014
DATI DIMENSIONALI.....	5.000 m ² dislocati su due piani fuori terra
POSTI LETTO.....	104 pl in alloggi singoli e doppi
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....	

L'edificio è ideato per ospitare fino a 104 anziani divisi in 96 camere a loro volte organizzate in 8 microzone, 4 per piano, così da creare delle piccole comunità abitative. Ogni comunità abitativa dispone di una sala comune, che racchiude una zona cottura e la sala da pranzo, e di un atrio privato riservato a chi vive in quella zona della casa di riposo. Le seguenti zone abitative circondano un grande nucleo centrale che ospita tutti i servizi dedicati agli anziani presenti nella struttura: lavanderia, centri di terapia, un bagno termale e una grande sala polivalente. Su due lati dell'edificio trovano spazio due giardini protetti per favorire attività all'aria aperta per gli anziani.

58

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

Il fulcro principale del progetto è lo sviluppo di varie comunità abitative racchiuse in un unico edificio. Ciascuna unità abitativa, le quali in tutto sono otto (quattro per piano), risulta praticamente indipendente, essendo fornita di una sala comune con angolo cottura e un piccolo atrio interno con posti a sedere per godere dell'aria aperta. Le unità abitative sono posizionate negli angoli di quello che è stato concepito come un grande quadrato, separate tra loro da giardini protetti a dagli ingressi principali. Tutti i corridoi di passaggio convergono verso il centro del quadrato, zona ideale per inserire i vari servizi dedicati agli ospiti e una grande sala polivalente. Ciascuna unità è caratterizzata da un colore differente per permette agli ospiti un miglior orientamento ed evitando che si perdano; ciò viene evitato anche nei giardini stagioni, protetti e chiusi per impedire che anziani soggetti ad Alzheimer tendano ad allontanarsi. L'impostazione in pianta del piano terra viene replicata anche al piano superiore, con un grande atrio centrale al posto della sala polivalente e due terrazze in corrispondenza dei lati da cui si accede all'edificio. Nella casa di riposo sono presenti tutti i servizi necessari per permettere al paziente di sentirsi a casa sua e varie sale dedicate alla cura del paziente come un bagno termale presente su entrambi i piani.





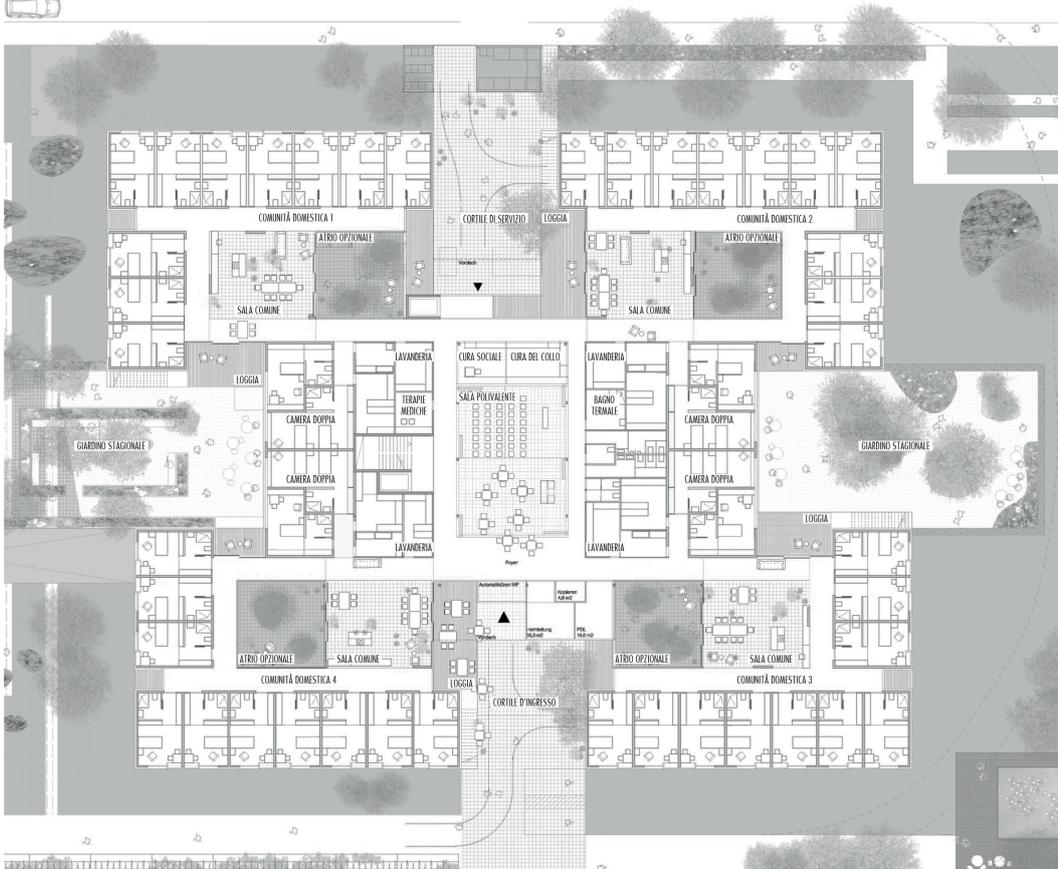
Fonte: https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/545c1d56e58ece47000047-oeapaul-ott_prsggrstr_043-jpg

60

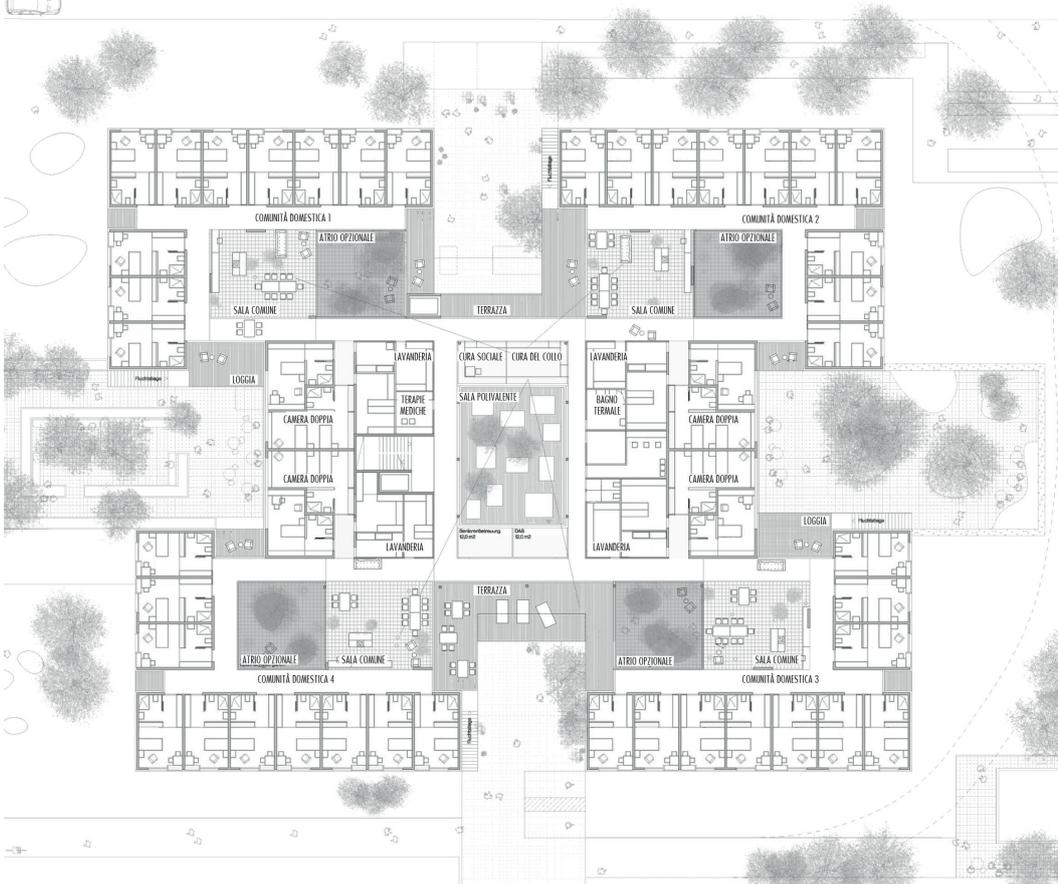
Fonte: https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/545c1d9ce58ece70e0000056-oeapaul-ott_prsggrstr_089-jpg



PIANTA PIANO TERRA



PIANTA PIANO 1°



Fonte: <https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissoung-architekten/545c20f9e58ece1a0e00004e-ground-floor-plan>

Fonte: <https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissoung-architekten/545c20fb58ece70e0000057-second-floor-plan>

NURSING AND RETIREMENT HOME by DIETGER WISSOUNIG ARCHITEKTEN

EUROPA CENTRALE (MODELLO CONTINENTALE)

SITO.....	Leoben (Austria)
CONTESTO.....	Periferia
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....	Casa di riposo
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....	Nuova costruzione
PROGETTISTA.....	Dietger Wissounig Architekten
ANNO.....	2014
DATI DIMENSIONALI.....	3.024 m ² dislocati su tre piani fuori terra + uno interrato
POSTI LETTO.....	49 pl in alloggi singoli e doppi
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....	

La struttura offre servizi dedicati sia al pubblico che interamente ai residenti. Il piano terra ospita infatti zone pubbliche e semipubbliche, aree dedicate a cucina e servizi, gli uffici dell'amministrazione, la lavanderia, sale dedicate a varie terapie e a seminari, una sala per la consultazione, un bar che offre accesso a una veranda chiusa a tutta altezza e le cui porte scorrevoli permettono diverse configurazioni spaziali a seconda dell'occasione o dell'evento, e, per finire, una cappella. Il primo piano può ospitare fino a 24 residenti in camere sia singole che doppie. Un ulteriore terrazzo fuori dalla parte meridionale dell'edificio crea uno spazio esterno protetto per la ricreazione. Il secondo piano presenta ulteriori residenze per un totale di 25 ospiti, anche in questo caso in camere singole e doppie, un'area comune per i pasti e una grande terrazza di circa 150 m² esposta a sud. Le camere possiedono tra loro la stessa organizzazione funzionale: il servizio igienico privato è sempre posizionato al lato dell'ingresso e il letto posto sempre frontalmente alla parete finestrata, garantendo la vista degli spazi verdi esterni a tutti i residenti.

62

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

L'edificio presentato di seguito dedica ciascuno dei propri piani a una differente destinazione d'uso: il piano terra è reso più pubblico e accessibile anche a persone esterne alla casa di riposo; il primo piano è destinato ad anziani affetti da demenza; il terzo ed ultimo piano a residenti anziani autosufficienti. Analizzando il piano terra esso è sia dedicato alla cura dei residenti che ad accogliere servizi aperti anche al pubblico come nel caso del bar con la veranda chiusa a tutta altezza, apribile e configurabile a piacimento a seconda dell'evento ospitato. La circolazione all'interno del piano è lineare, cosa replicata anche nei due piani superiori, anche se la parte ospitante la veranda funge da fulcro centrale essendo anche arredata per favorire la socializzazione degli ospiti. In corrispondenza delle sale dedicate alla terapia non si trovano sale d'attesa, segno che esse vengono utilizzate e indirizzate solamente ai residenti dell'edificio in caso di necessità. Il primo piano ospita soggetti anziani affetti da demenza, collegato al piano terra tramite un nucleo centrale di collegamenti verticali e a due scale esterne; accanto al nucleo dei collegamenti trovano posto sale dedicate al personale e depositi per la biancheria pulita e sporca. Anche in questo caso gli spostamenti avvengono in maniera circolare, supervisionati da un punto strategico che si affaccia direttamente sullo sbocco dell'ascensore, così da controllare che i soggetti malati non abbandonino il piano a loro dedicato.

Il piano superiore riprende più o meno la stessa impostazione, con alloggi doppi o singoli e una zona centrale di sosta e svago, sempre sotto la supervisione del personale, avente anche in questo piano una postazione di controllo nel medesimo punto. Una sala da pranzo e una cucina servono il seguente piano, fornito anche di un'ampissima terrazza, a cui si può accedere direttamente anche da piano inferiore.





Fonte: <https://www.archdaily.com/775831/nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten/56283e2ae58ece127a000340-nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten-photo>

64

Fonte: <https://www.archdaily.com/775831/nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten/56283e5de58ece6f0000364-nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten-photo>



PIANTA PIANO TERRA



Fonte: <https://www.archdaily.com/775831/nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten/5628410e58ecee6f000036b-nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten-ground-floor-plan>

PIANTA PIANO 1°



Fonte: <https://www.archdaily.com/775831/nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten/5628410e58ecee6f000036b-nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten-first-floor-plan>

PIANTA PIANO 2°



Fonte: <https://www.archdaily.com/775831/nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten/56284138e58ece127a00034a-nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten-second-floor-plan>

66

SEZIONE LONGITUDINALE



Fonte: <https://www.archdaily.com/775831/nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten/5628411ee58ece127a000349-nursing-and-retirement-home-dietger-wissouinig-architekten-longitudinal-section>

MONCONSEIL RETIREMENT HOME

EUROPA CENTRALE (MODELLO CONTINENTALE)

SITO.....	Tours (Francia)
CONTESTO.....	Periferia
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....	Casa di riposo
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....	Nuova costruzione
PROGETTISTA.....	Atelier Zundel & amp / Cristea
ANNO.....	2010
DATI DIMENSIONALI.....	4.500 m ² dislocati su tre piani fuori terra
POSTI LETTO.....	24 unità Alzheimer + 57 pl in alloggi singoli
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....	

Per comprendere meglio la composizione dell'edificio è possibile dividerlo in tre parti. Il suo corpo principale, composto da tre piani fuori terra e che si estende allineandosi ai confini sud ed est del sito, presenta al piano terra le aree comuni e di soggiorno, mentre nei due piani superiori trovano posto le camere tradizionali dedicati a 57 ospiti. Il secondo corpo dell'edificio, costituito da un unico piano terra, si estende fino al confine occidentale e ospita tutti i locali tecnici e la cucina centrale. Il terzo ed ultimo corpo si sviluppa anch'esso su un unico piano per ospitare le 24 unità Alzheimer e contiene giardini chiusi in modo da avere un maggior controllo dei pazienti. Tutti gli spazi in comune si affacciano su un grande giardino interno.

68

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

La capacità di adattarsi al lotto in cui è inserito e giungendo ad occuparlo interamente è la caratteristica principale di questa struttura d'accoglienza, che ospita sia pazienti affetti da Alzheimer che soggetti autosufficienti. I tre corpi che lo compongono risultano uniti tra loro strutturalmente ma non funzionalmente: il corpo più a ovest, sviluppato su un unico piano, è destinato completamente al personale che lavora nella struttura, e contiene la cucina centrale, che serve tutti gli ospiti presenti nella struttura, con i vari locali tecnici e i vari uffici amministrativi. Il nucleo dei servizi è posizionato in una zona limitrofa, concentrando le restanti zone alla cura degli anziani e al loro benessere. Il corpo più a ovest è quello più vasto ed è interamente dedicato agli anziani affetti da Alzheimer, con i caratteristici spazi di transito organizzati in maniera circolare così da permettere la libera deambulazione dei soggetti senza la preoccupazione che possano uscire dalla struttura. Il percorso circolare separa quello che è un giardino protetto centrale dai vari alloggi disposti su tutti i lati del corpo. Oltre alle residenze troviamo anche due sale connesse tra loro, dedicate allo svago e allo svolgimento di attività per lo stimolo sensoriale e psicologico dei pazienti. Infine il corpo centrale, l'unico a svilupparsi su tre piani fuori terra, offre al piano terra servizi completamente dedicati ai residenti, come varie sale di svago, sale per le terapie e la cura del corpo, una estesa sala da pranzo che si affaccia sull'enorme giardino e una palestra; tutto in questo corpo è dedicato agli ospiti, opportunamente serviti e accompagnati dal personale specializzato. I piani superiori, collegati da tre corpi scala, sono serviti da un corridoio centrale nei cui lati sono posizionate le camere degli anziani, tutte della tipologia singola. Diversi piccoli salottini illuminati dalla luce naturale e che fungono da zone di sosta e conversazione tra i vari ospiti, si aprono sul corridoio, facendolo apparire come la strada principale su cui si affacciano le varie residenze a schiera.





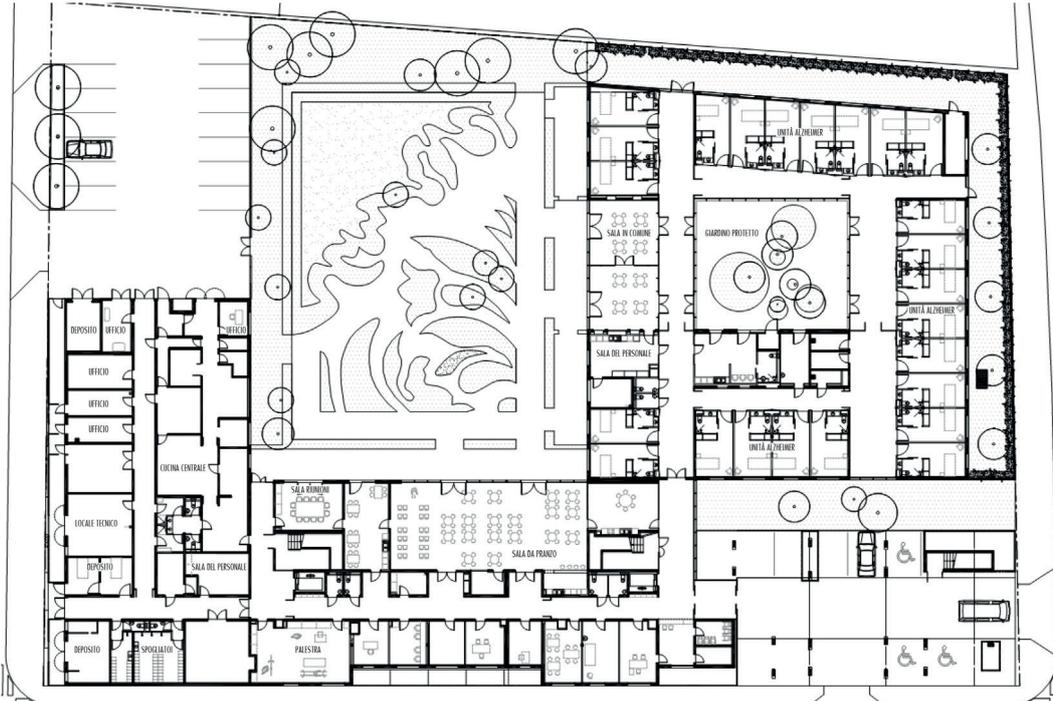
Fonte: <https://www.archdaily.com/212142/monconseil-retirement-home-atelier-zundel-cristea/5017815c28ba0d225a000ce6-monconseil-retirement-home-atelier-zundel-cristea-photo>

70

Fonte: <https://www.archdaily.com/212142/monconseil-retirement-home-atelier-zundel-cristea/5017817028ba0d225a000ceb-monconseil-retirement-home-atelier-zundel-cristea-photo>



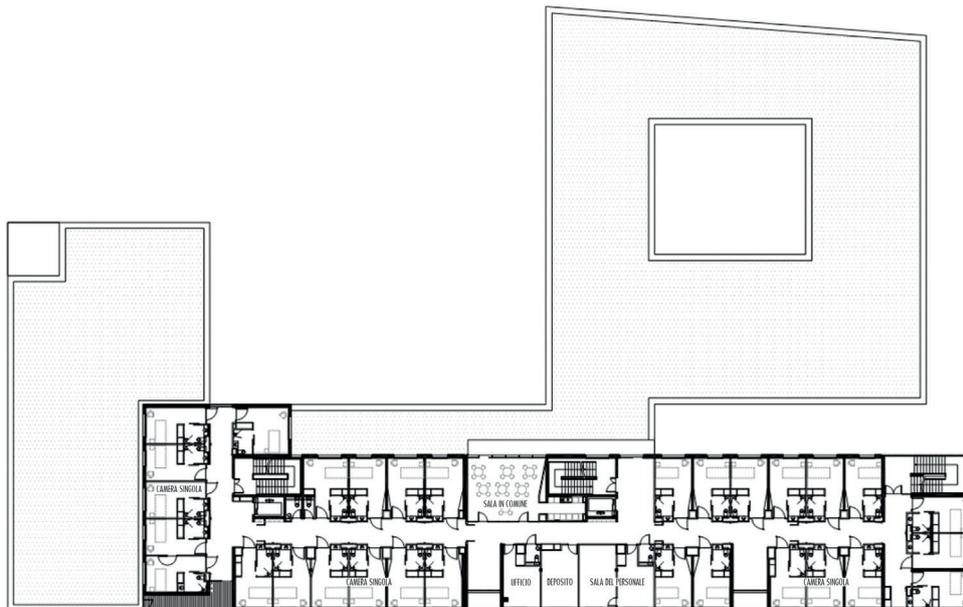
PIANTA PIANO TERRA



Fonte: <https://www.archdaily.com/212142/monconseil-retirement-home-atelier-zundel-cristea/5017817628ba0d225a000ced-monconseil-retirement-home-atelier-zundel-cristea-plan-02>

71

PIANTA PIANO 1°



Fonte: <https://www.archdaily.com/212142/monconseil-retirement-home-atelier-zundel-cristea/5017817328ba0d225a000cec-monconseil-retirement-home-atelier-zundel-cristea-plan-01>

ELDERLY RESIDENTIAL HOME by AZC

EUROPA CENTRALE (MODELLO CONTINENTALE)

SITO.....Notre-Dame De Bon Secours, Parigi (Francia)
CONTESTO.....Periferia
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....Casa di riposo
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....Nuova costruzione
PROGETTISTA..... Atelier Zundel & amp / Cristea
ANNO.....2014/2017
DATI DIMENSIONALI.....8.522 m² dislocati su sei piani fuori terra + 2 interrati
POSTI LETTO.....98 pl in Casa di cura + 64 pl in alloggi singoli
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....

Si tratta di un edificio residenziale avente 98 posti letto per gli anziani. L'edificio progettato è costituito da sei piani, disposti intorno a due cortili interni, e la sua architettura domestica lo distanzia deliberatamente dall'immagine funzionale di un ospedale. Il piano terra è riservato ai servizi pubblici, come la scuola materna e il centro medico e psicopedagogico, mentre le unità residenziali si trovano al primo, secondo, quarto e quinto piano. Le aree comuni sono state inserite al terzo piano, al centro dell'edificio; poiché i piani quarto e quinto hanno un'impronta più piccola rispetto ai piani inferiori è stato possibile ricavare ampie terrazze.

72

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

Edificio particolare in quanto offre il proprio piano terra a tre differenti destinazioni d'uso: centro medico e psicopedagogico, scuola materna e la hall di ingresso della casa di riposo e alla grande sala conferenze. Analizzando questa ultima sezione è possibile constatare come si sia voluto dare grande importanza alla hall di ingresso, costituita da una grande ampiezza e da un arredo che invitano l'ospite a sentirsi a proprio agio. Attraverso un unico e vasto nucleo centrale di collegamento verticale si accede ai piani superiori; si è deciso di organizzare gli alloggi lungo tre lati dell'edificio, dedicando invece la parte centrale a spazi per il personale e per gli anziani residenti nel piano. Sono stati inoltre ricavati due grandi zone living opportunamente arredate e che si affacciano su un piccolo terrazzo e una delle due grandi corti interne che racchiudono due piccoli giardini protetti; la circolazione nel piano è semplice e intuitiva per evitare il disorientamento degli ospiti. Salendo al terzo piano si può constatare come esso sia stato completamente riservato allo svago e ai servizi interamente dedicati ai residenti; in esso infatti trovano posto una biblioteca, alcune sale lettura, sale di svago e di confronto e un'altra ampia zona living che si affaccia su un'estesa terrazza. Per poterla ricavare è stato dato un carattere più compatto al terzo piano, concentrando tutte le attività molto vicine tra loro e facilitandone perciò l'accesso. I due piani restanti di residenze riprendono l'impostazione compositiva dei piani precedenti, limitandosi però all'impronta spaziale del terzo piano, ricavando perciò un'unica zona living affacciata sulla terrazza inferiore.





Fonte: <https://www.archdaily.com/630825/elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea/5552c3d6e58ece8a260000b2-elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea-photo>

74

Fonte: <https://www.archdaily.com/630825/elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea/5552c3d6e58ece8a260000b2-elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea-photo>



PIANO TERRA



Fonte: <https://www.archdaily.com/630825/elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea/5552c889e50ece8a260000ca-elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea-floor-plan>

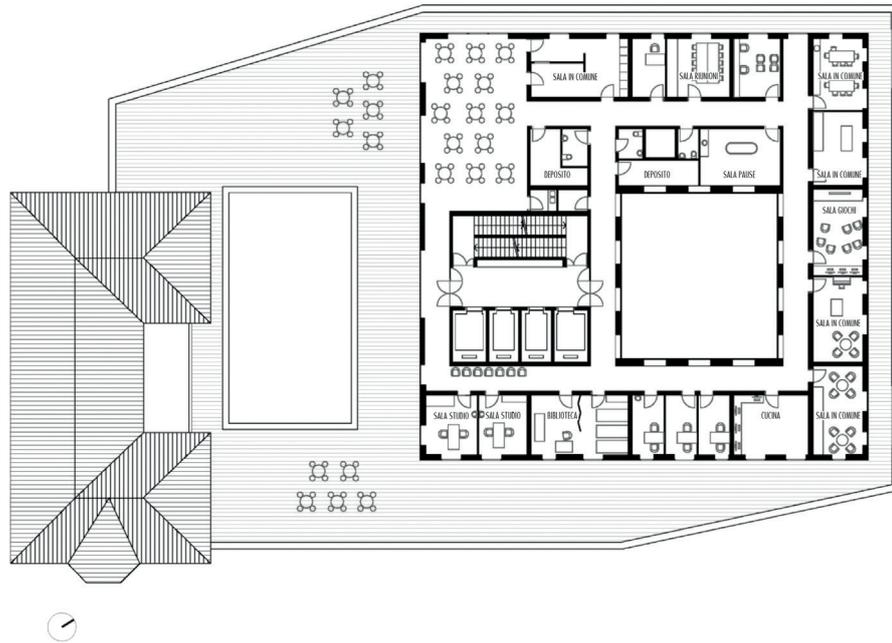
75

PIANTA PIANO 1°/2°



Fonte: <https://www.archdaily.com/630825/elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea/5552c818e58ce8a260000c7-elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea-floor-plan>

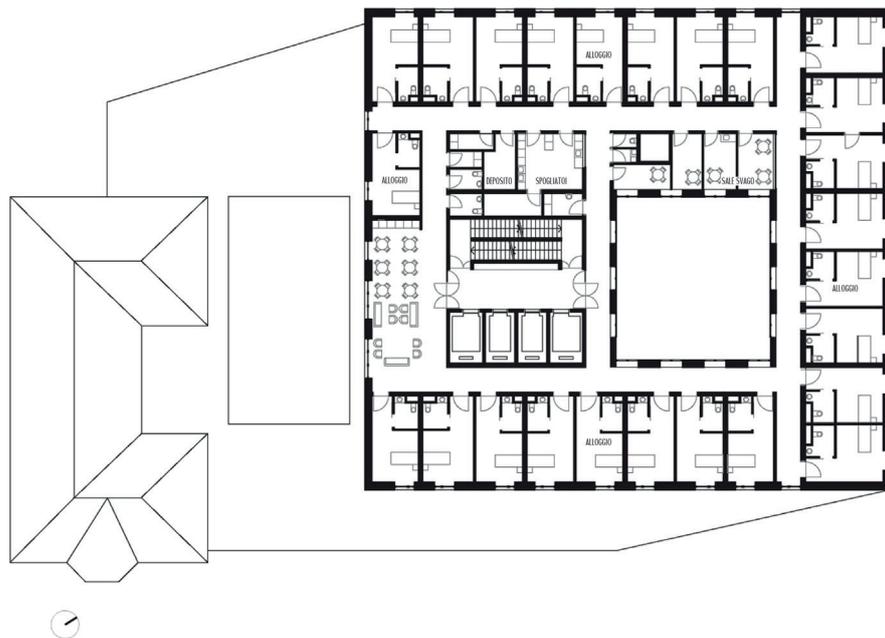
PIANTA PIANO 3°



Fonte: <https://www.archdaily.com/630825/elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea/5552c80be58ece92c7000356-elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea-floor-plan>

76

PIANTA PIANI 4°/5°



Fonte: <https://www.archdaily.com/630825/elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea/5552c7cbe58ece8a260000c5-elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea-floor-plan>

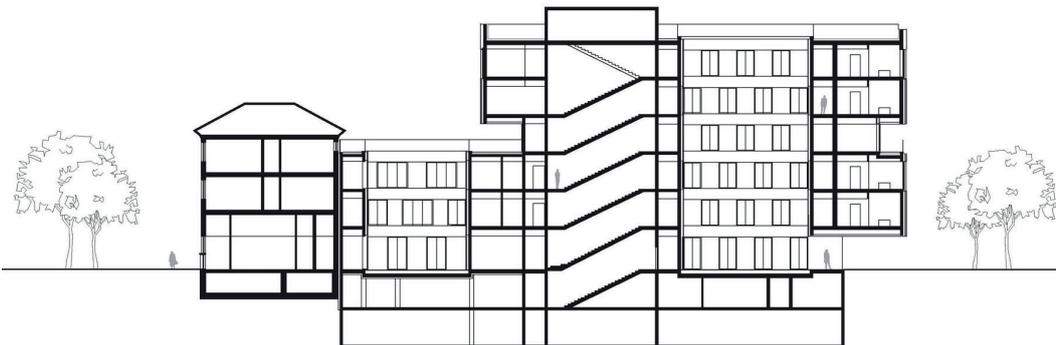
PROSPETTO OVEST



Fonte: <https://www.archdaily.com/630825/elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea/5552c780e58ece8a26000c3-elderly-residential-home-atelier-zundel-cris>

77

SEZIONE LONGITUDINALE



Fonte: <https://www.archdaily.com/630825/elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea/5552c7bee58ece92c7000354-elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea-elevation>

RESIDENCE ALICE GUY

EUROPA CENTRALE (MODELLO CONTINENTALE)

SITO.....	Parigi (Francia)
CONTESTO.....	Periferia
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....	Casa di riposo
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....	Nuova costruzione
PROGETTISTA.....	ADE architectes / David Elalouf & Guillaume Prognon
ANNO.....	2014
DATI DIMENSIONALI.....	7.080 m ² dislocati su sei piani fuori terra + un seminterrato
POSTI LETTO.....	108 pl in alloggi singoli
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....	

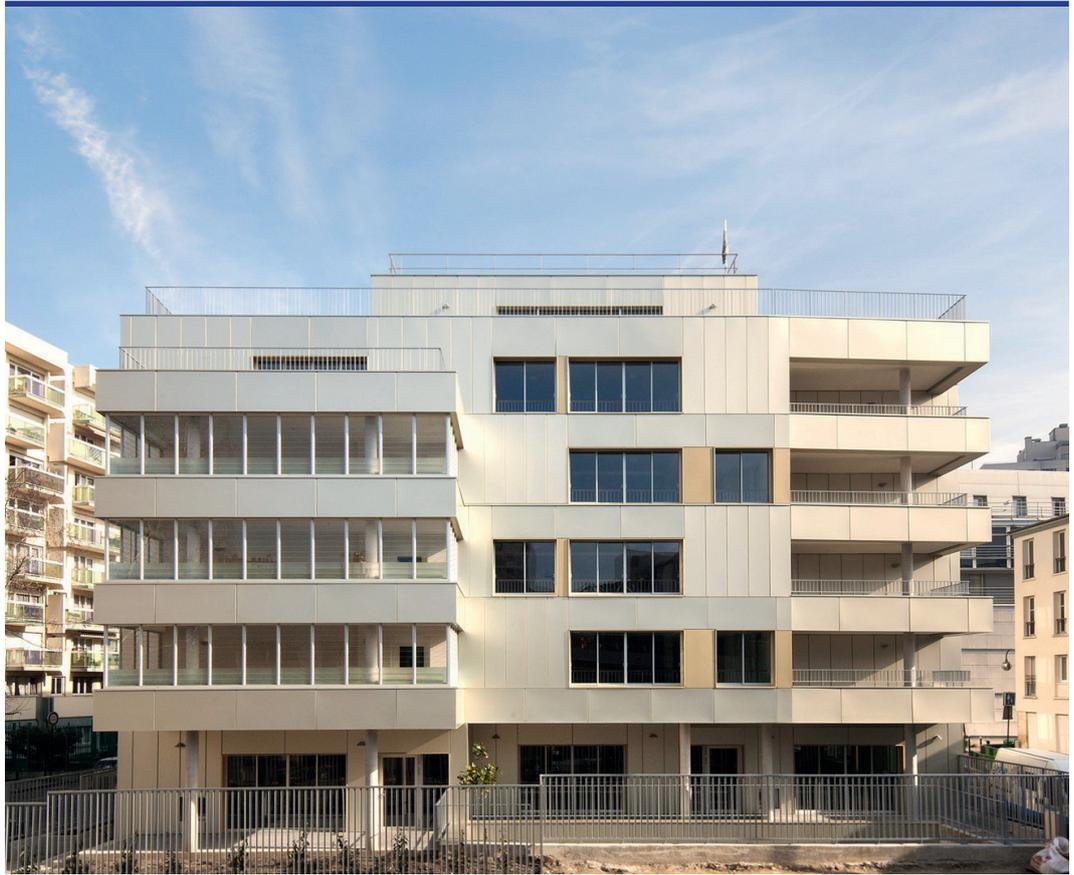
Questa costruzione è stata progettata per essere direttamente integrata col suo intorno. Tutte le attività sono distribuite su 5 piani. Al piano terra sono presenti uno spazio per animazione, un ristorante, gli uffici dell'amministrazione e i locali medici mentre, del primo al quarto piano si distribuiscono le varie stanze dei residenti, raggruppate in nuclei da 2, 3 o 5 unità; oltre alle stanze si trovano giardini invernali e spazi in comune. A differenza degli altri piani, nel terzo piano è possibile trovare anche uno spazio per la cura e la fisioterapia aperto sul giardino d'inverno. Discorso a parte va fatto per il quinto e ultimo piano in cui si è deciso di disporre i locali destinati a parrucchiere, balneoterapia, spazio Snoezelen, unità per la cura e attività speciali, il tutto circondato da una grande terrazza con vista sulla città.

78

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

L'edificio si adatta perfettamente al lotto in cui sorge e offre la possibilità di accedervi da entrambi i lati lunghi. Gli ingressi fungono da spartiacque tra una zona più libera e ampia a ovest, una più densa e stretta ad est; nella parte ovest trovano posto gli ampi ristorante e la sala animazione, sottolineando il carattere pubblico di questo piano, separati tra loro solamente da un nucleo centrale di collegamento verticale. L'ampiezza della sala animazione offre la possibilità di sfruttarla con diverse configurazioni e arredi. Una volta superata la reception si accede alla zona occupata dagli uffici amministrativi e dalle sale mediche, servite da un ampio corridoio che va a confluire in una grande sala d'attesa che si estende per tutto il lato corto ad est. Qui sono presenti vari sofà e posti a sedere, che invitano l'ospite a usufruire dei tanti libri presenti nella grande libreria che occupa l'intera parete in corrispondenza del secondo corpo scala. Attraverso di esso si passa ai piani riservati interamente agli anziani, i cui alloggi (singoli) occupano ciascun lato della pianta raggruppati in vari nuclei di differenti estensioni, separate tra loro da vari salottini che si affacciano direttamente sulla città. La particolare forma dell'edificio ha permesso di ricavare, in corrispondenza del lato corto a ovest, un'ampia zona living con un piccolo terrazzo, mentre due nuclei centrali sono occupati, oltre che dai collegamenti verticali, da un giardino d'inverno e alcuni locali destinati al deposito della biancheria intima, e quindi riservati al personale. Differente rispetto a tutti gli altri è l'impostazione in pianta dell'ultimo piano, più compatto e ristretto in quanto dedicato solo ad alcuni servizi per gli anziani concentrati intorno ai collegamenti verticali; lo spazio rimanente è stato dedicato alla realizzazione di una grande terrazza con spazi verdi per godere dell'aria aperta e della vista sulla città. Si è voluto quindi separare questi servizi così da creare, nelle piante con le residenze, una riproduzione di blocchi cittadini, favorendo la socializzazione tra gli ospiti.



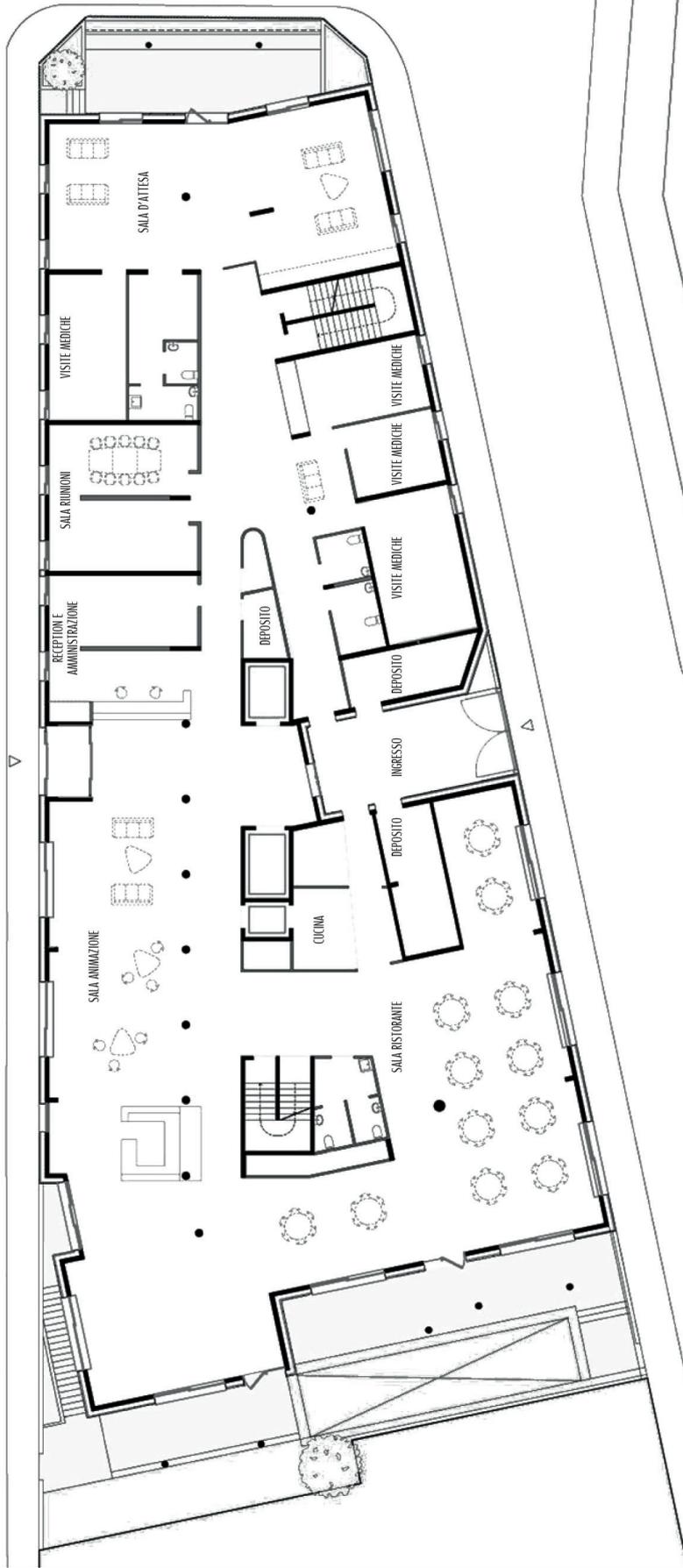


Fonte: <https://www.archdaily.com/498030/residence-alice-guy-ade-architects/53508660c07a809cla000052-residence-alice-guy-ade-architects-photo>

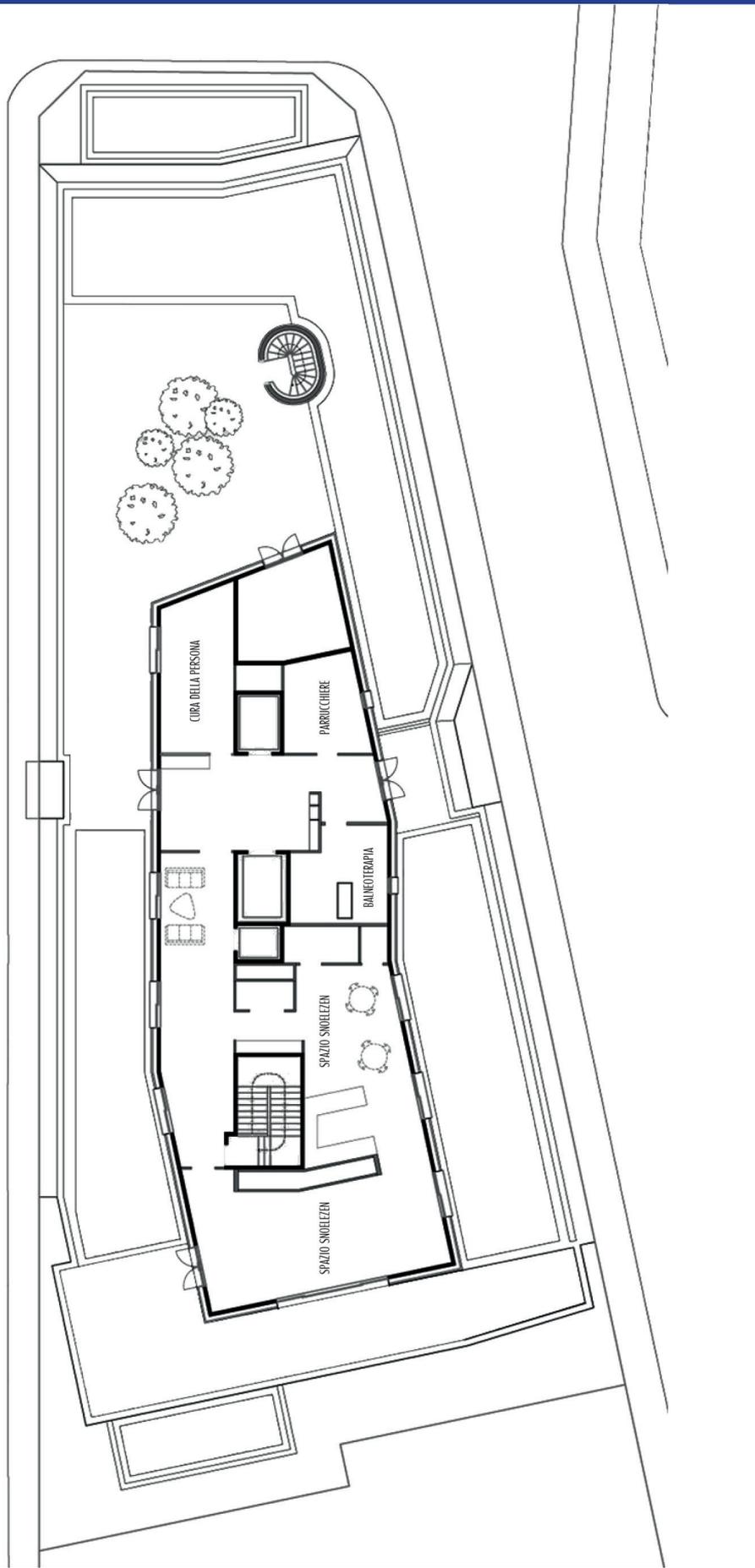
80

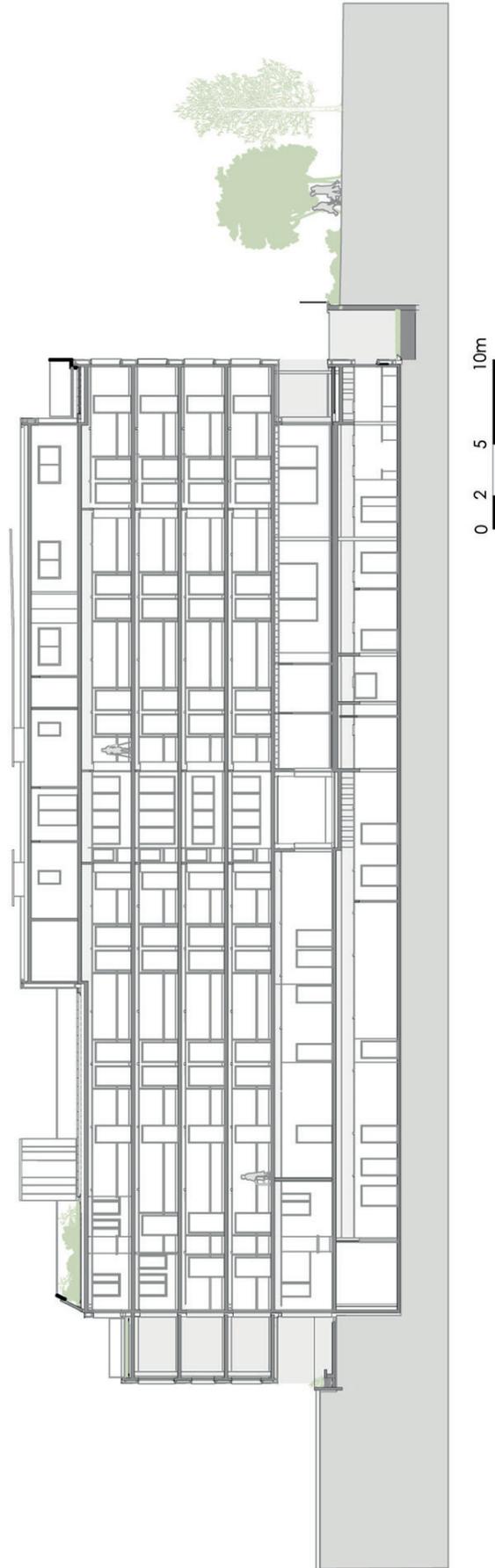
Fonte: <https://www.archdaily.com/498030/residence-alice-guy-ade-architects/5350875dc07a809cla000055-residence-alice-guy-ade-architects-photo>











NURSING HOME WILLIBRORD

EUROPA CENTRALE (MODELLO CONTINENTALE)

SITO.....	Middleburg (Olanda)
CONTESTO.....	Periferia
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....	Casa di riposo
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....	Nuova costruzione
PROGETTISTA.....	Van Aken Architecten
ANNO.....	2013
DATI DIMENSIONALI.....	5.000 m ² dislocati su tre piani fuori terra
POSTI LETTO.....	62 pl in alloggi singoli e doppi
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....	

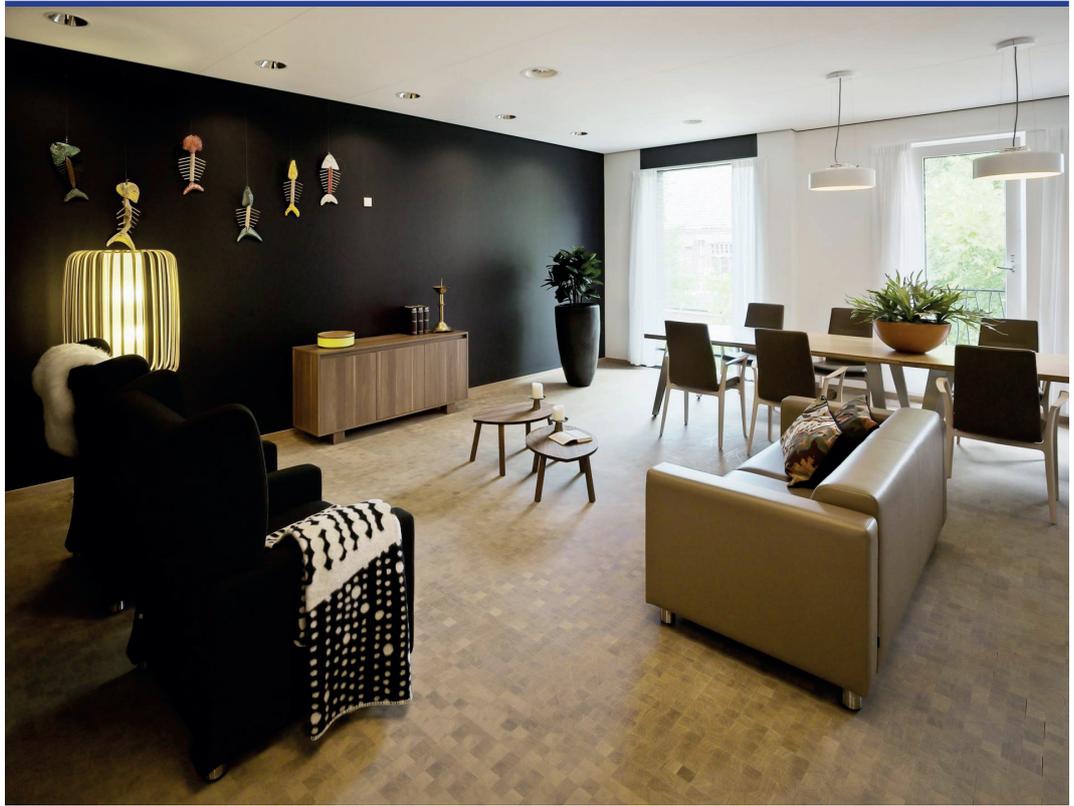
L'edificio ha una struttura aperta. Per poter creare un ambiente che favorisse la socializzazione sono stati sviluppati tre gruppi di appartamenti, ciascuno composto da camera da letto / salotto e bagno. Ogni gruppo condivide una cucina e un soggiorno, mentre tutti i residenti possono accedere a un giardino chiuso situato accanto agli appartamenti. Tutti gli appartamenti privati, che in tutto ospitano fino a un massimo di 44 anziani, dispongono di finestre ampie e a tutta altezza che permettono l'ingresso di abbondanti quantità di luce diurna nello spazio e consentono viste panoramiche sulla città. L'ingresso principale del complesso si apre sulla Plaza centrale con una birreria aperta al pubblico.

86

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

Il concept del progetto si sviluppa intorno all'idea di creare tre gruppi di appartamenti con l'intenzione di favorire la nascita di un ambiente sociale e amichevole tra i residenti. Il piano terra è sicuramente il fulcro di questa idea: accedendo alla struttura ci si ritrova in un ampio spazio in comune, arredato per lo svolgimento di diverse attività e arricchito da una birreria aperta al pubblico. Questo spazio è il vero cuore della residenza, soprannominato infatti Plaza, in quanto principale punto di incontro e di socializzazione, dal momento che tutti i gruppi residenziali convergono verso di esso. Una parte dello spazio è stato reso a tutta altezza, nei pressi della grande parete vetrata che dà sul giardino interno, permettendo l'ingresso abbondante della luce naturale anche per i piani superiori. Ciascun gruppo residenziale dispone di una cucina e un salotto in comune, favorendo la creazione di una piccola comunità. Accedendo ai piani superiori si può notare come gli alloggi siano disposti nella medesima configurazione, con lo spazio sociale sempre al centro dell'edificio. Ciascun piano è servito e controllato dallo staff specializzato, che dispone di una sala a loro riservata.





Fonte: <http://it.archello.com/en/project/interior-nursing-home-willibrod>

88

Fonte: <http://it.archello.com/en/project/interior-nursing-home-willibrod>



PIANTA PIANO TERRA



Fonte: <http://it.archello.com/en/project/interior-nursing-home-willibord>

PIANTA PIANO 1°



Fonte: <http://it.archello.com/en/project/interior-nursing-home-willibord>

RETIREMENT HOME MEIER

EUROPA CENTRALE (MODELLO CONTINENTALE)

SITO.....	Vaud (Svizzera)
CONTESTO.....	Campagna
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....	Casa di riposo
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....	Nuova costruzione
PROGETTISTA.....	Van Aken Architecten
ANNO.....	2008
DATI DIMENSIONALI.....	5.000 m ² dislocati su tre piani fuori terra
POSTI LETTO.....	44 pl in alloggi singoli
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....	

La casa di riposo è un edificio a forma di H, al centro del quale si trova un atrio aperto su ognuno dei tre livelli dell'edificio, che ospita le aree di servizio e le sale per i residenti, una per lato. Il piano terra ospita i vari uffici dell'amministrazione, le sale del personale e la grande cucina che offre servizio agli anziani. Le ali ospitano le camere da letto, 44 singole, disposte attorno ad un nucleo centrale di bagni ogni due. In ciascun piano trovano posto anche una piccola saletta per i residenti e una infermeria a disposizione in caso di emergenza.

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

Nel seguente progetto salta subito all'occhio il dominio assoluto della simmetria. Il piano terra poi è stato progettato in modo tale da avere la maggior trasparenza possibile e migliorare le viste verso l'esterno, data la locazione del lotto in aperta campagna, e l'ingresso della luce naturale. Una volta effettuato l'accesso alla struttura, si apre un vasto atrio, illuminato oltre che dalla trasparenza del piano, anche da un grande pozzo luce a tutta altezza; il piano terra è stato scelto come unico piano ospitante i servizi in comune per i residenti, così da dedicare i due piani superiori interamente agli alloggi. In esso trovano posto due enormi sale in comune polivalenti a disposizione degli ospiti, in cui vengono svolte tutte le attività ricreative e di stimolazione dei sensi a favore degli anziani, fungendo inoltre anche da sale da pranzo. Oltre ai servizi in comune, sono ospitati anche i vari spazi ad uso del personale, come la grande cucina e i vari uffici amministrativi, oltre ovviamente a sale di ristoro riservate al personale. In questo modo è stato possibile concentrare durante l'arco della giornata quasi tutte le persone all'interno dell'edificio in un unico piano, permettendo dunque un maggior controllo e una maggiore assistenza agli ospiti anziani. Nel piano terra trovano posto già alcune residenze sul lato sinistro della struttura, servite da un lungo corridoio e organizzate a coppie con un nucleo centrale in comune che contiene i servizi igienici personali. Lo schema viene ripetuto nei due piani superiori, che come già detto sono dedicati interamente ad accogliere le residenze degli anziani, giungendo ad ospitarne fino a 44. Le due ali sfociano nell'ampia zona centrale, cuore della struttura dove sono presenti le salette di controllo del personale, una piccola sala in comune che serve il piano e un'infermeria.





Fonte: <https://www.archdaily.com/156293/retirement-home-meier-associates-architectes/5015225f28ba0d02f0000391-retirement-home-meier-associates-architectes-photo>

92

Fonte: <https://www.archdaily.com/156293/retirement-home-meier-associates-architectes/5015229928ba0d02f000039e-retirement-home-meier-associates-architectes-photo>



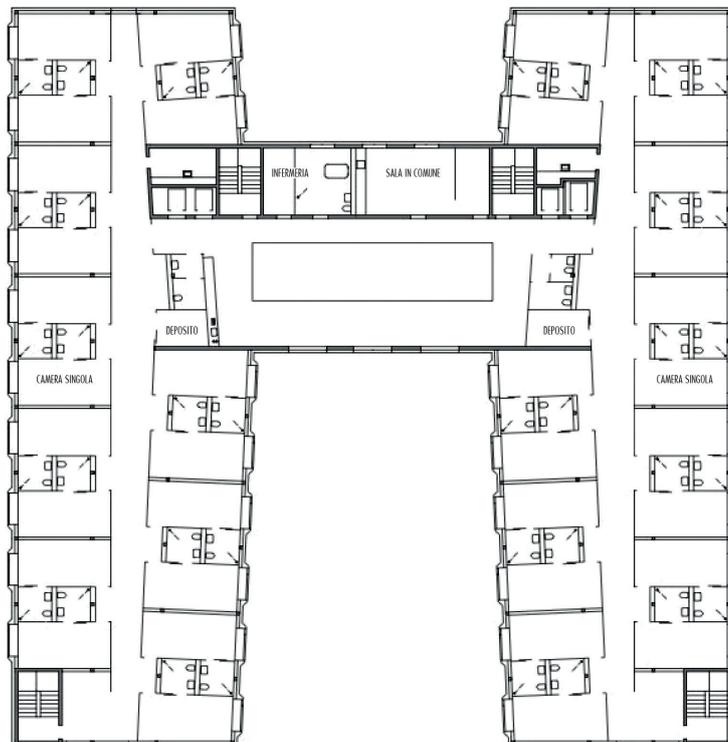
PIANTA PIANO TERRA



Fonte: <https://www.archdaily.com/156293/retirement-home-meier-associates-architectes/5015225628ba0d02f000038e-retirement-home-meier-associates-architectes-plan>

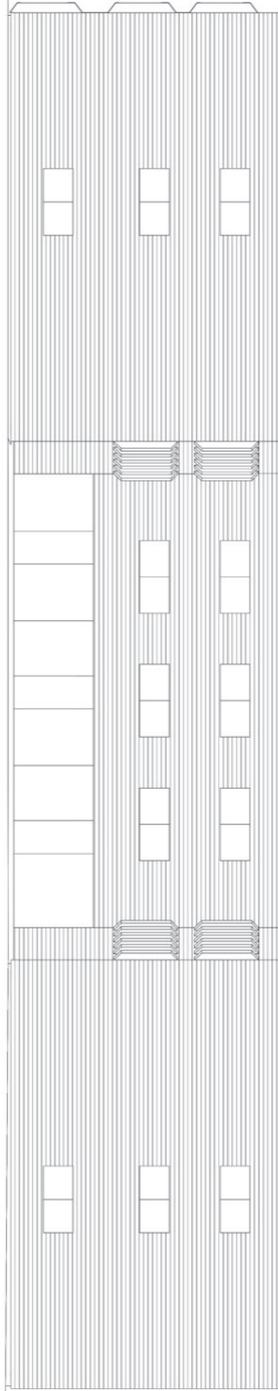
93

PIANTA PIANO 1°

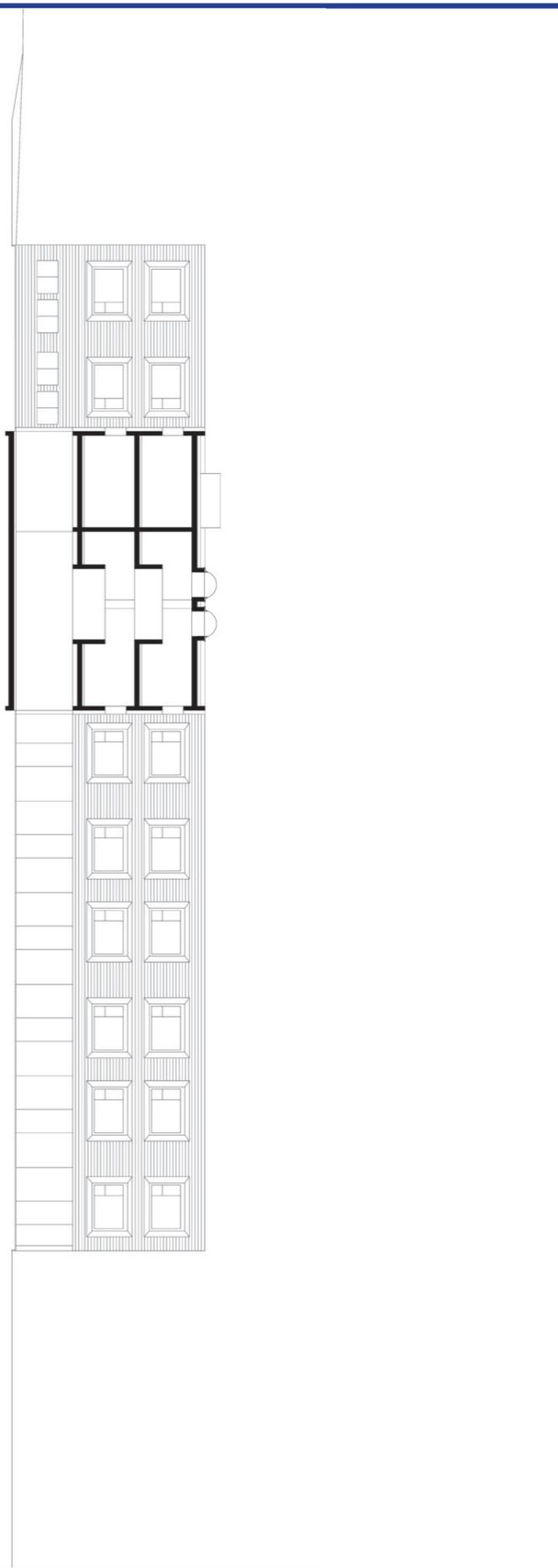


Fonte: <https://www.archdaily.com/156293/retirement-home-meier-associates-architectes/5015225628ba0d02f000038f-retirement-home-meier-associates-architectes-plan>

PROSPETTO FRONTALE



SEZIONE LONGITUDINALE



RSA DINA GANDINI

EUROPA MERIDIONALE (MODELLO MEDITERRANEO)

SITO.....Poggibonsi
(Italia)CONTESTO.....Centro
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....Residenza Sanitaria Assistenziale e Centro diurno cittadino
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....Nuova costruzione + parziale recupero
PROGETTISTA.....Ipostudio Architetti
ANNO.....2005
DATI DIMENSIONALI.....4.360 m² dislocati su tre piani fuori terra
POSTI LETTO.....10 unità Alzheimer + 53 pl in alloggi doppi e singoli
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....

Il progetto è stato sviluppato in un'area tra l'Ospedale "Burrelli" e un piccolo edificio conosciuto come ex "casa delle suore". Dell'ospedale esistente sono stati demoliti due corpi di fabbrica laterali ed è stata creata una relazione tra il nuovo fabbricato, l'ospedale e l'ex casa delle suore, formando anche un nuovo fronte al corpo dell'ospedale esistente. La RSA si apre su una piazza che idealmente si collega attraverso un percorso urbano al centro città ed è composto da due corpi di fabbrica di due e tre piani e da altri due corpi di fabbrica che si sviluppano su un piano, completando un quadrilatero che forma una corte interna, in parte organizzata come un giardino. Il corpo che si trova parallelo all'ospedale è costituito da tre livelli: il 1° livello ospita i Servizi di vita collettiva mentre il 2° e il 3° due gruppi di alloggi composti ciascuno da 20 posti letto; il corpo opposto, parallelo al fronte dell'ex "casa delle suore" si sviluppa invece su due livelli, con anch'esso il piano terra ospitante i servizi e il piano superiore gli alloggi, mentre tutti gli altri servizi a disposizione per la RSA si trovano nei rimanenti corpi di fabbrica. L'ex "casa delle suore" è stata scelta come dimora per il nuovo Centro Diurno che, pur mantenendo un accesso autonomo, è direttamente collegata alla RSA. Nel piano terra trovano spazio tutti quei servizi pubblici che hanno a che fare con l'esterno, come la reception, la portineria, gli uffici amministrativi e la sala polivalente, riconoscibile per la particolare forma circolare, adiacente alla chiesa dell'ospedale che è stata mantenuta come connessione tra il vecchio e il nuovo. Sul lato orientale sono stati organizzati spazi dedicati alla palestra e ai suoi servizi, mentre, nella parte occidentale spazi dedicati alla grande sala polivalente, utilizzata come sala da pranzo, soggiorno e laboratori.

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

La posizione centrale della RSA Dina Gandini, in un contesto storico ben definito, ha fatto nascere la necessità di creare una piazza pubblica direttamente connessa con il centro città. L'immersione totale nel costruito e una inclusione perfetta delle preesistenze con il nuovo, ha permesso ai progettisti di creare un polo significativo ed essenziale per la città. La strategia intrapresa è stata di dedicare l'intero piano terra ai servizi per gli anziani e per il pubblico, mentre i piani superiori sono riservati alle residenze. L'ingresso principale dà l'accesso alla parte del piano terra che è dedicato alle consulenze mediche, con una grande e luminosa sala d'attesa da cui è possibile accedere per le

varie visite mediche; tuttavia i posti a sedere sono posti dietro alle vetrate, impedendo quindi al pubblico di godere della vista dello spazio esterno. Sui lati sono inseriti tutti gli spazi dedicati alle attività per gli anziani, con una grande palestra nell'ala ovest e una ancora più grande sala polivalente nel lato est. La parte nord, più riservata e a cui è meno facile accedere, è destinata alla cucina e a tutti gli altri spazi relativi al personale che lavora nella struttura, come ad esempio gli spogliatoi. La manica est, collegata anche con l'ex casa delle suore, comprende una cappella usufruibile anche dal pubblico esterno alla struttura. Ogni sala riservata agli anziani si affaccia sull'ampia corte interna occupata da un giardino, così da garantire una buona illuminazione naturale oltre che una bella vista sull'esterno. Esso viene utilizzato anche per svolgere attività all'aperto, grazie alla protezione e al controllo che è possibile garantire agli anziani. I piani superiori della manica est sono riservati alle residenze: queste sono prevalentemente camere doppie, interrotte nella parte centrale del piano, da una grande zona living comune, opportunamente controllata da una postazione riservata allo staff. L'ampia sala in comune per i residenti si affaccia sul giardino interno ed offre la possibilità di svolgere differenti attività in essa, grazie alle varie tipologie di arredi presenti in essa e grazie all'ausilio del personale sempre presente e a disposizione per ogni evenienza.



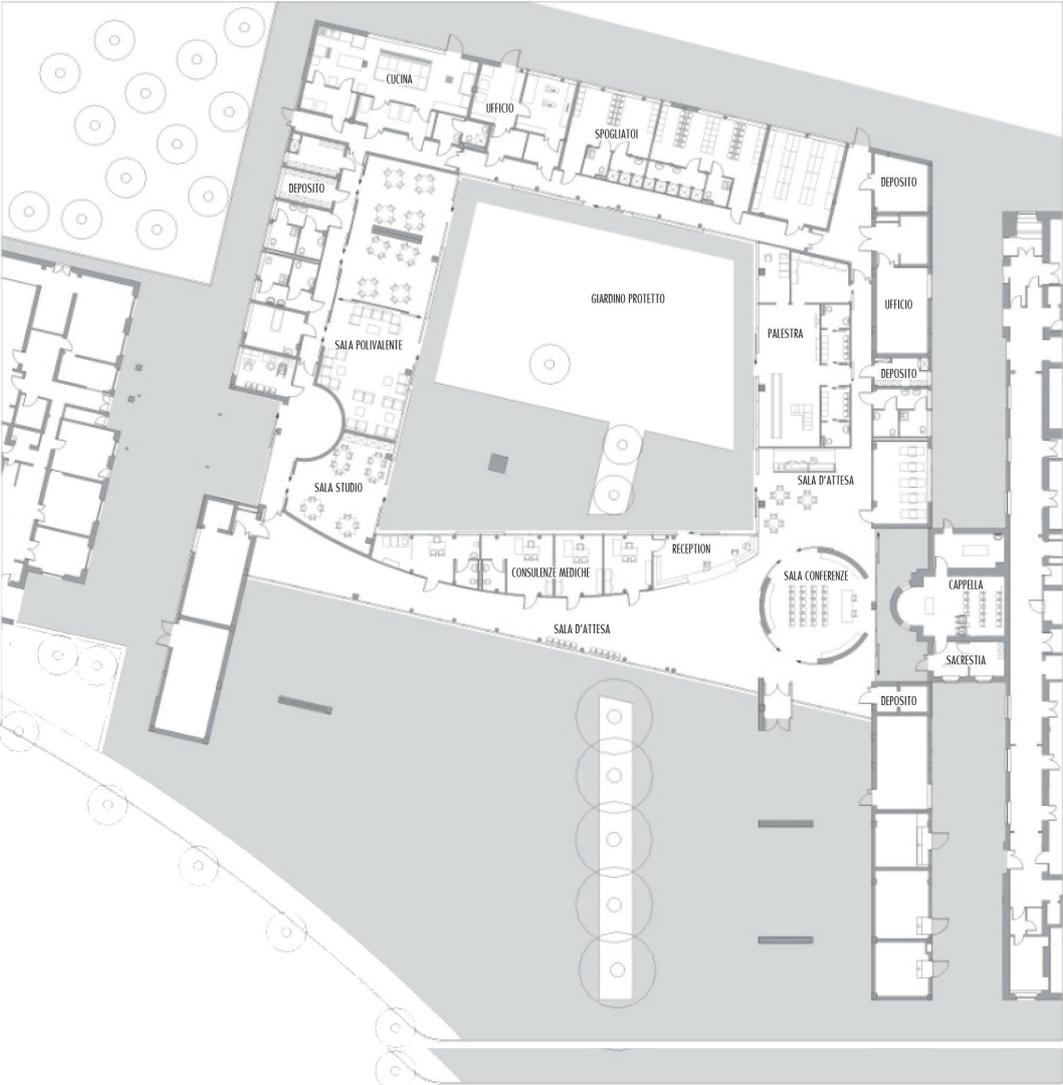
Fonte: <https://divisare.com/projects/198341-Ipostudio-Architetti--Residenza-Sanitaria-Assistenziale-a-Poggibonsi-Siena>

98

Fonte: <https://divisare.com/projects/198341-Ipostudio-Architetti--Residenza-Sanitaria-Assistenziale-a-Poggibonsi-Siena>



PIANTA PIANO TERRA



PIANTA PIANO 1°



CENTRO ASISTENCIAL SANTA ANA

EUROPA MERIDIONALE (MODELLO MEDITERRANEO)

SITO.....	Utebo (Spagna)
CONTESTO.....	Periferia
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....	Casa di riposo e Centro diurno cittadino
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....	Nuova costruzione
PROGETTISTA.....	Basilio Tobías
ANNO.....	2012
DATI DIMENSIONALI.....	4.360 m ² dislocati su quattro piani fuori terra + uno seminterrato
POSTI LETTO.....	135 pl in alloggi singoli e doppi
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....	

L'accesso principale all'edificio è determinato da una rientranza al piano terra, differenziandolo dall'accesso al Centro Diurno, situato in corrispondenza di un patio; gli accessi sono situati nella parte sud-ovest dell'edificio vicino alla rampa di accesso al parcheggio e al cortile inglese che si estende lungo tutta la facciata ovest. Nel seminterrato sono collocati zona lavanderia, spogliatoi, palestra, cucina, sala da pranzo, aree di servizio e magazzini. Sono stati inseriti diversi nuclei di comunicazione verticale che portano ai tre piani delle stanze, le quali si presentano in due diverse tipologie: singole o doppie. Ogni piano è servito da un corridoio centrale che presenta diverse zone di sosta e un nucleo centrale in cui sono collocati l'area per il personale e i collegamenti verticali mentre, nell'estremità nord, si apre una zona giorno sul paesaggio circostante.

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

Edificato in una zona periferica della città, il Centro Asistencial Santa Ana ospita al suo interno sia il Centro Diurno cittadino che residenze per anziani. Il Centro Diurno può ospitare fino a 30 anziani offrendo vari servizi anche durante il fine settimana; esso si sviluppa nel piano seminterrato e nel piano terra, in cui trovano spazio, tra i vari servizi, sale per l'animazione socio-culturale, laboratori di stimolazione cognitiva e un servizio di stimolazione psicomotrice. Tutto è concepito su misura per l'anziano anche grazie all'assistenza di personale specializzato e l'attenzione per i dettagli, come la realizzazione di diete personalizzate a seconda delle esigenze dell'ospite con, inoltre, un adeguato controllo nutrizionale. Il seminterrato ospita i locali tecnici e di servizio, oltre a una grande sala polivalente che è possibile sfruttare in diverse configurazioni grazie a delle pareti mobili. La circolazione si concentra nella parte centrale così da rendere più accessibile ogni spazio all'interno della struttura. Vari collegamenti verticali permettono di raggiungere i piani superiori, interamente dedicati alle residenze, disponibili in due tipologie: singole o doppie; nella parte centrale di ogni piano è situata una zona riservata al personale, in modo da fornire una pronta assistenza in caso di necessità. Ogni camera è concepita per essere personalizzata dall'ospite che la occupa, così da migliorare la percezione di vivere come a casa propria. La vicinanza del Parque de las Fuentes, ammirabile anche attraverso le numerose terrazze presenti nell'edificio, permette lo svolgimento di attività all'aperto, essenziali per la salute dell'anziano, motivando sempre più la scelta di edificare l'edificio nella parte periferica e più tranquilla della città.





Fonte: <http://hicarquitectura.com/2013/03/basilio-tobias-residencia-asistida-y-centro-de-dia-de-la-tercera-edad-utebo/>

104

Fonte: <http://hicarquitectura.com/2013/03/basilio-tobias-residencia-asistida-y-centro-de-dia-de-la-tercera-edad-utebo/>



PIANTA PIANO SEMINTERRATO



Fonte: <http://hicarquitectura.com/2013/03/basilio-tobias-residencia-asistida-y-centro-de-dia-de-la-tercera-edad-utebo/>

PIANTA PIANO TERRA



Fonte: <http://hicarquitectura.com/2013/03/basilio-tobias-residencia-asistida-y-centro-de-dia-de-la-tercera-edad-utebo/>

PIANTA PIANI 1°/2°/3°/4°



Fonte: <http://hicarquitectura.com/2013/03/basilio-tobias-residencia-asistida-y-centro-de-dia-de-la-tercera-edad-utebo/>

RESIDENCIA GERIÁTRICA MAS PITEU

EUROPA MERIDIONALE (MODELLO MEDITERRANEO)

SITO.....Barcellona (Spagna)
CONTESTO.....Periferia
TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....Casa di riposo
TIPOLOGIA DI INTERVENTO.....Nuova costruzione + parziale recupero
PROGETTISTA.....Estudi PSP Arquitectura
ANNO.....2010
DATI DIMENSIONALI.....5.161 m² dislocati su tre piani fuori terra + uno seminterrato
POSTI LETTO.....52 pl in alloggi singoli e doppi
TIPI DI ASSISTENZA EROGATA E DOTAZIONI.....

Questo edificio, caratteristico per il suo particolare adattamento al paesaggio, si pone come anello di congiunzione tra il parco Collserola e l'area urbana nelle immediate vicinanze. Il progetto si basa anche su preesistenze che sono state prese in considerazione e conservate, divenendo parte integrante del progetto, come gli archi delle mura di sostegno che fungono da ingresso per il nuovo edificio, e un piccolo edificio, restaurato e destinato ad accogliere quattro ospiti non autosufficienti, disponendo inoltre di un ingresso indipendente. La piattaforma che si pone sopra al muro di contenimento funge da limite fisico tra il volume che rimane interrato e seminterrato (dentro al muro e agli archi esistenti) e il corpo che si sovrappone a questo appoggiandosi ad uno dei suoi lati. Questa differenza volumetrica è marcata ancora di più anche dai vari tipi di usi a cui questi due corpi sono destinati: nel piano interrato sono ospitati tutti i servizi comuni e l'accesso diretto all'edificio, mentre il corpo superiore è interamente dedicato agli alloggi.

ANALISI CRITICA DEGLI SPAZI E UMANIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI

La forma allungata dell'edificio, derivante dall'adattamento di questo col paesaggio in cui sorge, ha inciso molto sulla sua organizzazione spaziale e funzionale. Ogni piano è servito da lunghi corridoi centrali, sconsigliati quando il progetto prevede spazi dedicati alle persone anziane, in quanto spazi lunghi e stretti possono generare ansia e discomfort negli ospiti della struttura. A discapito di un numero ridotto di camere, sarebbe stato opportuno interrompere di tanto in tanto il corridoio con aperture affacciata verso l'esterno, possibilmente arredate, in quanto sia la presenza di luce naturale che la vista di aree esterne, aiutano gli ospiti della struttura dal punto di vista del benessere visivo e del benessere ambientale. La mancanza di aree di socializzazione non si limita tuttavia ai solo corridoi, ma sono assenti vere proprie aree destinate a questa funzione, favorendo invece una presenza rilevante di ospiti nell'edificio. Solamente quattro camere presenti nel secondo piano godono di un ampio balcone affacciato sul giardino privato della struttura.





Fonte: <https://www.plataformaarquitectura.cl/d/02-162875/residencia-geriatrica-mas-piteu-estudi-ppsp-arquitectura/513193e0b3fc4b0d98001d6b-residencia-geriatrica-mas-piteu-estudi-ppsp-arquitectura-foto>

108

Fonte: <https://www.plataformaarquitectura.cl/d/02-162875/residencia-geriatrica-mas-piteu-estudi-ppsp-arquitectura/5131940db3fc4b0d98001d71-residencia-geriatrica-mas-piteu-estudi-ppsp-arquitectura-foto>



PIANTA PIANO SEMINTERRATO



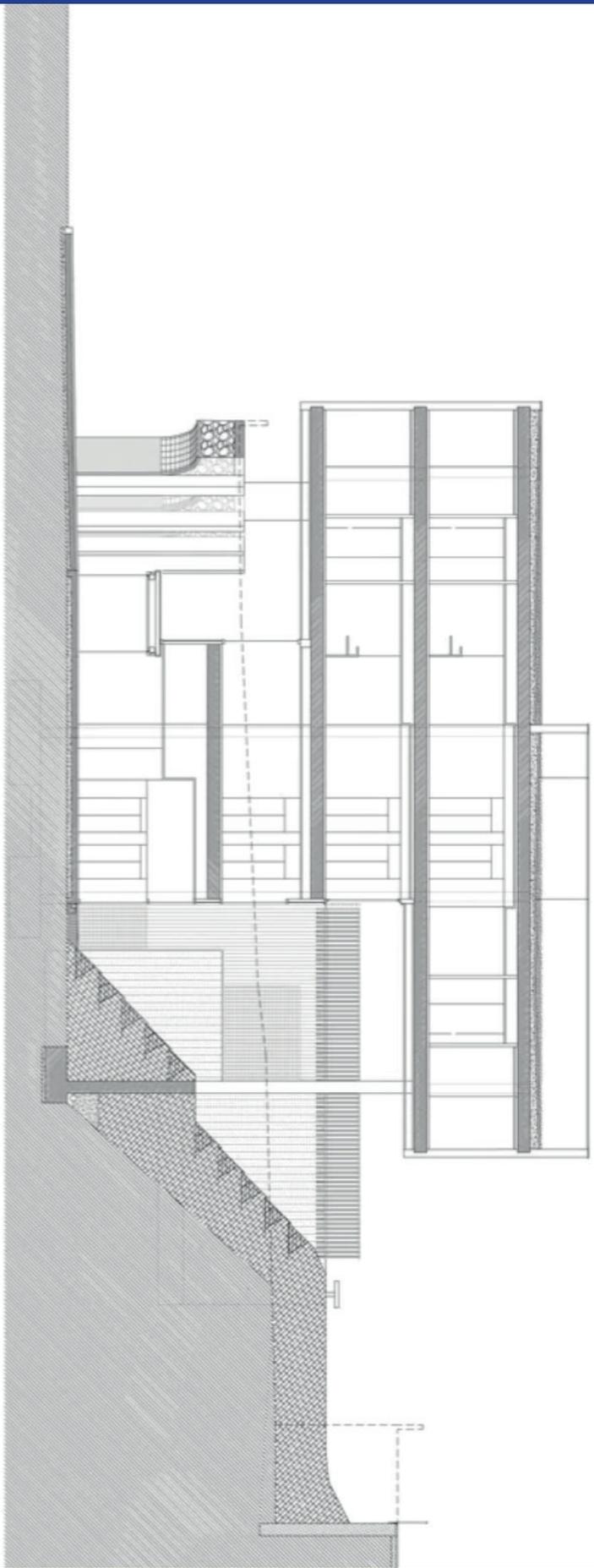
PIANTA PIANO 1°

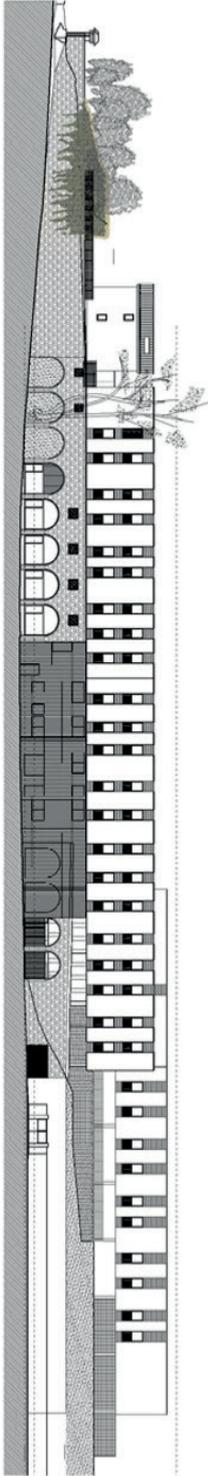


PIANTA PIANO 2°

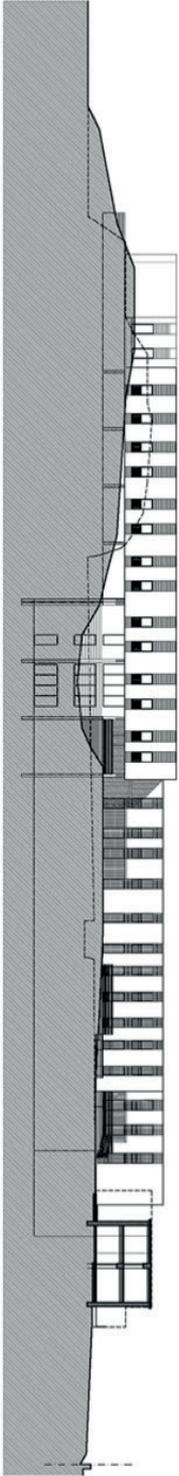


SEZIONE TRASVERSALE





PROSPETTO SUD



PROSPETTO NORD

CONSIDERAZIONI FINALI SUI CASI STUDIO ANALIZZATI

In questo paragrafo si presentano una serie di considerazioni relative ai vari casi studio, grazie anche all'ausilio di una tabella riassuntiva.

La maggior parte dei casi analizzati ha trovato la propria collocazione in una zona periferica, dimostrando la volontà di insediare un centro per anziani in una zona calma e silenziosa, possibilmente a contatto con il verde urbano e lontano dal traffico cittadino. Ciò risulta da un lato essenziale per la cura degli anziani, affinché possano vivere in un contesto tranquillo e privo di disturbi per la loro quiete, ma dall'altro li rende isolati. La maggior parte dei casi analizzati sia di recente costruzione ed ex novo, in particolare nell'Europa Settentrionale e Centrale, mentre nell'Europa Meridionale si ha la necessità di recuperare vecchi edifici appartenenti al contesto urbano, inglobandoli ed assegnandoli nuove destinazioni d'uso; questa scelta si può giustificare vista l'enorme quantità di edifici appartenenti a un periodo storico antecedente in questa zona dell'Europa, che, per evitarne la demolizione, vengono recuperati e/o inglobati con una nuova destinazione d'uso. La scelta di recuperare un edificio preesistente sta alla base del progetto di recupero presentato nei prossimi capitoli.

Tra i vari casi studio analizzati sono pochi quelli che ospitano al loro interno anche pazienti affetti da demenza senile o Alzheimer. Le motivazioni sono varie per cui questo avviene: in alcuni casi la dimensione dell'edificio non si presta ad ospitare sia pazienti autosufficienti che soggetti a demenza senile; in altri casi si preferisce destinare i Centri NAT (Nucleo Alzheimer Temporaneo) a un differente edificio, dedicandolo interamente a questo servizio.

Per quanto riguarda la scelta dei tipi di alloggi, in cui ospitare gli anziani, essa è risultata totalmente in equilibrio tra alloggi singoli o sia singoli che doppi, a dimostrazione che ciò dipende dalla politica intrapresa dal centro e dalla quantità di spazio disponibile. Solitamente, l'offerta di alloggi doppi permette di ospitare una coppia di fatto di anziani, che non sono in grado di vivere i loro ultimi anni di vita in maniera totalmente autosufficiente e che necessitano di terapie costanti che i loro familiari non possono fornire loro.

In alcuni casi sono stati destinati alcuni dei servizi offerti non solo ai residenti della struttura ma anche al pubblico esterno. Questa decisione dipende molto dal contesto urbano in cui sorge la struttura, dai servizi da essa offerti e dalla gravità di condizione degli ospiti anziani residenti; tuttavia, la scelta di aprire alcuni servizi anche al pubblico evita agli anziani la sensazione di essere isolati dal mondo esterno, come avverrebbe all'interno di un ospedale, ma di far parte ancora della comunità cittadina, condividendo alcune attività con essa all'interno della struttura. Questi servizi di carattere pubblico vengono collocati sempre nel piano terra delle strutture per facilitarne l'accesso al pubblico e per rendere più private e isolate le residenze, garantendo loro il massimo del comfort e della privacy.

Dal punto di vista dell'umanizzazione, la maggior parte dei progetti è stata realizzata tenendo conto del benessere ambientale delle persone anziane: la presenza di aree verdi private e di affacci su esse favorisce il benessere degli ospiti della struttura, così come la possibilità di socializzare con gli altri residenti grazie a spazi ben illuminati e arredati, tenendo presente le caratteristiche domestiche. Ciò non migliora solo la vita degli ospiti, ma anche il benessere del personale lavorativo.

Maggior attenzione è stata posta nella progettazione delle camere o degli alloggi in ciascuno dei progetti analizzati. Tutte offrivano un affaccio con l'esterno, evitando quando fosse possibile un'organizzazione funzionale delle camere simile a quelle di un centro ospedaliero. Anche la presenza di un servizio igienico privato in ciascuna stanza, facilmente raggiungibile e utilizzabile dagli ospiti, valorizza l'autosufficienza e il senso di privacy, fattori non trascurabili nel caso di persone anziane. Sicuramente risalta rispetto agli altri casi quello della residenza geriatrica San Piteu: la presenza elevata di spazi poco umanizzati e un'alta concentrazione di camere nei piani ad esse adibiti impedisce la creazione di relazioni e legami tra i residenti, intaccando sia il loro comfort che quello del personale lavorativo della struttura.

In sintesi è stata posta attenzione ai seguenti aspetti:

- Benessere psico-emotivo;
- Benessere ambientale;
- Fruibilità;
- Sicurezza;
- Benessere lavorativo;
- Benessere occupazionale.

CENTRO	STATO	CONTESTO	TIPOLOGIA DI INTERVENTO	NUMERO POSTI LETTO	SERVIZIO NAT	TIPOLOGIA CAMERE	CENTRO DIURNO	SERVIZI AL PIANO TERRA
Tuwagen	Svezia	Periferia	Nuova costruzione	54	Assente	Camere singole	Assente	Presenti e riservati ai residenti
Peter Rosegger Nursing Home	Austria	Periferia	Nuova costruzione	104	Assente	Camere singole e doppie	Assente	Presenti e riservati ai residenti
Nursing and retirement home by Dietger Wissouning Architekten	Austria	Periferia	Nuova costruzione	49	Assente	Camere singole e doppie	Assente	Presenti e utilizzabili dal pubblico
Monconseil retirement home	Francia	Periferia	Nuova costruzione	81	Presente (24 pl)	Camere singole	Assente	Presenti e riservati ai residenti
Elderly residential home by AZC	Francia	Periferia	Nuova costruzione	162	Assente	Camere singole	Assente	Presenti e utilizzabili dal pubblico
Residence Alice Guy	Francia	Periferia	Nuova costruzione	108	Assente	Camere singole	Assente	Presenti e utilizzabili dal pubblico
Nursing home Willibrord	Olanda	Periferia	Nuova costruzione	62	Assente	Camere singole e doppie	Assente	Presenti e utilizzabili dal pubblico
Retirement home Meier	Svizzera	Campagna	Nuova costruzione	44	Assente	Camere singole	Assente	Presenti e riservati ai residenti
RSA Dina Gandini	Italia	Centro	Nuova costruzione + parziale recupero	63	Presente (10 pl)	Camere singole e doppie	Presente	Presenti e utilizzabili dal pubblico
Centro Asistencial Santa Ana	Spagna	Periferia	Nuova costruzione	135	Assente	Camere singole e doppie	Presente	Presenti e utilizzabili dal pubblico
Residencia geriátrica Mas Piteu	Spagna	Periferia	Nuova costruzione + parziale recupero	52	Assente	Camere singole e doppie	Assente	Presenti e riservati ai residenti

CAPITOLO 4

L'umanizzazione degli spazi



Il concetto di umanizzazione ha subito una importante trasformazione nel corso degli anni, di pari passo con il concetto di Salute e tutto ciò che permette di garantirla. Il passaggio dall'approccio biomedicale, in cui trattare la malattia significava trattare l'organo malato, a quello bio-psico-sociale ha dato il via a una visione multidimensionale, spostando lo sguardo dall'organo malato alla persona nella sua interezza, affermando così il principio della "centralità del paziente".

Numerosi studi dimostrano che fattori di tipo clinico, medico e professionale influenzano notevolmente la maniera in cui il paziente e i familiari vivono l'esperienza della malattia; infatti ciò che si ritiene significativamente importante sono aspetti come il rapporto tra paziente e personale sanitario, la qualità dell'ambiente in cui vengono somministrate le cure, l'accesso alle informazioni. "L'umanizzazione intesa, quindi, come interpretazione psicosensoriale dei bisogni dell'utenza – i pazienti in prima istanza – fa riferimento a diversi ambiti strettamente interrelati tra loro, che vanno dalle scienze mediche, al rapporto comunicativo, sia tra paziente e personale sanitario, cui è strettamente legato il settore della formazione del medico e dell'infermiere, sia tra paziente e organizzazione della struttura sanitaria, e che coinvolgono direttamente il rapporto con la progettazione degli spazi di cura" (R. Del Nord, G. Peretti, "Umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida.", Firenze, Centro di ricerca Tesis sistemi e tecnologie sanitarie, 2012).

A livello internazionale, il concetto di umanizzazione è espresso tramite l'espressione "patient-centered care" per cui le cure e l'assistenza sono organizzate e incentrate sul paziente, basandosi sul rispetto delle sue preferenze e dei suoi bisogni. Questo tipo di approccio nasce negli Stati Uniti intorno agli anni '70. In seguito, negli ultimi vent'anni, si è affermato anche l'approccio "family-centered", che individua nella famiglia e nelle persone care vicine al paziente un supporto emotivo per il paziente e un aiuto significativo anche per il personale sanitario nel somministrare cure e nell'assunzione di decisioni di tipo terapeutico.

Diventa fondamentale dunque rimarcare come le caratteristiche spaziali-funzionali dell'ambiente socio-sanitario influenzino la condizione di benessere e il successo clinico e terapeutico dei pazienti.

Numerose sono le organizzazioni internazionali che, occupandosi della diffusione della ricerca applicata collegata con l'approccio patient-centered e family-centered, hanno iniziato a fornire sempre più attenzione all'ambiente fisico socio-sanitario e sulla sua importanza nell'influenzare la qualità delle cure erogate. I ricercatori hanno raggiunto la conclusione secondo cui, grazie alla qualità degli spazi, è possibile progettare strutture ospedaliere e socio-sanitarie più sicure e meno stressanti, promuovendo la guarigione dei pazienti e fornendo un luogo di lavoro più gradevole per il personale. "L'ambiente costruito, sia alla scala dell'edificio che a quello del singolo spazio, è in grado di influenzare le condizioni di benessere, e spesso anche di salute, delle persone che lo utilizzano" (Evans, McCoy, 1998).

Questa influenza può avvenire sia in senso positivo che negativo (sviluppo di condizioni di stress); lo stress ambientale risulta essere un indicatore fondamentale nella valutazione del rapporto tra l'ambiente costruito e chi lo utilizza. Chi soffre maggiormente a causa dello stress ambientale sono i pazienti e i loro familiari, per esempio a causa delle difficoltà di orientamento all'interno della struttura o nel mancato raggiungimento di un adeguato livello di privacy, comportando il manifestarsi di reazioni emotive negative come ansia, frustrazione e depressione; indirettamente, la presenza di fattori che producono stress, influenzano anche la qualità del servizio sanitario.

L'umanizzazione degli spazi ospedalieri non ha tuttavia come solo obiettivo quello di ridurre al minimo l'insorgenza di fattori stressanti, ma anche quello di fornire delle condizioni fisiche, ambientali e sociali capaci di favorire il benessere degli utenti.

La progettazione di un ambiente che favorisca la guarigione e lo svolgimento positivo del lavoro del personale si basa su una strategia progettuale che punta alla riduzione dei fattori stressanti della struttura e all'aumento della capacità di facilitare il recupero di salute, creando un ambiente accogliente in grado di instaurare una relazione di natura emotiva profonda.

Basandosi sui profili degli utenti, derivati dagli studi effettuati in varie strutture, sono stati definite le esigenze da loro espresse, suddivise nelle seguenti classi esigenziali:

- Benessere psico-emotivo
- Benessere ambientale
- Fruibilità
- Sicurezza
- Benessere lavorativo
- Benessere occupazionale

Utilizzando come base teorica il libro “L’umanizzazione degli spazi di cura: linee guida” si riportano di seguito le linee guida per la progettazione di ambienti umanizzati in contesti socio-sanitari. Le seguenti linee guida sono dettate per tipologie di spazio, e ciascuna tipologia si articola in 3 sezioni: i riferimenti scientifico-culturali, le raccomandazioni progettuali e le caratteristiche funzionali. I riferimenti scientifico-culturali sono ricavati da indagini appartenenti alla letteratura internazionale e da rilevazioni in loco e si riferiscono a differenti ambiti disciplinari, come ad esempio l’architettura, la psicologia ambientale e la medicina.

Nelle raccomandazioni progettuali si trattano i livelli di definizione progettuale cui si riferisce e gli ambiti relativi. In esse sono contenute informazioni riguardanti le caratteristiche morfologiche dello spazio, le caratteristiche dell’involucro spaziale, le dotazioni e gli arredi. Vengono anche riportati gli indicatori del livello di soddisfacimento, utilizzabile come riferimento per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture analizzate; gli indicatori possono essere utilizzati sia dal progettista, come strumento di autovalutazione, che dal valutatore, come strumento di valutazione per nuove strutture o per strutture già esistenti. Sono differenzianti in tre livelli (sufficiente, buono, ottimo) a cui sono associati specifici punteggi.

Le caratteristiche funzionali, a prescindere dalle specifiche legate all’umanizzazione, sono riportate opportunamente in una scheda sintetica delle principali indicazioni fornite dalla normativa nazionale e regionale.

Le tipologie di spazi oggetto delle raccomandazioni presentate in questa tesi sono le seguenti:

- Camera
- Soggiorno
- Spazi esterni

RACCOMANDAZIONI PROGETTUALI PER LE CAMERE

CUSTODIA IN SICUREZZA DEGLI EFFETTI PERSONALI

Per ciascun posto letto devono essere presenti dispositivi o arredi dotati di chiusure a chiave, per la custodia in sicurezza degli effetti personali del paziente. Nella scelta di detti dispositivi e della loro disposizione devono essere tenute in considerazione le caratteristiche dimensionali, l'efficacia della posizione e il livello di sicurezza e l'accessibilità diretta e facilitata dal posto letto/poltrona.

VISTA VERSO L'ESTERNO

Il layout morfologico della stanza e la posizione del servizio igienico all'interno della camera, influiscono sulla vista verso l'esterno: la collocazione delle finestre deve tenere conto della qualità delle vedute, privilegiando viste su panorami naturali ove esistenti. Inoltre, risulta importante garantire la relazione visiva con l'esterno al paziente dal posto letto. Anche la morfologia del serramento (dimensioni, filo del davanzale) e le sue caratteristiche (tipo di vetro, sistemi di schermatura) influiscono sulla possibilità del paziente allettato, quindi con un cono visivo limitato, di instaurare una relazione visiva con l'esterno. La dimensione, la morfologia e la collocazione delle superfici trasparenti devono essere tali da garantire la visione della volta celeste anche dai punti di massima profondità della camera.

ILLUMINAZIONE NATURALE

La geometria dell'ambiente deve essere rapportata alla forma e alla dimensione delle superfici vetrate per garantire un adeguato livello di illuminazione naturale con distribuzione il più possibile omogenea. Fondamentale è il rapporto tra la superficie totale dell'involucro trasparente e la superficie di pavimento dell'ambiente che deve essere possibilmente maggiore di 1/5. È opportuno tenere conto della direzione di provenienza della luce: se le camere sono dotate di aperture solo da un lato, l'illuminazione naturale diminuisce progressivamente allontanandosi dalla finestra. È necessario, in questo caso, che la profondità delle camere sia rapportata all'altezza della superficie trasparente stessa (è buona regola non superare di 2,5 volte l'altezza dal pavimento del punto più alto di superficie trasparente dell'infisso).

È comunque essenziale che le superfici trasparenti siano dotate di sistemi interni o esterni di controllo dell'illuminazione naturale e della radiazione solare diretta per evitare fenomeni di abbagliamento o surriscaldamento estivo e per regolare la disponibilità di vista verso l'esterno, quando non desiderata. Nello studio delle soluzioni di involucro occorre tenere in considerazione che la massimizzazione della superficie finestrata, a seconda dell'esposizione, è conflittuale con le esigenze di risparmio energetico e con i costi delle tecnologie di involucro.

Altri aspetti da tenere presenti sono la tipologia del vetro (il parametro da considerare è il fattore di trasmissione luminosa $\geq 0,7$) e la presenza di oggetti o ostruzioni esterne che limitano la visione della volta celeste. Dal punto di vista della distribuzione della luce naturale, rivestono particolare rilevanza i colori delle superfici in quanto influenzano il livello di riflessione luminosa. Sono da privilegiare i colori chiari, evitando nel contempo superfici lucide che possono determinare fenomeni di disturbo visivo.

ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE

L'illuminazione artificiale deve essere garantita da un sistema generale e da uno per l'esecuzione di compiti specifici, curando in particolare la localizzazione e la tipologia delle sorgenti luminose rispetto alle posizioni occupate dagli utenti (personale sanitario, paziente e familiare) nello svolgimento delle diverse attività.

Per limitare l'uso della luce artificiale e garantire l'uniformità del livello luminoso nell'ambiente, si possono utilizzare dispositivi che consentono la regolazione dell'intensità del flusso luminoso in funzione della quantità di luce naturale presente (fotosensori) e accensioni differenziate per i corpi illuminanti collocati più lontano dalle finestre.

Per il controllo dell'abbagliamento, oltre a privilegiare sorgenti luminose di tipo indiretto e scegliere la collocazione delle luci in funzione del cono visivo degli utenti, in particolare del paziente allettato, si deve tenere conto delle caratteristiche di riflettanza delle superfici dell'ambiente e del colore dello sfondo su cui è posta la sorgente luminosa (su superfici dai colori scuri o con bassa riflettanza le sorgenti luminose sembrano più abbaglianti a causa della grande differenza di luminanza). Nella scelta dei corpi illuminanti, per conferire un'atmosfera di domesticità all'ambiente, è importante considerare la qualità della luce emessa. L'illuminazione artificiale al posto letto/poltrona deve tenere conto che lo spazio viene condiviso tra più utenti: devono pertanto essere presenti sorgenti luminose dedicate sia per la visita medica, possibilmente mobili, sia per la lettura e per l'eventuale illuminazione notturna.

COLORE DELLE FINITURE E DEGLI ARREDI

Affinché si possa raggiungere un adeguato comfort ambientale, la scelta del colore degli ambienti aiuta fortemente, favorendo inoltre la stimolazione delle capacità percettive e sensoriali, che negli anziani risultano attenuati dall'età e dalle loro condizioni fisiche. Dal punto di vista medico infatti, si fa notare come l'ingiallimento della lente dell'occhio comporta l'assorbimento della banda blu, con conseguente difficoltà di distinzione tra il verde e il blu e percezione di ingiallimento degli oggetti. Negli anziani si riscontra una notevole difficoltà nella distinzione delle tonalità di grigio e una forte confusione quando si tratta di distinguere colori come il verde, il blu e il viola, avendo difficoltà anche nel nominarli; inoltre la maggior parte non è capace di riconoscere l'accesso della propria residenza soltanto attraverso il colore degli stipiti. Altri problemi derivano da scelte come quella di donare a pareti e pavimenti il medesimo colore o di colori troppo forti per le pareti, o di arredi con lo stesso colore del pavimento.

Quando si deve procedere alla combinazione delle tonalità cromatiche tra arredi, pareti e pavimenti diventa opportuno ricorrere a un gioco di contrasti, che permette all'ospite di individuare facilmente ciò che cerca. Negli spazi abitativi di una RSA si consigliano colori rilassanti, vivaci e chiari per evitare l'insorgere di stati depressivi. Inoltre le pareti degli ambienti privati sarebbe bene colorarle con una tonalità precedentemente scelta dall'ospite, così che siano personalizzati e che possa ricordare il più possibile l'ambiente domestico di provenienza. Per prevenire incidenti legati allo scivolamento, per il pavimento vengono suggeriti colori che rendono evidente la eventuale presenza di fluidi.

POTENZIALITÀ RISTORATIVE

Devono essere previsti elementi con potenzialità ristorative, selezionati in funzione del tipo di paziente (disturbi psico-fisici della malattia, età), collocati in base alla morfologia dello spazio e alla percezione sensoriale (visiva, uditiva, olfattiva) da parte degli utenti, considerando in particolare i pazienti allettati.

Per quanto riguarda l'arte (fotografie, quadri, dipinti murali, etc.) dovrebbero essere privilegiate raffigurazioni di elementi della natura. È importante oltre al contenuto delle immagini, localizzare le opere d'arte tenendo conto della prevalente posizione supina dei pazienti e del loro limitato angolo visivo, diretto principalmente verso il soffitto e la parete di fronte al letto. I suoni naturali e la musica possono essere introdotti nella camera di degenza attraverso dispositivi di diffusione sonora individuale come le cuffie che consentono eventualmente di mascherare un ambiente sonoro sgradevole.

CONTINUITÀ CON L'AMBIENTE DOMESTICO

Se differenziata in zone, l'articolazione spaziale della camera di degenza contribuisce ad accrescere il senso di territorialità di ogni paziente e a ridurre la percezione di ambiente istituzionale. Per ridurre la percezione di ambiente istituzionale, inoltre, è importante curare la mimetizzazione di apparecchiature e terminali impiantistici, come quelli tipicamente presenti nei testa letto, o prevedere una collocazione visivamente meno impattante, compatibilmente con il lavoro e le esigenze operative del personale sanitario.

Nella scelta degli arredi e delle finiture, è opportuno privilegiare elementi con caratteristiche che richiamino ambienti di tipo domestico-alberghiero, curando l'uso del colore, la loro disposizione in modo da ridurre il più possibile le zone d'ombra e da non costituire ostacolo al movimento, favorendo l'autonomia nell'uso dello spazio. Per ridurre la percezione di ambiente istituzionale, oltre a curare la disposizione di elementi architettonici e arredi in modo da definire una partizione dello spazio, è essenziale, compatibilmente con le condizioni di igiene, di pulizia e di manutenibilità dello spazio interno, utilizzare componenti di arredo e di finiture interne con caratteristiche che ricordino quelle degli ambienti della quotidianità del paziente al di fuori dell'ospedale. È inoltre importante prevedere adeguati contenitori e mensole, che consentano al paziente di riporre i propri oggetti, oltre che arredi per la permanenza dei familiari.

RACCOMANDAZIONI PROGETTUALI PER SPAZI ESTERNI

FRUIBILITÀ PER ATTIVITÀ MOTORIE

Nel caso in cui le aree esterne siano attrezzate per il movimento e l'esercizio fisico si deve tenere conto delle differenze nelle abilità e capacità motorie dei fruitori.

Devono essere previsti percorsi di lunghezza differente, in modo da offrire soluzioni alternative in relazione alle condizioni fisiche e al tipo di utenza. In alcune strutture, inoltre, lo spazio esterno può configurarsi come estensione degli spazi terapeutici interni e deve, pertanto, essere attrezzato per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo. È opportuno, infine, prevedere sedute ed attrezzature lungo i percorsi.

FRUIBILITÀ IN CONDIZIONI DI SICUREZZA

Le caratteristiche dimensionali (larghezza) e tecnologiche (come i materiali della pavimentazione) dei percorsi devono permettere a tutti gli utenti, indipendentemente dall'età o dal tipo di disabilità, di poter accedere e muoversi autonomamente, anche con l'ausilio di supporti alla deambulazione (sedie a ruote, deambulatori, bastoni, etc.).

Per evitare pericoli di cadute, attenzione particolare deve essere posta nella posa in opera di elementi di pavimentazione, affinché i giunti non risultino troppo distanziati.

In generale la disposizione e le caratteristiche degli arredi devono essere tali da non costituire intralcio agli utenti durante gli spostamenti, in particolare su sedie a rotelle o con altri ausili alla deambulazione.

L'impiego di arredi e attrezzature strutturalmente solide, di materiali infrangibili (o che comunque non costituiscano fonte di pericolo in caso di rottura), senza spigoli vivi, può ridurre il rischio di conseguenze traumatiche negli utenti che usufruiscono dello spazio.

Per consentire la piena fruibilità degli spazi da parte di soggetti non vedenti, devono essere previste appropriate forme di segnalazione dei percorsi.

MULTIFUNZIONALITÀ E ACCOGLIBILITÀ DI DIVERSE TIPOLOGIE DI UTENTI

Lo spazio esterno deve possedere caratteristiche morfologiche e dimensionali tali da consentire sia l'isolamento e la meditazione, che l'interazione sociale nel livello desiderato e adeguato alle possibili attività (ritrovare con i propri familiari, effettuare colloqui informali con lo staff o con altri pazienti, break lavorativi).

Per la delimitazione delle diverse aree può essere utilizzata anche la vegetazione.

Nella scelta degli arredi occorre considerare le loro caratteristiche in relazione alle specifiche tipologie di utenti, alla possibilità di spostamento (sedute e tavoli), in modo tale da agevolare la flessibilità, la trasformabilità e la personalizzazione nella configurazione dello spazio.

ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE

Gli spazi esterni devono essere dotati di sistemi di illuminazione artificiale tali da consentire la fruibilità anche nelle ore in cui la luce naturale è insufficiente/ assente e posizionati in modo da enfatizzare i percorsi e la vista di particolari elementi di interesse e di distrazione positiva. La dotazione di dispositivi di regolazione dell'intensità del flusso luminoso in funzione della quantità di luce naturale presente consente di ottimizzare le prestazioni del sistema. È opportuno posizionare le sorgenti luminose e sceglierne la tipologia in modo da non creare fenomeni di disturbo visivo a abbagliamento.

POTENZIALITÀ RISTORATIVE

Gli spazi esterni devono essere dotati di elementi di distrazione positiva, collocati in modo tale da consentirne una gradevole percezione (visiva e sensoriale) sia dai percorsi che dalle aree di sosta. Per renderli più gradevoli e influire positivamente sul livello di benessere degli utenti possono essere utilizzate specie vegetali differenti per forma e dimensione, tipo di foglia, periodo di foliazione e fioritura.

La vegetazione può essere utilizzata anche per sottolineare altri elementi con potenzialità ristorative, come vedute particolari (naturalistiche o urbane), o per privilegiare con visuali verso elementi di interesse specifici, schermando e delimitando zone e percorsi.

Tra gli elementi naturali che si possono considerare vi è anche l'acqua, che caratterizza visivamente, acusticamente e climaticamente il luogo e può essere presente in diverse forme (acqua in vasche o fontane, ferma o in movimento, etc.).

RACCOMANDAZIONI PROGETTUALI PER SALE COMUNI

MULTIFUNZIONALITÀ E FLESSIBILITÀ SPAZIALE

Il soggiorno deve essere caratterizzato da un elevato grado di flessibilità. È quindi fondamentale privilegiare soluzioni planimetriche e di organizzazione degli spazi funzionali che consentano lo svolgimento di diverse attività individuali o a piccoli gruppi, alcune delle quali in condizioni di privacy (visiva e/o acustica), contribuendo anche a trasmettere la sensazione di un ambiente gradevole e di tipo domestico.

Nell'attrezzabilità debbono essere previsti contemporaneamente arredi per parlare intorno a un tavolo, arredi per interloquire da seduti vis à vis senza tavolo ma con tavolini, arredi per consultare internet e leggere libri, etc.

Per le dimensioni degli spazi soggiorno, al fine di consentire lo svolgimento delle funzioni minime previste si devono considerare valori di circa 3 mq per ogni posto letto per i primi venti posti letto e di 0,75 mq per ogni posto letto aggiuntivo, oltre il ventesimo.

L'impiego di soluzioni tecnologiche (schermature fisse/mobili, etc.), la collocazione di arredi e attrezzature possono permettere la suddivisione dello spazio per lo svolgimento di attività diverse (lettura, conversazione, consumo di piccoli pasti), alcune delle quali in condizioni di privacy visiva e acustica.

POTENZIALITÀ RISTORATIVE

Devono essere previsti elementi con potenzialità ristorative, collocati in base alla morfologia dello spazio e alla percezione sensoriale (visiva, uditiva, olfattiva, tattile) da parte degli utenti come quadri e sistemi di diffusione di suoni gradevoli che contribuiscono a rilassare e costituiscono una fonte di distrazione.

Possono inoltre essere utilizzati erogatori di profumi naturali (fiori, essenze) o artificiali (erogatori di fragranze), con funzione sia di neutralizzare odori sgradevoli che di rilassare, oltre che di richiamare alla mente situazioni gradevoli.

VISTA VERSO L'ESTERNO

La morfologia e la collocazione degli spazi soggiorno devono consentire la vista diretta verso l'esterno dalle diverse zone funzionali, tenendo conto della tipologia e delle qualità ristorative delle viste stesse ove esistenti.

Devono pertanto essere valutati, in particolar modo, la posizione e la dimensione dell'involucro trasparente, il tipo di vetro e la visibilità dalle postazioni degli utenti (distanza e angolo visivo) in relazione alla tipologia degli affacci.

ILLUMINAZIONE NATURALE

La distribuzione delle zone funzionali e delle attività all'interno del soggiorno deve essere valutata anche in relazione alla dimensione e alla collocazione delle finestre, adottando soluzioni che favoriscano una diffusione della luce naturale il più possibile adeguata alle attività previste.

Le dimensioni, la localizzazione e le caratteristiche degli elementi trasparenti devono garantire

la visione di un adeguato settore della volta celeste dalle varie zone del soggiorno e un adeguato livello di illuminazione naturale, evitando fenomeni di abbagliamento e di surriscaldamento estivo dovuto alla insolazione diretta.

Nello studio delle soluzioni di involucro occorre tenere in considerazione che la massimizzazione della superficie finestrata, a seconda dell'esposizione, è conflittuale con il risparmio energetico e i costi delle tecnologie di involucro.

Fondamentali sono il rapporto tra la superficie lorda di pavimento del soggiorno (slp) e la superficie totale dell'involucro trasparente, il fattore di trasmissione luminosa del vetro e la presenza di aggetti o ostruzioni esterne (schermature fisse, vegetazione, edifici) che possono limitare la visione della volta celeste. Per evitare fenomeni di abbagliamento o surriscaldamento estivo è necessario che le superfici trasparenti siano dotate di sistemi interni o esterni di controllo dell'illuminazione naturale e della radiazione solare diretta, tenendo conto anche dell'esigenza di vista diretta verso l'esterno.

ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE

L'illuminazione del soggiorno deve essere accuratamente graduata per contribuire a conferire agli spazi un aspetto accogliente, garantendo sempre un livello di illuminazione adeguato, rapportato anche alle variazioni della luce naturale proveniente dall'esterno, eventualmente prevedendo sistemi per la regolazione automatica del flusso luminoso. Le tipologie di sorgenti luminose (luce diretta e indiretta, qualità della luce calda compresa tra 3000°K e 3500°K) e la loro dislocazione devono essere scelte in funzione delle posizioni occupate dagli utenti nello svolgimento delle diverse attività previste e della luce naturale presente.

Per il controllo dell'abbagliamento, oltre a privilegiare sorgenti luminose di tipo indiretto, si deve tenere conto delle caratteristiche di riflettanza delle superfici dell'ambiente e del colore dello sfondo su cui è posta la sorgente luminosa, anche da relazionarsi alla possibile presenza di televisori/computer all'interno dello spazio.

Importante è prevedere l'adozione di dispositivi in grado di regolare, in modo manuale o automatico, l'erogazione del flusso luminoso in funzione della luce naturale presente nell'ambiente e delle attività svolte.

CONTINUITÀ CON L'AMBIENTE DOMESTICO

Al fine di conferire al progetto del soggiorno un aspetto meno istituzionale è importante tener presente la qualità complessiva, privilegiando soluzioni con caratteristiche che richiamino, per forma e organizzazione spaziale, ambienti di tipo domestico-alberghiero.

Anche la scelta dei colori di pavimenti e pareti, del tipo di finitura, delle superfici vetrate e della loro dimensione può contribuire a ridurre l'aspetto istituzionale dell'ambiente.

Per quanto concerne gli arredi e le finiture, compatibilmente con le esigenze di igiene e di pulizia, occorre privilegiare elementi con caratteristiche che richiamino per forma, materiale, finitura e colore ambienti di tipo domestico-alberghiero.

COLORE E DECORO DELLE FINITURE E DEGLI ARREDI

Nel soggiorno rivestono particolare importanza i colori e il decor delle finiture e degli arredi che devono essere in armonia fra loro, caratterizzati da adeguati accostamenti e contrasti e relazionati alle caratteristiche di illuminazione dell'ambiente.

Nella scelta delle soluzioni cromatiche per il soggiorno le variabili fondamentali sono costituite dalle attività previste, dall'età dei pazienti e dalla patologia da cui sono affetti. Per le zone dedicate alla lettura, che richiedono un ambiente cromatico che susciti calma e tranquillità, saranno privilegiati i colori freddi, mentre per le zone pranzo sono preferibili soluzioni cromatiche dai colori caldi che possono aumentare la sensazione di appetito e stimolare la socialità.

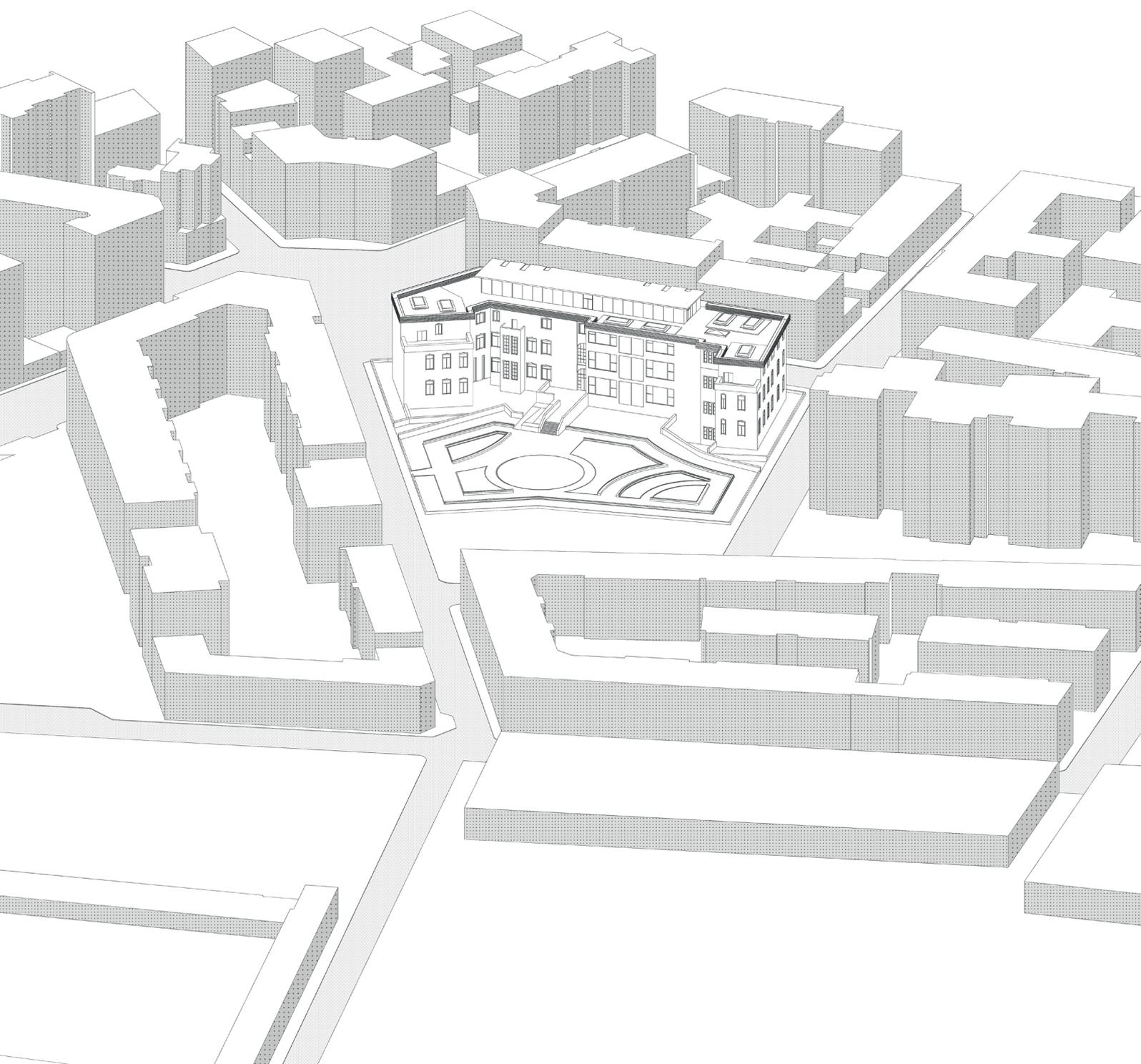
Negli ambienti destinati ai pazienti malati di cancro dovrebbero essere evitati i colori dai toni molto accesi che provocano ansia, quelli dai toni molto spenti e cupi che possono deprimere e i colori associati alla nausea e al vomito.

Nell'uso del colore, di finiture e arredi, devono essere evitati contrasti troppo violenti, generatori di tensioni, privilegiando accostamenti armonici (colori diversi con stesso tono e intensità oppure variazioni del tono e dell'intensità nelle composizioni monocromatiche).

L'uso del colore, inoltre, può migliorare la fruibilità e la comprensione dell'organizzazione dell'ambiente, e migliorare l'identificabilità dell'accesso allo spazio soggiorno.

CAPITOLO 5

L'Astanteria Martini:
stato di fatto e proposta progettuale



INDAGINI PRELIMINARI

CENNI STORICI

L'Astanteria Martini nacque da un'idea di Enrico Martini, il quale nel 1920 pubblicò un opuscolo che mostrava la necessità di una astanteria tra la barriera di Milano e la barriera di Lanzo, ubicata tra via Cuneo e Via Cigna, dimostrando il bisogno di un punto di soccorso d'urgenza nella zona con guardia medica permanente e con letti di ricovero per malati in gravi condizioni.

Il progetto venne affidato all'ingegnere Carlo Sgarbi che, nel 1920, presentò i disegni che prevedevano la realizzazione di edificio avente tre piani fuori terra (di cui l'ultimo dedicato interamente alla funzione di dormitorio) e un cortile esteso sul retro.

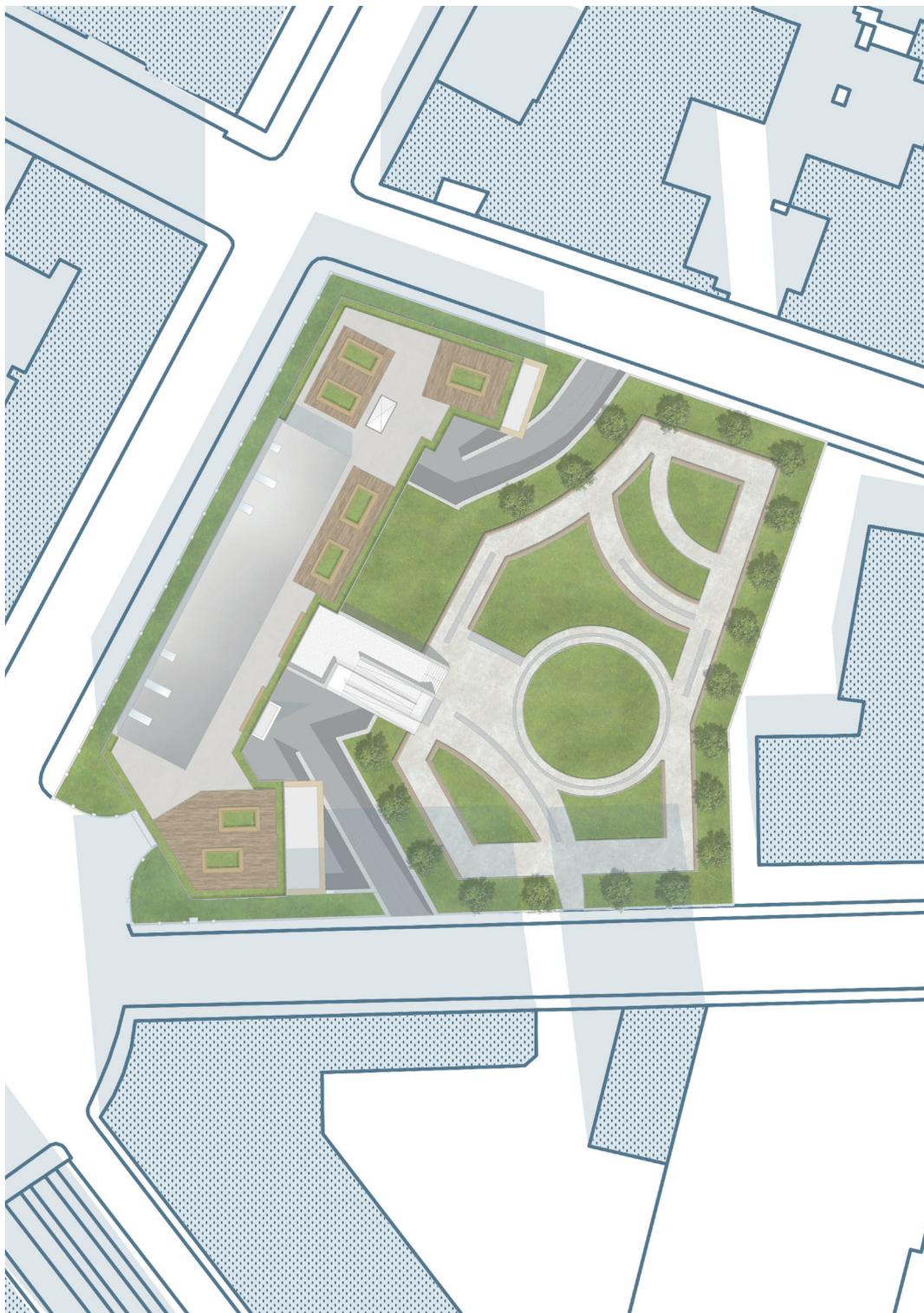
La struttura venne inaugurata il 5 maggio del 1923 sotto il nome di Astanteria Municipale Martini. La scelta dell'ubicazione dipese dalla forte presenza di fabbriche, e quindi di operai, così da garantire un pronto intervento e delle cure ai malati più gravi, prima di essere poi trasferiti all'ospedale San Giovanni Vecchio.

Nel 1929, ad opera dell'ingegnere Francesco Manca, l'Astanteria subì delle opere di ampliamento con l'edificazione di una cappella al secondo piano di nuovi padiglioni lungo le vie Dogliani e Cigna. L'edificio diverrà poi nel 1937 di proprietà del Comune di Torino, il quale, tuttavia, lo cederà in seguito nel 1954 all'Ospedale Giovanni Bosco con la condizione che venga costruito un nuovo ospedale. La nuova Astanteria Martini sorse in Largo Gottardo e venne inaugurata nel 1961.

Dopo una serie di anni e sempre più difficoltà nella gestione della struttura, essa venne chiusa nel 1997 con il conseguente trasferimento dei reparti presso l'Ospedale Maggiore Giovanni Bosco, divenendo in seguito totalmente inutilizzato dal 2003.



MASTERPLAN





DISTANZE E TEMPI DI PERCORRENZA DAGLI OSPEDALI



1 Ospedale Cottolengo



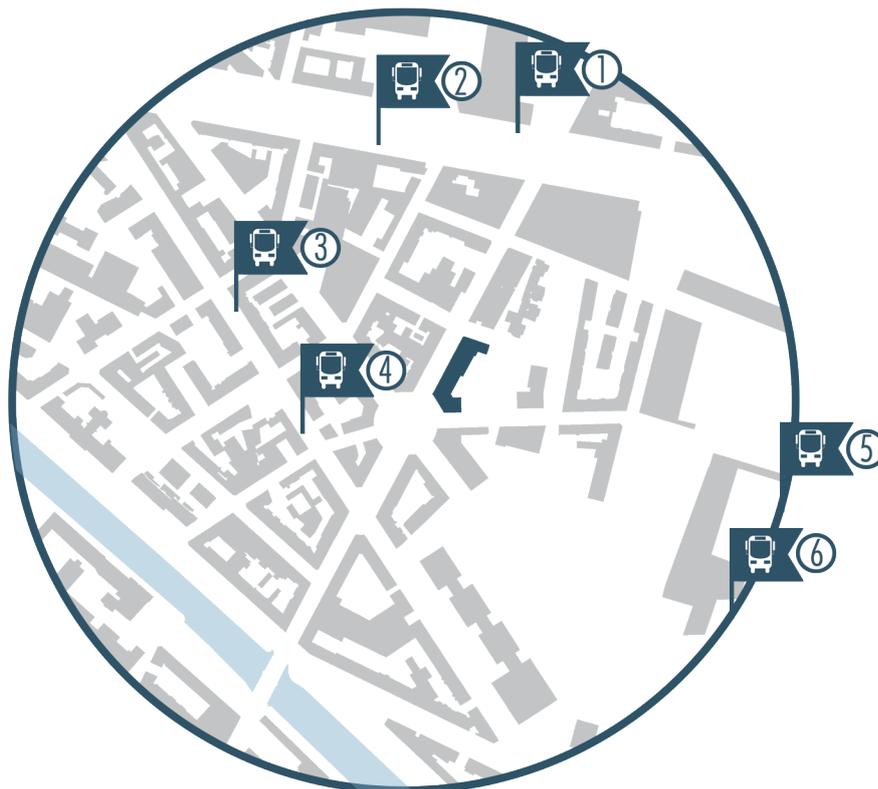
2 Ospedale Oftalmico Sperino



3 Ospedale Amedeo di Savoia



4 Ospedale S. Giovanni Bosco



		
Fermata	4 min	300 m
		
Fermata	4,30 min	350 m
		
Fermata	4,30 min	350 m
		
Fermata	3,30 min	270 m
		
Fermata	5 min	400 m
		
Fermata	6 min	500 m

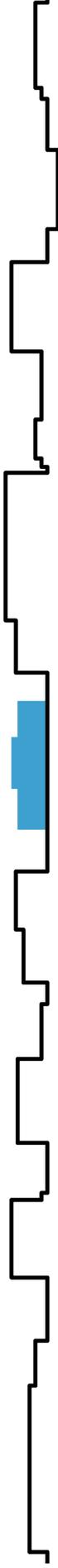
VIABILITÀ



138

PARCHEGGI PER DISABILI





SEZIONE TERRITORIALE A-A



SEZIONE TERRITORIALE B-B

STATO DI FATTO

La prima impressione che l'edificio offre è un senso di malinconia, da cui è possibile immaginare i giorni migliori che la struttura ha vissuto durante la sua vita utile. Fino a poco tempo fa infatti, l'edificio veniva utilizzato come rifugio da parte di senzatetto e tossici, diventando un punto particolarmente pericoloso nel quartiere di Borgo Milano. Per di più il cortile è stato pulito recentemente in quanto esso si presentava completamente sporco e abbandonato, data la crescita incontrollata delle specie arboree al suo interno che hanno addirittura invaso alcune parti della struttura, giungendo a scalfire gli imponenti muri portanti.

L'accesso principale dell'Astanteria, di tipo monumentale, era posizionato su Largo Francesco Cigna e portava di fronte a una postazione per informazioni tramite cui si ricevevano le indicazioni per orientarsi nell'edificio. Oltre a vari uffici e ambulatori generali, il piano terra era organizzato per le attività di rieducazione motoria e gli ambulatori geriatrici. Attraverso un'uscita si poteva accedere alla terrazza esterna, fornita di alcune panchine, e al cortile. Il piano primo invece ospitava al suo interno numerose sale da visita e studi medici oltre a una cappella per i pazienti e i dipendenti. Oltre ai due collegamenti verticali principali, dalla parte a nord del primo piano parte un'ulteriore corpo scala che lo collega con il secondo piano. Esso era riservato interamente al dormitorio, con stanze distribuite lungo entrambi i lati lunghi del piano.

140



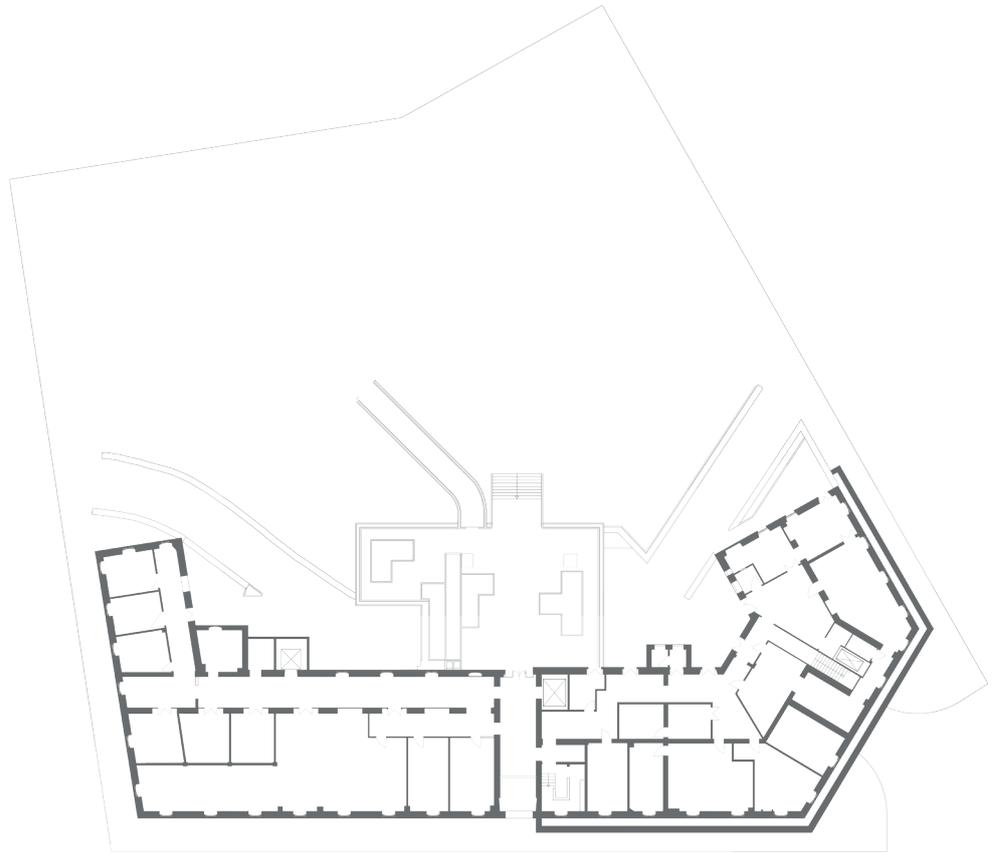
Fonte: archivio personale dell'autore



Fonte: archivio personale dell'autore



Fonte: archivio personale dell'autore



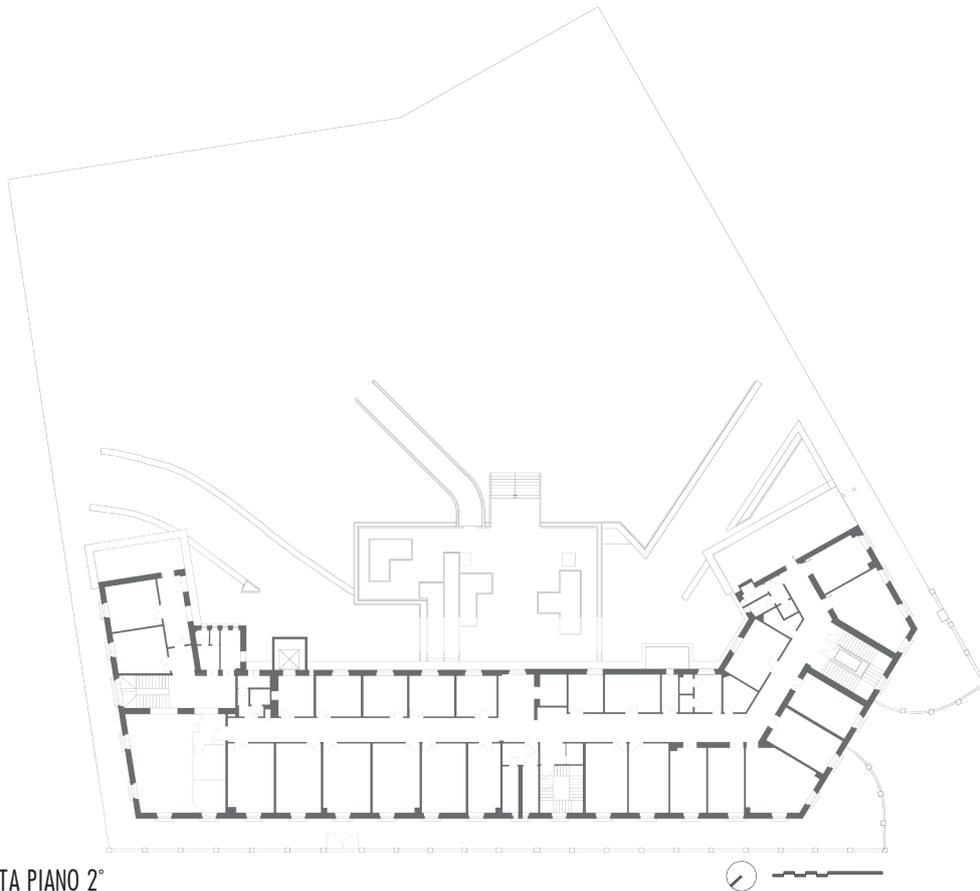
PIANTA PIANO SEMINTERRATO



PIANTA PIANO TERRA RIALZATO



PIANTA PIANO 1°



PIANTA PIANO 2°

LE IPOTESI PROGETTUALI

Basandosi sulle analisi precedentemente svolte riguardo l'inquadramento urbano e la storia della struttura, il progetto sviluppato prevede la realizzazione di una RSA e di alloggi privati per anziani. La progettazione è stata svolta dando particolare importanza alla valorizzazione degli spazi abitabili dal punto di vista dei caratteri di umanizzazione, tenendo conto soprattutto degli aspetti psicologici e del profilo esigenziale dell'utenza a cui questi sono destinati, ovvero persone anziane o persone aventi problemi di autosufficienza e bisognosi di specifica assistenza.

Il concept principale che ha guidato la realizzazione del progetto è stata la volontà di creare mini comunità in ciascun piano, focalizzando l'attenzione sull'aspetto socio-comunicativo: la possibilità di affrontare problemi di natura medica in un contesto che valorizza la creazione di rapporti tra gli abitanti della struttura facilita e diminuisce per questi ultimi le difficoltà che una salute cagionevole comporta. Risulta determinante anche la scelta di Operatori Socio Sanitari (OSS) che instaurino un rapporto di totale fiducia con i malati, diffidenti a causa della loro lontananza dall'ambiente domestico e ospitati in una struttura a loro estranea.

Il tema dell'umanizzazione sta alla base della progettazione spaziale dell'edificio, valorizzando in particolar modo le camere, le zone di sosta e le sale comuni. Inoltre, la caratterizzazione cromatica di ciascun piano vuole facilitare l'orientamento all'interno della struttura ricorrendo anche a giochi di contrasti che favoriscano l'individuazione di ciò che si cerca, ma non solo: le varie tonalità cromatiche stimolano emotivamente e sensorialmente le persone e, perciò, le scelte cromatiche degli ambienti vivibili risultano determinanti per facilitare la vita all'interno della RSA, con tonalità più chiare negli spazi in cui si svolgono attività rilassanti in quanto riducono la percezione temporale e favoriscono l'attenzione, e con tonalità calde negli spazi in cui si svolgono attività stimolanti e/o motorie.

L'organizzazione spaziale della struttura è così riassumibile:

- Il piano seminterrato è destinato a tutti i servizi comuni destinati alla RSA, come la cucina centrale che fornisce le sale da pranzo, o la palestra e la piscina, che permettono lo svolgersi di attività fisioterapeutiche, idroterapeutiche o ginniche. Inoltre, viene proposta la creazione di un parcheggio riservato ai dipendenti, riservando una parte di esso al transito agevole di ambulanze in caso di emergenza, al recupero delle salme presso l'area morgue e allo scarico merci per la cucina.
- Il piano terra rialzato e il primo piano completano le parti di edificio costituenti la RSA. Essi sono principalmente destinati all'accoglienza dei pazienti, aventi tra loro differenti livelli di autosufficienza e che necessitano di cure per un periodo di tempo limitato o a tempo indeterminato. Nel piano terra rialzato trovano posto, oltre alle camere, anche spazi destinati a servizi fondamentali

per il buon funzionamento della struttura, quali la reception (con annessa una saletta privata per lo staff) che si affaccia sull'ampio e luminoso atrio d'ingresso, e gli uffici della direzione. Inoltre, la presenza di un bar caffetteria offre un servizio di ristorazione veloce per tutti i visitatori e gli ospiti presenti nell'edificio.

- Il secondo piano è stato completamente destinato alle residenze private per persone anziane autosufficienti, aventi alcuni servizi a loro riservati presenti nel piano stesso. Un alloggio è stato poi pensato per ospitare gli OSS che prestano servizio anche negli orari notturni, così da permettere un pronto intervento in caso di necessità a qualsiasi ora essa si verifichi.

- Il piano di copertura, costituito da una grande terrazza arredata su cui si innalza una nuova struttura in vetro e legno, al cui interno sono stati predisposti degli spazi per lo svolgimento di attività ludiche e artistiche. La necessità della costruzione di questo ulteriore ampliamento nasce dall'ipotesi di avere a disposizione uno spazio semi aperto per gli ospiti usufruibile anche durante la stagione fredda.

LA PROPOSTA PROGETTUALE E L'UMANIZZAZIONE DEGLI SPAZI

L'organizzazione spaziale è così riassumibile: il piano seminterrato dedicato ai servizi generali per la RSA, due piani destinati agli alloggi della RSA e ad alcuni suoi servizi, un piano ospitante alloggi privati per persone anziane e, infine, il piano di copertura avente un'ampia terrazza e una nuova struttura con spazi per attività di socializzazione e di stimolo per gli ospiti.

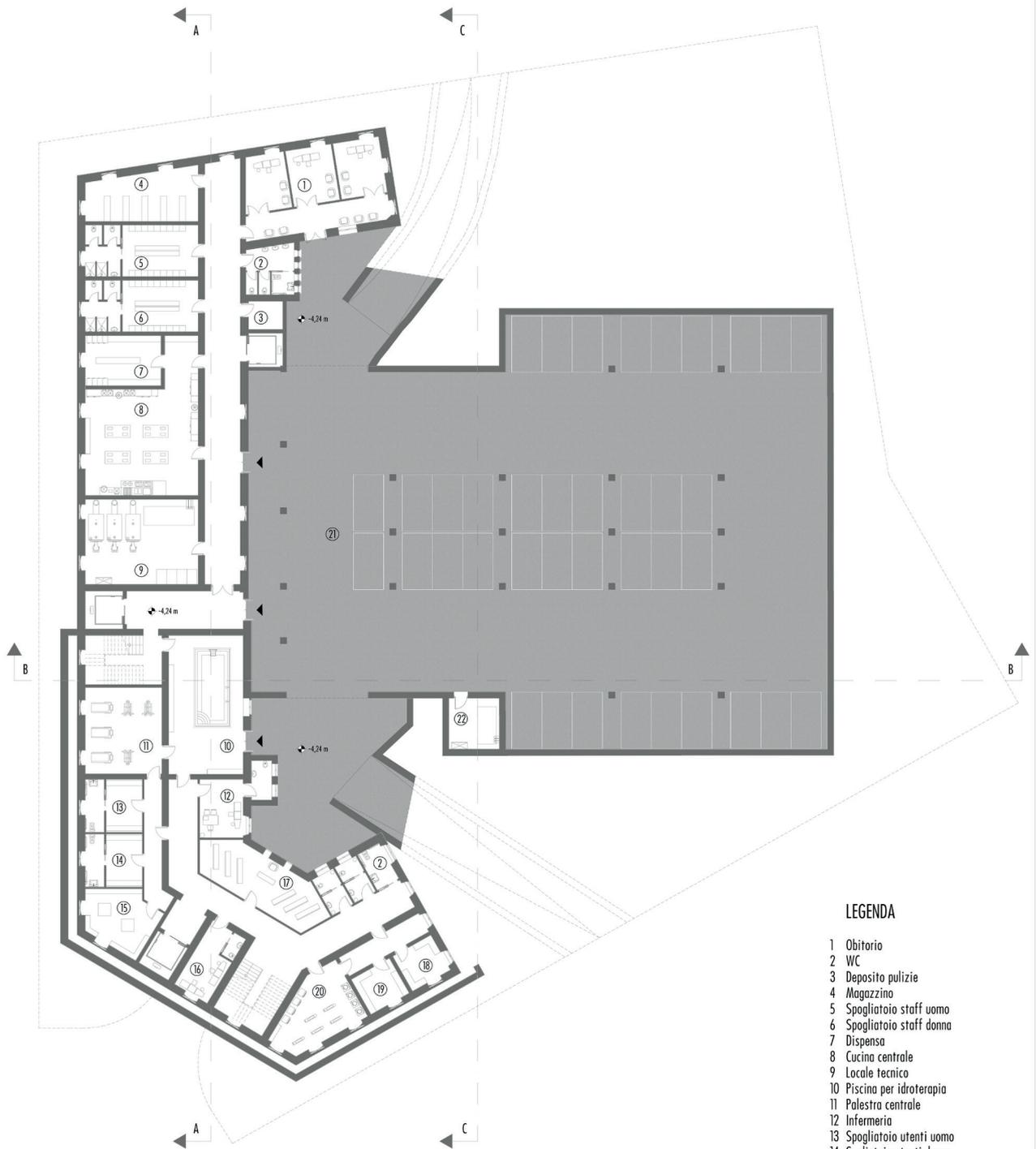
La fase progettuale è stata svolta tenendo conto delle preesistenze, evitando il più possibile stravolgimenti strutturali e operando ampliamenti e modifiche là dove si è ritenuto essere assolutamente necessario per il compimento della proposta progettuale. Tra queste modifiche, una delle più importanti tra quelle operate è sicuramente lo spostamento del collegamento verticale nella zona centrale dell'edificio che ha comportato la rimozione dell'accesso laterale su Via Cigna.

Gli interventi più pesanti sono stati effettuati prevalentemente nel seminterrato e nel cortile interno: i due casi risultano collegati tra loro poiché, prevedendo gli scavi per l'inserimento di un parcheggio interrato riservato alla nuova struttura nella parte sottostante all'attuale cortile, è stato possibile ridisegnare quest'ultimo completamente, definendo uno spazio esterno che attualmente risulta abbandonato a sé stesso e inutilizzabile.

La progettazione del parcheggio è stata attuata nel rispetto delle norme standard antincendio: si garantiscono, nel piano di copertura del parcheggio, aperture destinate alla ventilazione naturale pari a 1/25 dell'area totale, minimo richiesto per parcheggi interrati che garantiscono fino a 40 posti auto, disposte a una distanza inferiore ai 40 metri l'una dall'altra e prive di serramenti; inoltre, si prevede uno spazio destinato ad ospitare il vano tecnico riservato interamente all'area del parcheggio, così che, tramite un dispositivo di sezionamento di emergenza, sia possibile togliere la tensione a tutto l'impianto elettrico dell'autorimessa.

In parallelo alla realizzazione del parcheggio interrato, è stato necessario prevedere l'accesso e l'uscita di autovetture speciali al servizio della struttura, quali ambulanze, pompe funebri e consegna merci; la risoluzione proposta del problema prevede lo sfruttamento delle due rampe preesistenti, destinando quella su via Cuneo all'entrata e quella su via Dogliani all'uscita, con una corsia nel parcheggio riservata interamente a queste vetture. Anche per questo motivo è risultato opportuno localizzare servizi come l'area morgue o la cucina centrale nel piano seminterrato, in una posizione facilmente raggiungibile dagli accessi che si affacciano sul parcheggio.

Oltre a questi, sono presenti nel seminterrato anche aree dedicate allo svolgimento di attività riservate agli ospiti della Residenza come la cappella privata per le funzioni religiose o la palestra e la piscina. Questi ultimi, oltre allo svolgimento di attività ginniche e ludiche, sono pensate con lo scopo di permettere ai pazienti di svolgere fasi di recupero motorio, aspetto fondamentale per la prevenzione di aggravamenti dello stato di salute, grazie soprattutto alla presenza di personale specializzato in attività fisioterapiche e idroterapiche che possano supportare gli ospiti.



LEGENDA

- 1 Obitorio
- 2 WC
- 3 Deposito pulizie
- 4 Magazzino
- 5 Spogliatoio staff uomo
- 6 Spogliatoio staff donna
- 7 Dispensa
- 8 Cucina centrale
- 9 Locale tecnico
- 10 Piscina per idroterapia
- 11 Palestra centrale
- 12 Infermeria
- 13 Spogliatoio utenti uomo
- 14 Spogliatoio utenti donna
- 15 Deposito palestra
- 16 Fisioterapista
- 17 Cappella
- 18 Deposito pulito
- 19 Deposito sporco
- 20 Lavanderia / Stireria
- 21 Parcheggio interrato
- 22 Locale tecnico parcheggio



L'accesso al piano terra rialzato avviene tramite l'ingresso monumentale che si apre su Largo Francesco Cigna, che si è mantenuto data la sua importanza storica e la sua effettiva riconoscibilità. Superato l'ingresso, si accede all'ampio atrio, nucleo distributivo fondamentale del piano, attraverso cui è facilmente possibile raggiungere ogni parte dell'edificio. Nell'atrio, oltre alla presenza di zone di sosta e socializzazione, si affacciano il bar a disposizione del pubblico e degli ospiti della struttura, la sala da pranzo comune, che permette ai pazienti di consumare i pasti anche in compagnia dei familiari, gli uffici destinati all'amministrazione e alla direzione della Residenza e il primo nucleo di collegamenti verticali.

Come si evince dalla letteratura, questo ambiente può assumere significati e funzioni aggiuntive rispetto al semplice passaggio di persone e alla connessione tra ambienti differenti: quest'area del piano è concepita infatti anche come nucleo di socializzazione e di relazione tra pazienti, familiari e personale sanitario; in certi casi, infatti, i pazienti e i loro familiari preferiscono relazionarsi con il personale in spazi che possiedono condizioni ambientali meno formali rispetto a una camera o a un ambulatorio. Si garantisce una vista diretta sul cortile esterno e si privilegia l'illuminazione artificiale di tipo indiretto, così da evitare fenomeni di abbagliamento ed evitando così che si verificino episodi di disorientamento.

Una volta superato l'atrio, dalla parte centrale in poi è presente il primo nucleo abitativo della struttura: questo risulta composto da camere doppie e singole servite da un ampio corridoio centrale, interrotto volontariamente da spazi più ampi e forniti di arredi, in quanto è dimostrato che corridoi molto lunghi e lineari possono creare stati d'ansia in chi li attraversa. Si è inoltre tenuto conto della sicurezza che si deve garantire agli ospiti della struttura che vogliono potersi spostare da un ambiente all'altro, aspetto che incide fortemente sulla percezione psico-emotiva che un paziente ha riguardo alla struttura in cui è ospitato. La scelta di optare per corridoi ampi garantisce al personale sanitario lo spostamento di barelle e attrezzature di emergenza in condizioni agevoli.

Là dove prima si trovava l'ampio corridoio con le grandi vetrate che davano affaccio sul cortile, ora è stato predisposto ulteriore spazio destinato agli alloggi della RSA e alle residenze, con la conseguente traslazione del nuovo spazio di connessione, grazie a un ampliamento non invasivo che ha permesso di aumentare la superficie dei piani. Esso è stato definito con la preventiva rimozione delle grandi vetrate, la demolizione parziale della parete e l'installazione di una struttura prefabbricata che si collega alla struttura esistente. La mancanza di superficie trasparente che favorisse l'ingresso di luce naturale è stata sopperita con la realizzazione di un'ampia superficie vetrata sulla zona di sosta predisposta sul corridoio e da un pozzo di luce vetrato, che dalla copertura illumina i vari piani fino al piano terra; intorno a questa struttura vetrata è quindi derivata l'opportunità di trasformare questo spazio in una grande area di ritrovo per i residenti, con sedute e arredo.

Il nucleo abitativo usufruisce inoltre di ulteriori servizi riservati e indispensabili per le persone in esso ospitate: il bagno assistito e un ambulatorio infermieristico. Così come per gli abitanti del nucleo, anche per gli OSS sono necessari alcuni spazi fondamentali per svolgere la loro attività lavorativa, quali il vuotatoio e una saletta a loro riservata.



LEGENDA

- 1 Alloggio singolo
- 2 Alloggio doppio
- 3 Deposito pulizie
- 4 Area in comune
- 5 WC
- 6 Lavapadelle / Vuotatoio
- 7 Bagno assistito
- 8 Infermeria
- 9 Reception
- 10 Saletta staff
- 11 Atrio
- 12 Sala da pranzo comune
- 13 Bar
- 14 Segreteria
- 15 Direzione
- 16 Cortile privato
- 17 Accesso parcheggio
- 18 Accesso d'emergenza

Attraverso il piano terra rialzato si ha accesso diretto al cortile privato della RSA. Quest'ultimo è stato concepito per permettere la deambulazione degli ospiti in un contesto privato e tranquillo immerso nel verde; gli elementi naturali che si trovano nel cortile possiedono potenzialità ristorative e di tipo multisensoriale. Le aiuole che compongono il giardino ospitano diverse specie floreali che, con l'alternarsi delle stagioni e i conseguenti cambiamenti cromatici e di fioritura, stimolano la produzione di endorfine e il benessere psico-emotivo degli ospiti. Sono predisposte lungo le aiuole sedute così da permettere un momento di sosta agli utenti.

È stato predisposto un ulteriore accesso diretto da via Cuneo nel caso in cui si verificasse un'emergenza per l'intervento di un'ambulanza, a cui è garantito un passaggio agevole all'interno del cortile. La RSA si sviluppa anche nel primo piano dell'edificio. Esso, nella manica a nord, ricopia la conformazione spaziale del nucleo abitativo presente al piano terra. Un secondo nucleo abitativo sorge nell'altra metà del piano, ospitando i medesimi servizi del nucleo descritto precedentemente.

Il secondo piano dell'edificio accoglie gli alloggi per anziani in due differenti tipologie, singoli e doppi. Questo piano presenta una differente conformazione strutturale rispetto ai precedenti.

Anche il secondo piano è stato organizzato in due nuclei abitativi, comprendenti, oltre alle residenze, una piccola palestra, una lavanderia, una cucina e una sala comuni. Inoltre è previsto un alloggio riservato interamente agli OSS che svolgono le loro mansioni anche negli orari notturni, così da intervenire in caso di necessità. La parte centrale, che divide in due parti il piano, ospita un piccolo punto di controllo, a disposizione dei residenti e a cui si rivolgono i familiari.

Analizzando nel dettaglio la conformazione spaziale delle residenze esse sono composte da un soggiorno con angolo cottura, una camera da letto e un servizio igienico privato; ciò garantisce la totale riservatezza agli ospiti, e allo stesso tempo, qualora sentissero la necessità di socializzare e rapportarsi con i residenti del piano, la possibilità di usufruire di sale da pranzo comuni e sale per lo svago e attività ricreative comuni.

La possibilità di scelta fra diverse attività e alternative spaziali riduce negli ospiti dell'edificio il livello di stress e consente di sentirsi meno dipendenti dalla struttura che li ospita. Si è definito un ampliamento sul solaio di copertura, in quanto la maggior parte dello spazio degli altri piani è stato riservato a camere e residenze. È stato necessario prevedere un rinforzo strutturale del solaio di copertura (la cui soluzione tecnica è descritta nel dettaglio nel paragrafo riservato all'analisi tecnologica del piano di copertura) per garantire la resistenza necessaria e rendere il piano agibile al pubblico. Gran parte del piano di copertura è destinata alla funzione di terrazza, con posti a sedere e aiuole poste su piattaforme in legno. Il perimetro della terrazza risulta contornato interamente da vasi fissi ospitanti differenti specie floreali, trasformando un elemento d'arredo in un elemento funzionale per evitare un affaccio diretto dal parapetto.



LEGENDA

- 1 Alloggio singolo
- 2 Alloggio doppio
- 3 Deposito pulizie
- 4 Area in comune
- 5 WC
- 6 Lavapadelle / Vuotatoio
- 7 Bagno assistito
- 8 Infermeria
- 9 Sala da pranzo comune



PIANTA PIANO 2°

152



LEGENDA

- 1 Residenza singola
- 2 Residenza doppia
- 3 Deposito pulizie
- 4 Area in comune
- 5 Lavanderia
- 6 Sala da pranzo comune
- 7 Controllo piano
- 8 Infermeria
- 9 Palestra
- 10 Alloggio per Operatore Socio Sanitario

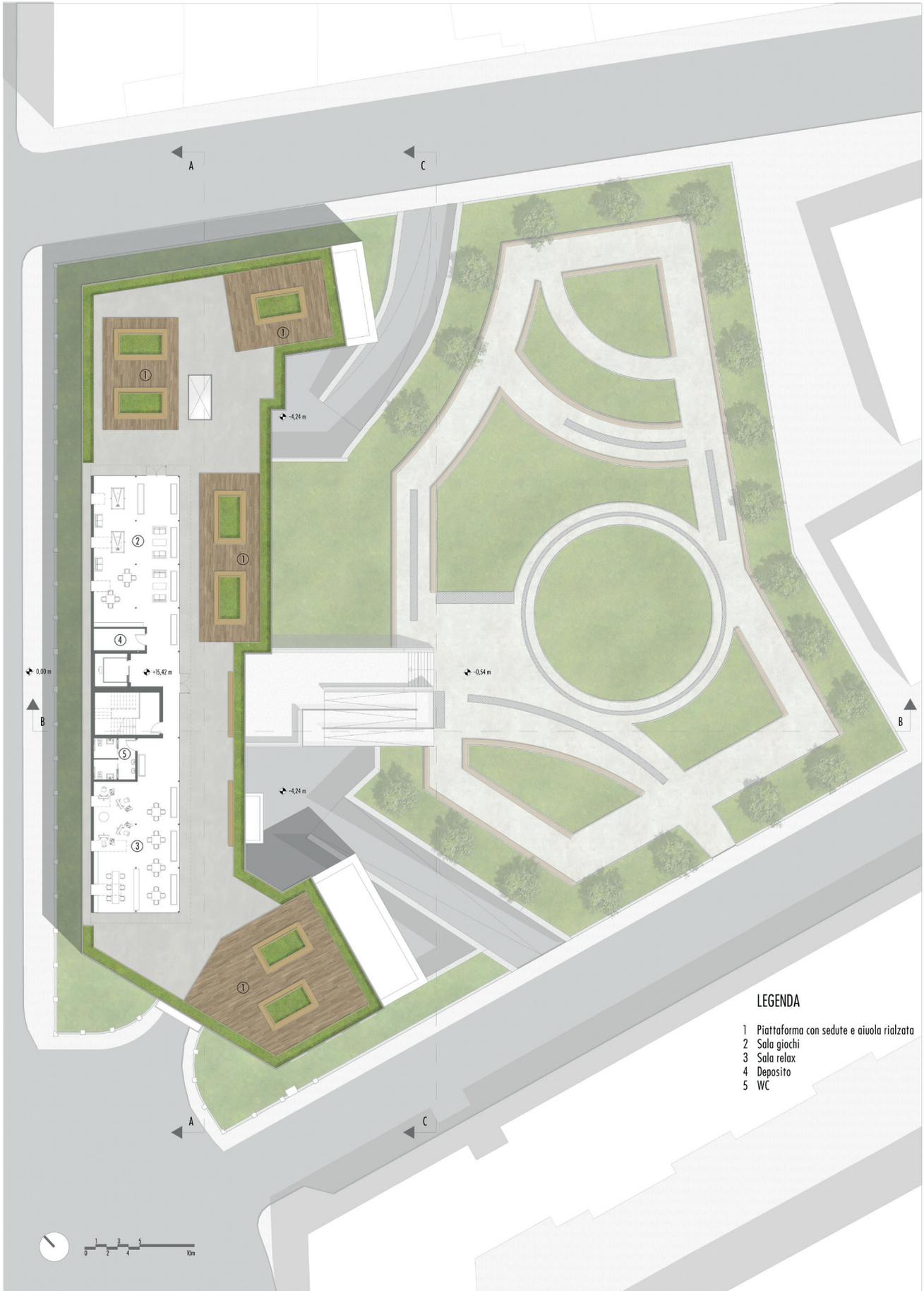


L'ampliamento proposto, raggiungibile tramite il collegamento verticale centrale dell'edificio, è realizzato con una struttura in legno e vetro. Tre pareti su quattro risultano interamente vetrate, favorendo l'ingresso di un'ampia quantità di luce naturale. Per evitare fenomeni di abbagliamento o di discomfort termico (effetto serra) sono facilmente schermabili tramite tende da esterno motorizzate in tessuto filtranti e oscuranti, poco invasive e che permettono di ridurre il consumo di energia interno, oltre al fatto che sono previste ante apribili. Lo spessore delle vetrate garantisce un adeguato isolamento acustico con l'esterno, mentre i vetri doppi, con un vetro basso emissivo, permettono di controllare l'isolamento termico. La quarta parete, per la maggior parte opaca, è realizzata tramite tecnologia a secco e presenta sei superfici vetrate a tutta altezza, apribili per garantire il ricambio d'aria naturale dell'ambiente interno e che, in misura differente l'una dall'altra, si estendono anche in copertura.

L'interno è stato funzionalmente diviso in due parti, grazie al nucleo centrale costituito dal collegamento verticale e dai servizi igienici: una parte è destinata ad attività stimolanti e rilassanti come la pittura e la lettura, l'altra per lo sviluppo di giochi di gruppo e da tavolo. L'assenza di pareti divisorie offre un alto livello di versatilità per le due parti del piano, organizzabili in maniera differente a seconda delle attività proposte.

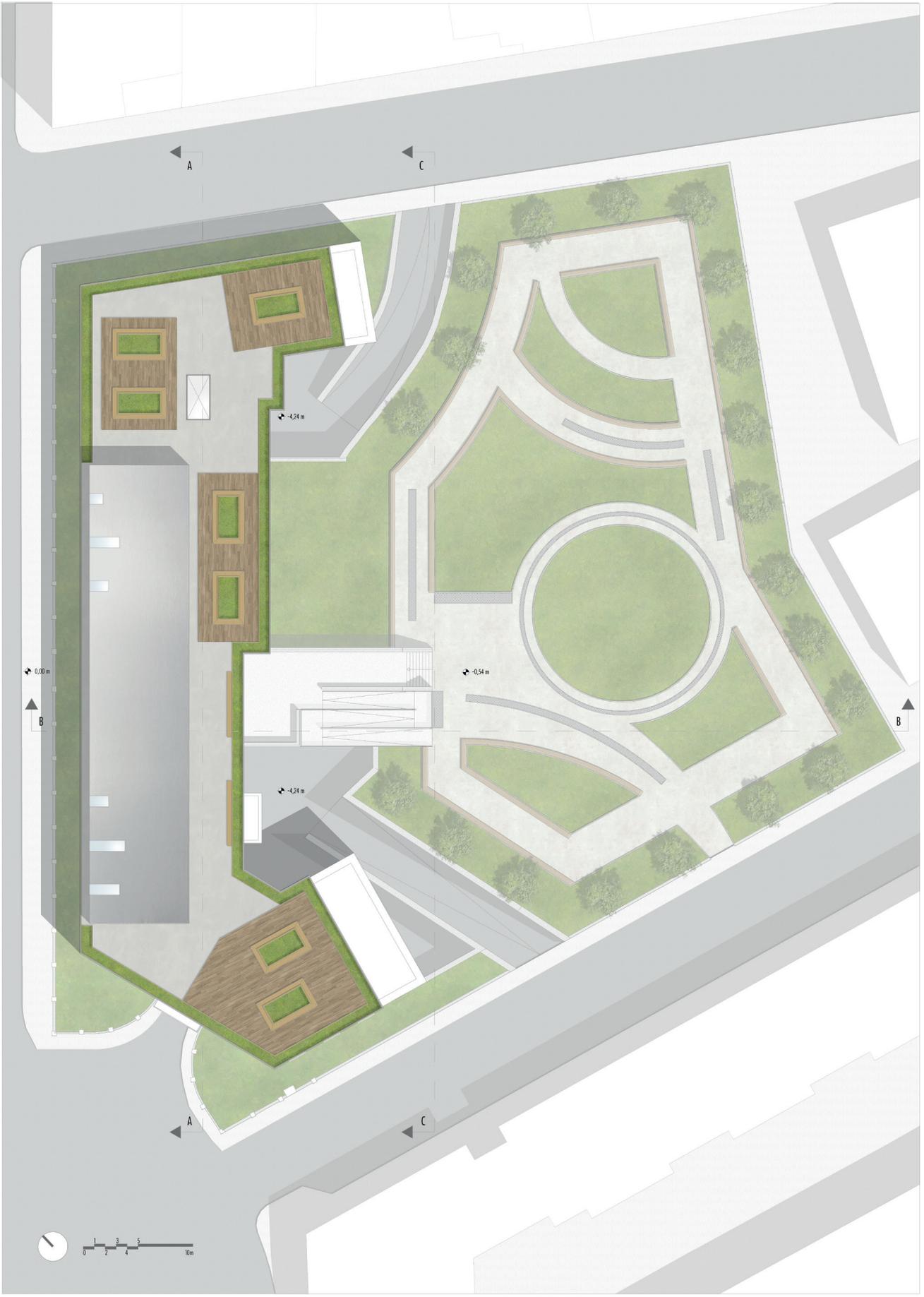
PIANTA AMPLIAMENTO IN COPERTURA

154



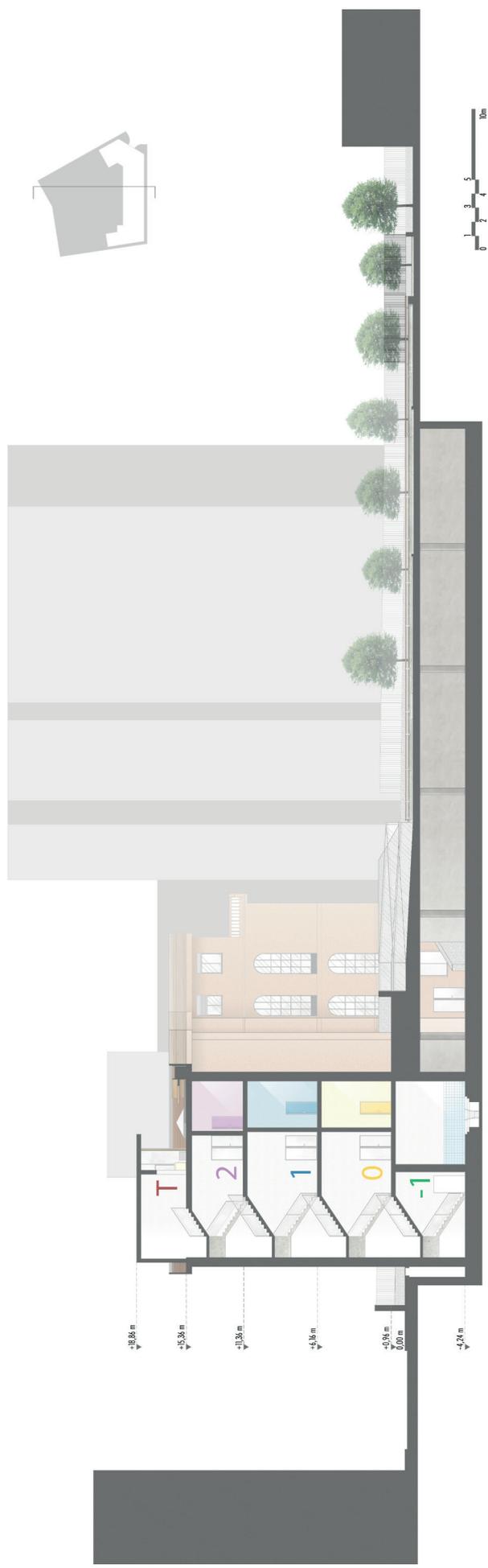
LEGENDA

- 1 Piattaforma con sedute e aiuola rialzata
- 2 Sala giochi
- 3 Sala relax
- 4 Deposito
- 5 WC

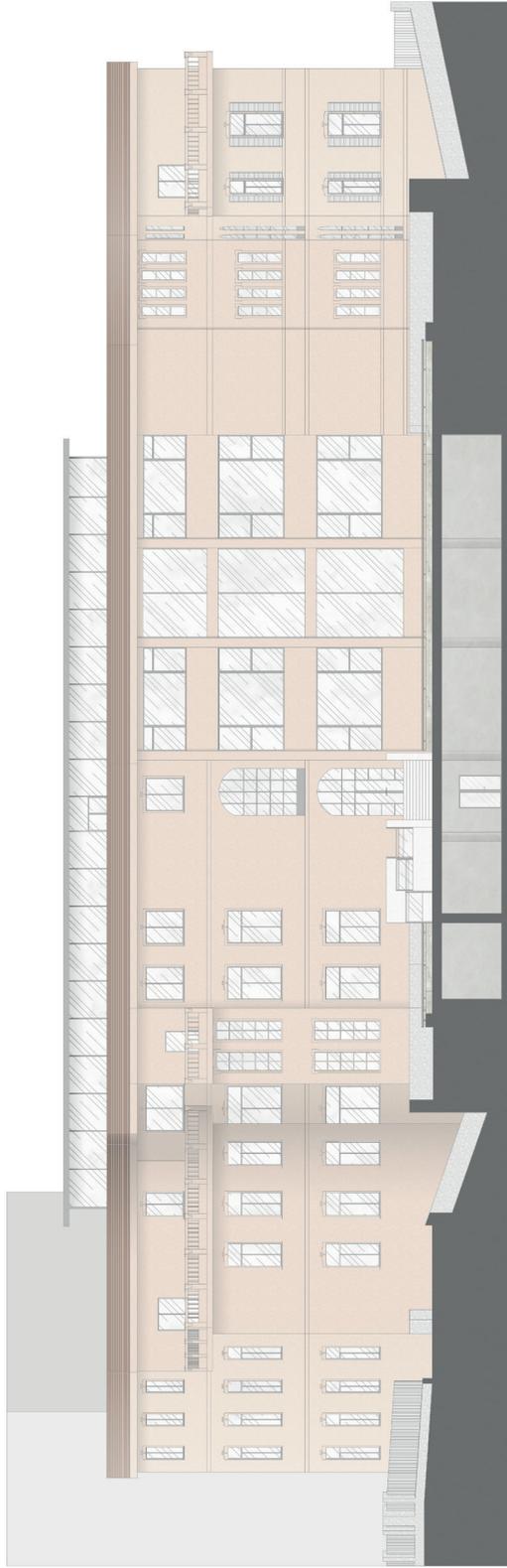


SEZIONE LONGITUDINALE A-A

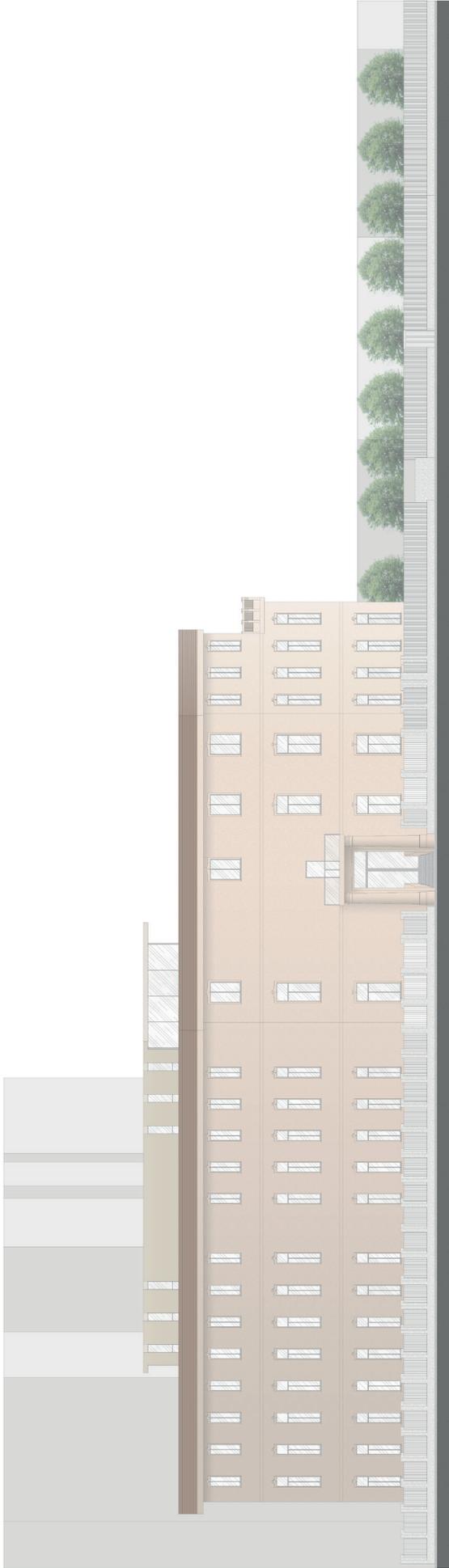


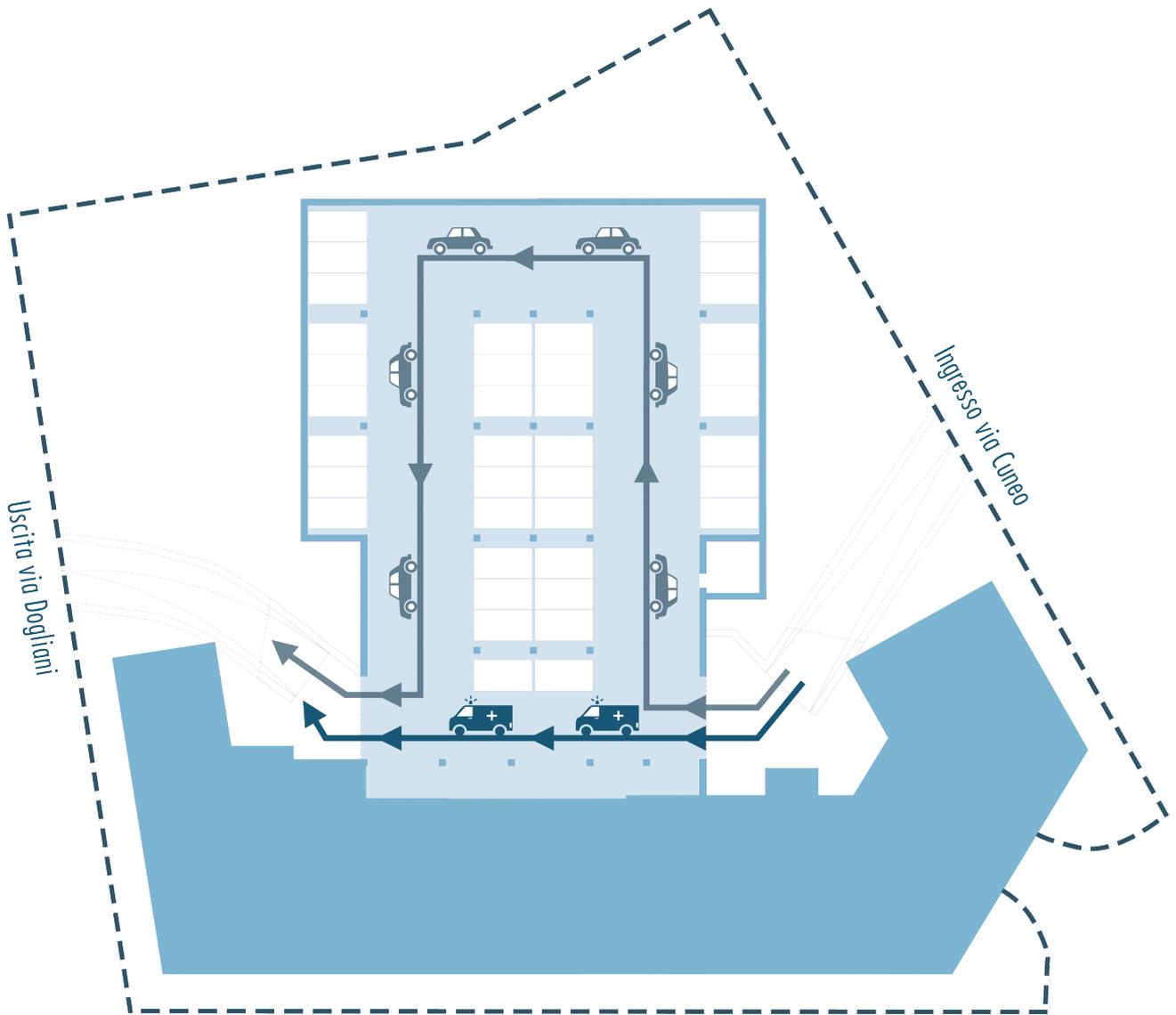


SEZIONE TRASVERSALE B-B









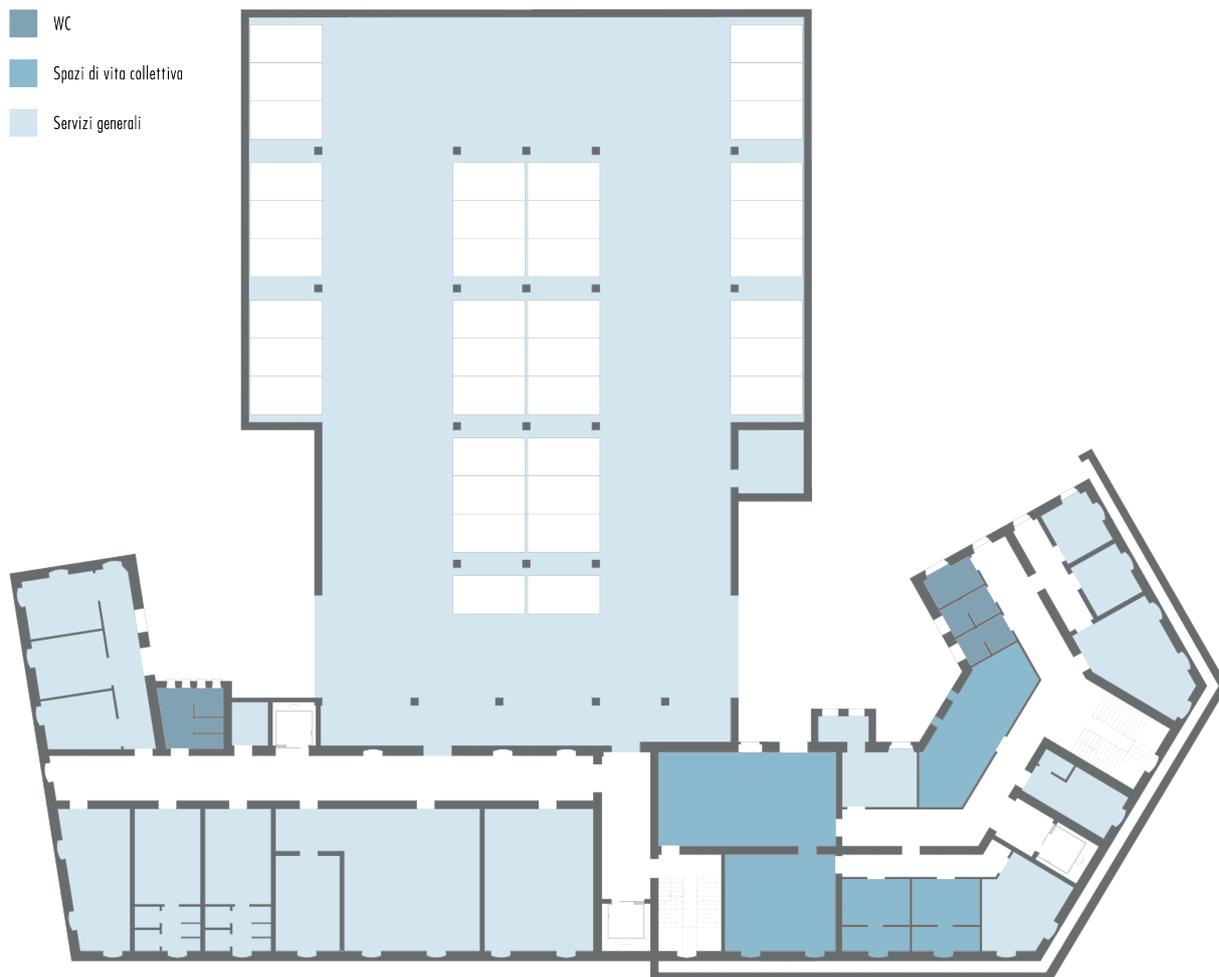
Circolazione riservata agli utenti del parcheggio



Circolazione riservata ad ambulanze, scarico merci, carro funebre

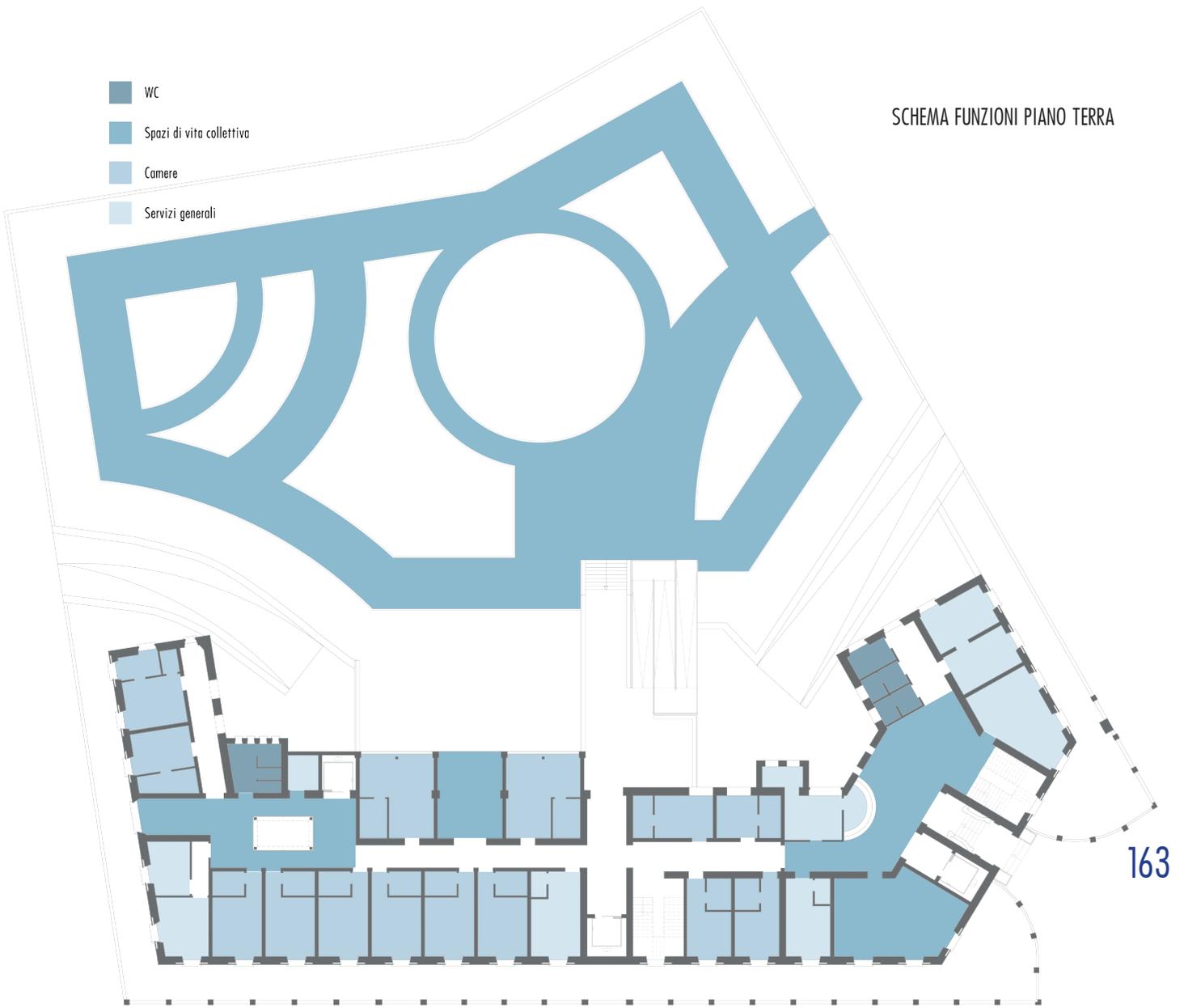
SCHEMA FUNZIONI PIANO SEMINTERRATO

162



- WC
- Spazi di vita collettiva
- Camere
- Servizi generali

SCHEMA FUNZIONI PIANO TERRA



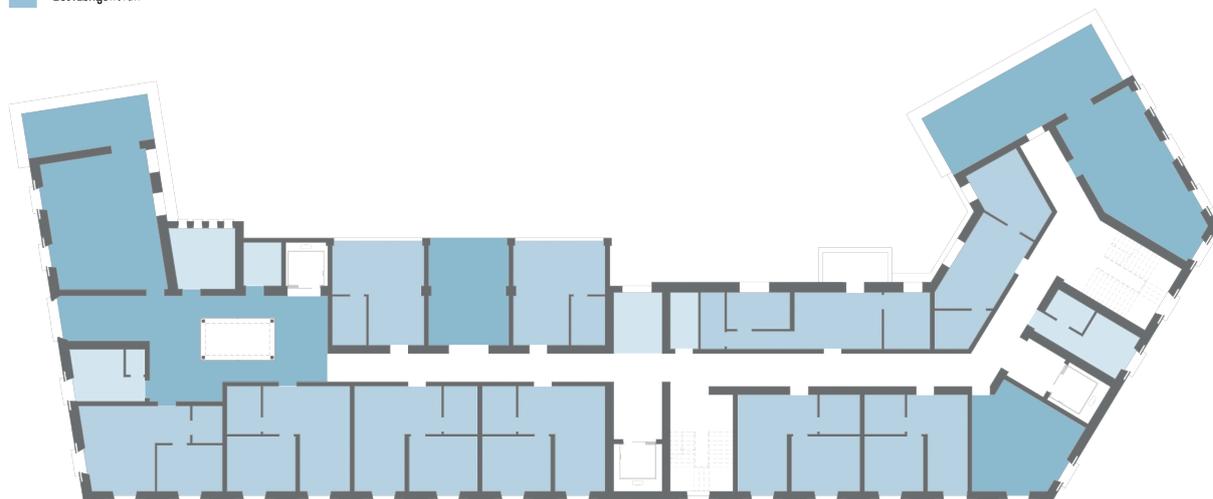
- WC
- Spazi di vita collettiva
- Camere
- Servizi generali

SCHEMA FUNZIONI PIANO 1°



SCHEMA FUNZIONI PIANO 2°

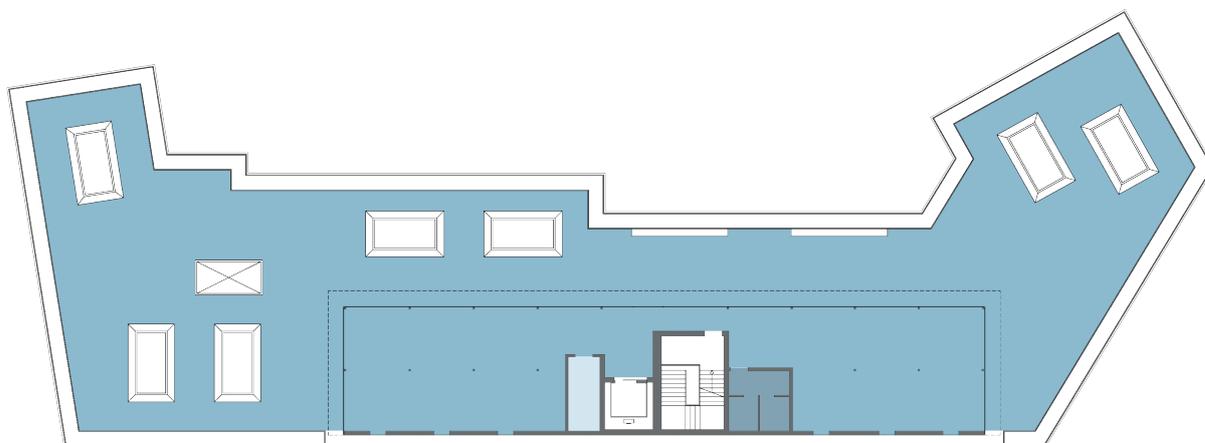
- WC
- Spazi di vita collettiva
- Residenzi generali



164

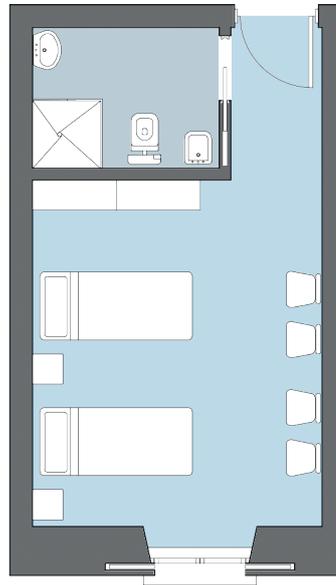
SCHEMA FUNZIONI PIANO DI COPERTURA

- WC
- Spazi di vita collettiva
- Servizi generali

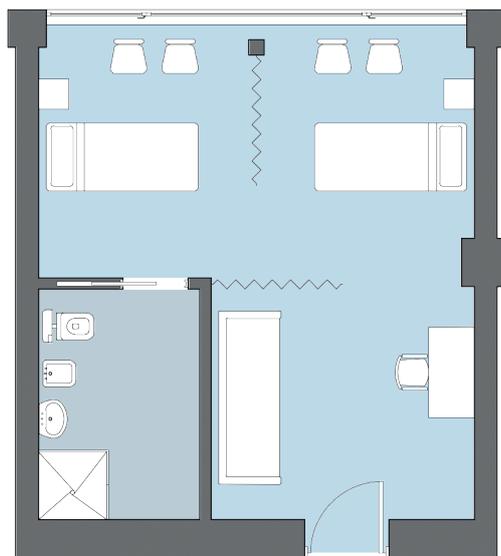




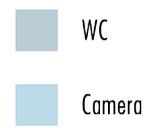
Tipologia camera 1

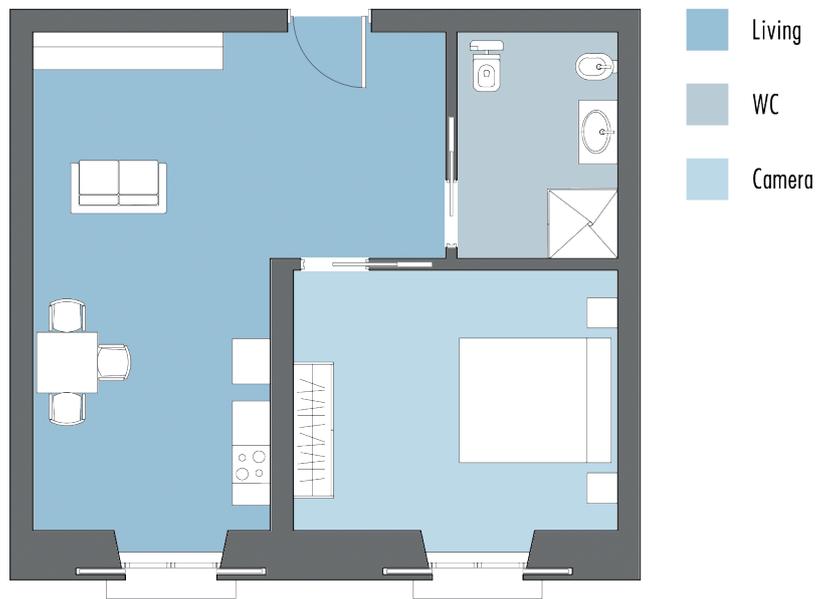


Tipologia camera 2



Tipologia camera 3





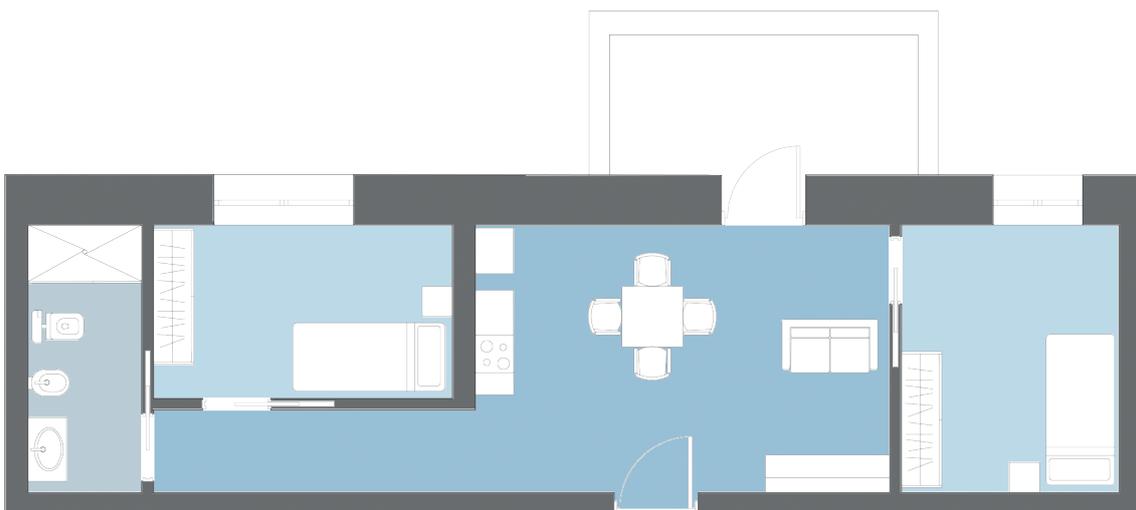
Tipologia residenza 1



Tipologia residenza 2

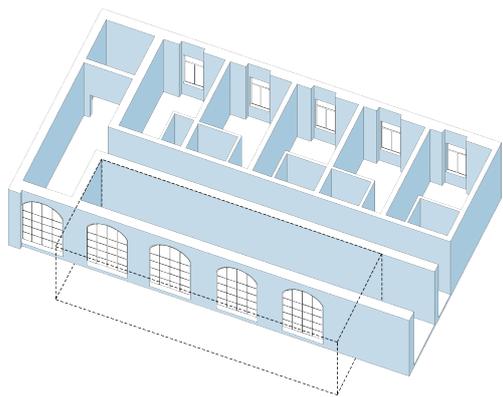


Tipologia residenza 3

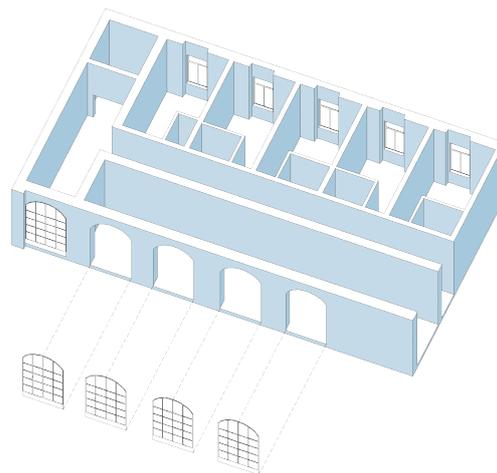


Tipologia residenza 4

SCHEMA SISTEMA DI AMPLIAMENTO IN FACCIATA

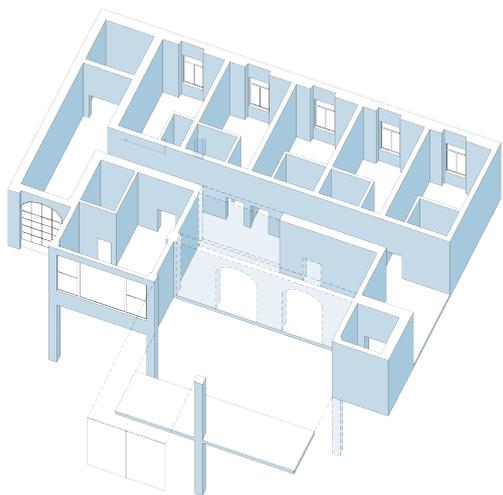


Fase 1:
Necessità di ampliamento in facciata per aggiungere metratura per la realizzazione di camere extra

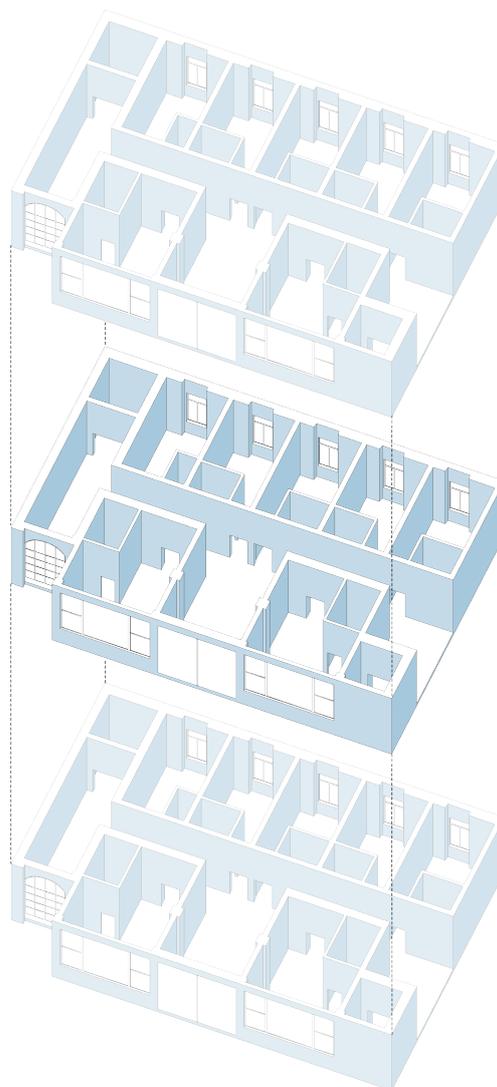


Fase 2:
Rimozione ampie vetrate presenti nella facciata

168



Fase 3:
Demolizione parziale della muratura portante in facciata e installazione di pilastri e solette prefabbricate. I nuovi spazi ricavati sono in seguito tramezzati da pareti realizzate con tecnologia a secco e illuminati da ampie superfici vetrate.



Fase 4:
Completamento dell'ampliamento per tutti i piani abitabili.

SISTEMA COSTRUTTIVO DELL'AMPLIAMENTO

L'ampliamento sul piano di copertura prevede spazi destinati ad attività ricreative e stimolanti per gli ospiti della struttura.

Il piano di copertura, nello stato attuale, non risulta agibile se non per manutenzione e presenta solo i locali macchine degli ascensori. Per poter dedicare l'area del piano di copertura alla realizzazione di un nuovo volume e di una terrazza panoramica, si è previsto l'inserimento di ascensori che non necessitano strutture sul tetto [un ascensore senza struttura sul tetto è l'ultima versione dello Schindler 3300 (fonte: <https://www.schindler.com/us/internet/en/mobility-solutions/products/elevators/schindler-3300.html>)]; l'unico ascensore che si è voluto estendere fino al piano di copertura è quello posizionato nella parte centrale dell'edificio, facilmente raggiungibile da qualunque punto dell'edificio.

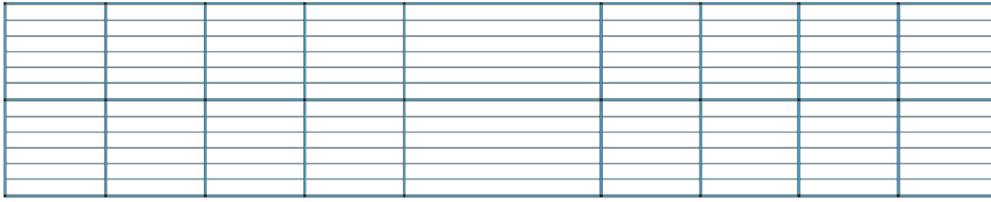
I solai sono in laterocemento e per consolidare e rinforzare il solaio di copertura si è optato per una soluzione leggera e sicura con la realizzazione di una soletta armata, realizzata con cemento Leca della linea CentroStorico, collegata al solaio esistente tramite un connettore chimico steso sull'intera superficie. Al di sopra della presente soletta si è proceduto alla messa in opera della seguente stratificazione: un massetto di integrazione impiantistica, una barriera al vapore e uno strato di coibente; il massetto pendenzato conclude l'intero solaio (vedi Dettaglio 4).

Per la realizzazione dell'ampliamento si propone una struttura leggera composta da una maglia rettangolare di travi e pilastri in legno lamellare. La scelta del legno è basata sulla capacità del materiale di creare un ambiente caldo e accogliente. I pilastri sono fissati direttamente al solaio di copertura tramite un sistema di ancoraggio in acciaio.

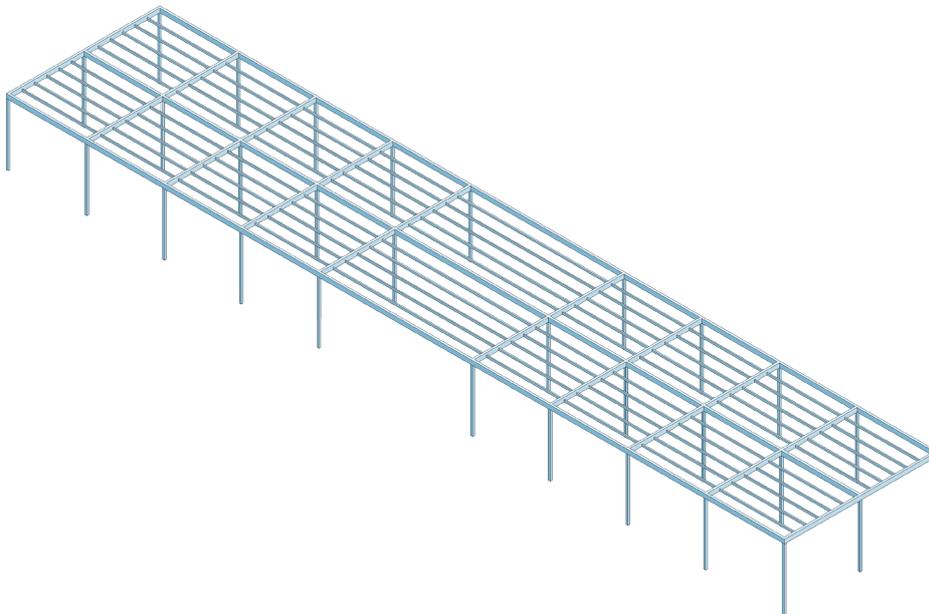
Grande attenzione è stata data in fase progettuale alla luce naturale e alla vista verso la terrazza contornata da elementi naturali che stimolano il benessere psico-emotivo degli ospiti: la soluzione proposta per l'ampliamento è un volume rettangolare composto per 3 lati su 4 da superfici vetrate. Per garantire un adeguato isolamento termico e acustico si è optato per vetrate isolanti con doppio vetro e vetrocamera contenente aria secca, e telaio in alluminio (Vedi Dettaglio 3). La presenza di ampie vetrate implica la necessità di un adeguato sistema di schermatura nei confronti dell'eccessiva radiazione solare, soprattutto nella stagione estiva, che può portare a fenomeni di discomfort termico interno come l'effetto serra. La soluzione prevede l'installazione di tende filtranti da esterno motorizzate, poco invadenti nel disegno della facciata e altamente efficienti nell'evitare l'abbagliamento degli ospiti e il surriscaldamento interno.

Il quarto lato, costituito in grande prevalenza da superficie opaca, è realizzato con tecnologia a secco, altamente efficiente e di semplice messa in opera (vedi Dettaglio 2). Gli elementi portanti presenti su questo lato sono inseriti all'interno di una parete realizzata con pannelli in legno multistrato coibentati all'interno e da un vano tecnico opportunamente coibentato; internamente la rifinitura è realizzata con un doppio strato di lastre in cartongesso Gyproc Duragy 12 Activ'Air e pittura decorativa: la tecnologia Activ'Air permette alla lastra di assorbire e neutralizzare fino al 70% della formaldeide presente nell'aria degli ambienti interni, soluzione particolarmente adatta nel caso di edifici destinati ad usi pubblici e sanitari. Per quanto riguarda la parte esterna, essa è stata ultimata con la realizzazione di un cappotto, così da garantire ulteriore isolamento termico alla struttura proposta. Sono inserite superfici vetrate a tutta altezza, in parte apribili per favorire la ventilazione degli ambienti interni; queste si estendono parzialmente anche nella superficie di copertura.

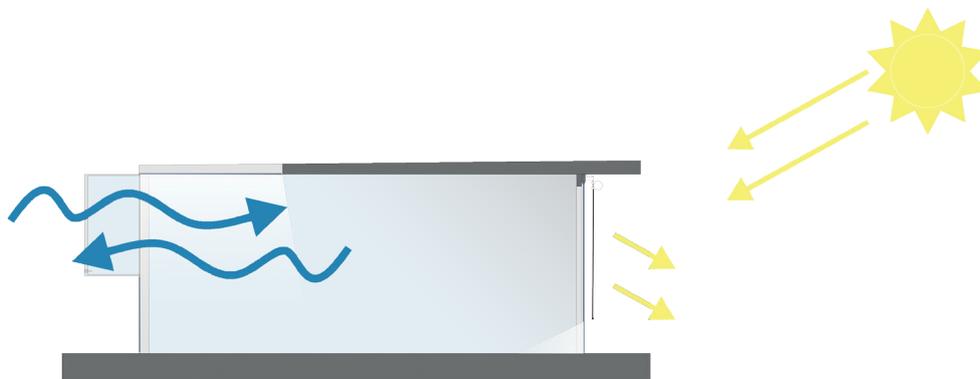
La copertura poggia su un sistema di travi e travetti in legno lamellare (vedi Dettaglio 1). L'intera superficie è costituita da tavolato in legno di abete che rifinisce il soffitto; al di sopra di esso è presente uno strato composto da barriera al vapore e un pannello pendenzato in polistirene espanso (EPS) che garantisce un adeguato isolamento anche in copertura, e la pendenza necessaria allo smaltimento delle acque piovane. Esso è sormontato da uno strato di guaina impermeabilizzante su cui poggia un sistema di listelli in legno, che fungono da sostegno per la superficie di tavolato in legno grezzo e permettono un'adeguata ventilazione per la copertura. È inoltre presente uno strato di aerazione, con una rete antiinvasione fissata tra il listello perimetrale e il tavolato in legno grezzo. Lo strato conclusivo che compone la copertura è composto da un manto in lamiera verniciata e lo smaltimento delle acque avviene tramite grondaia e pluviali in facciata.



ASSONOMETRIA STRUTTURA



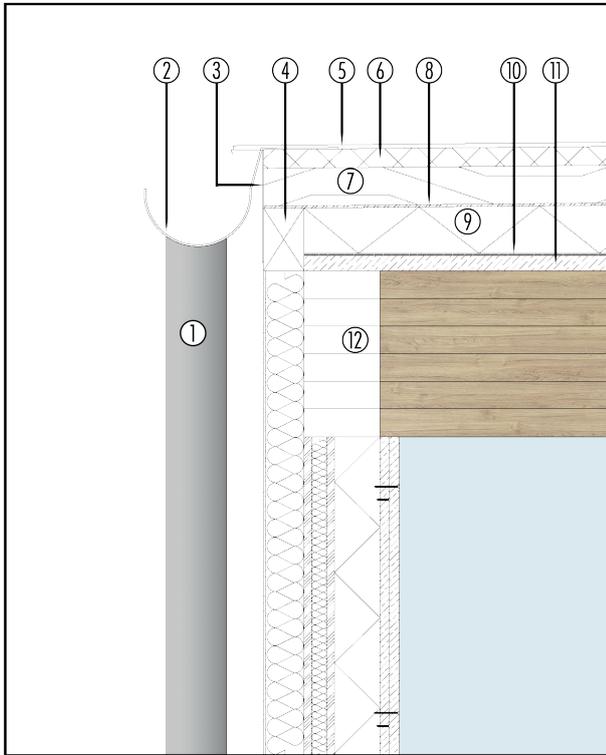
SCHEMA SISTEMI DI VENTILAZIONE NATURALE E SCHERMATURA



SEZIONE TECNOLOGICA APPLIAMENTO PIANO DI COPERTURA

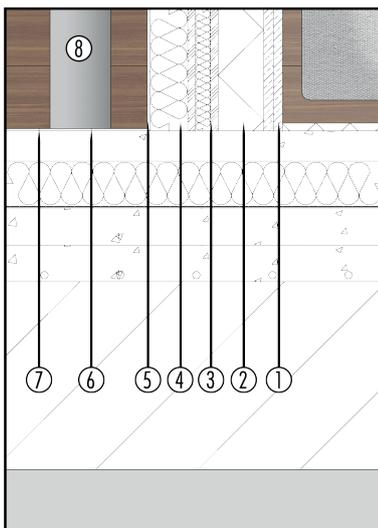


DETTAGLIO 1
SCALA 1:10



- Pluviale 1
- Scossalina in alluminio 2
- Rete antiintrusione 3
- Listello perimetrale 4
- Manto in lamiera verniciato 5
- Tavolato in legno grezzo 6
- Listello in legno 7
- Guaina impermeabilizzante 8
- Pannello pendenzato in EPS 9
- Barriera al vapore 10
- Tavolato in legno di abete 11
- Trave in legno lamellare 12

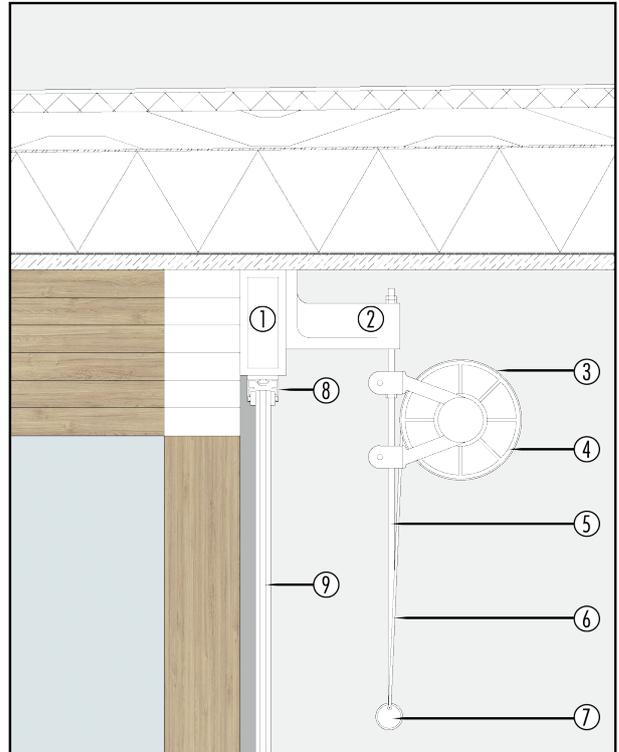
DETTAGLIO 2
SCALA 1:10



- Doppia lastra di cartongesso Gyproc Duragy 13 Activ'Air 1
- Vano tecnico coibentato 2
- Pannello in legno multistrato coibentato ILLE 3
- Isolante di facciata 4
- Finitura in intonaco e pittura 5
- Malta epossidica tricomponente all'acqua semiautolivellante 6
- Massetto delle pendenze 7
- Pluviale 8

DETTAGLIO 3
SCALA 1:10

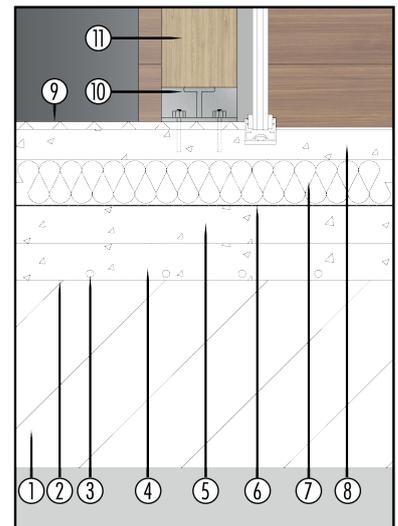
- 1 Supporto in acciaio inox
- 2 Staffa superiore ancoraggio in alluminio
- 3 Cassonetto Ø 160 in alluminio pressopiegato
- 4 Testata in fusione di alluminio Ø 160
- 5 Guida in cavo inox sp. 8 mm
- 6 Tenda in tessuto filtrante e oscurante
- 7 Terminale Ø 40 in alluminio estruso
- 8 Serramento in alluminio
- 9 Vetrata isolante con doppio vetro Climalit



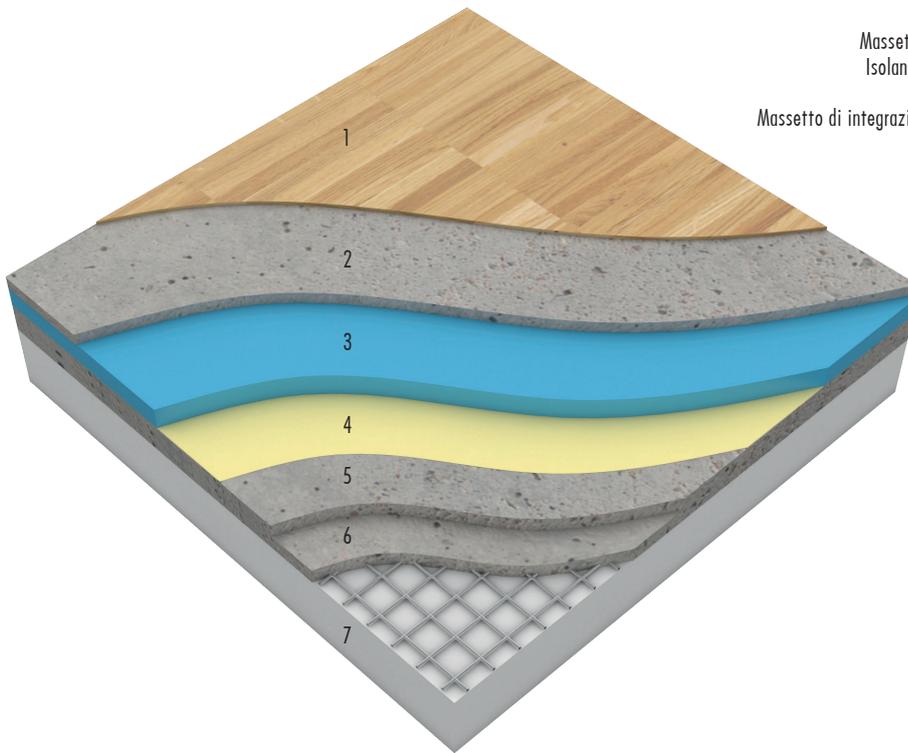
174

DETTAGLIO 4
SCALA 1:10

- 1 Solaio esistente
- 2 Connettore CentroStorico Chimico Leca
- 3 Soletta in calcestruzzo CentroStorico Leca
- 4 Rete elettrosaldata Ø 8 mm e maglia 200x200 mm
- 5 Massetto di integrazione impiantistica
- 6 Barriera al vapore
- 7 Isolante termo-acustico
- 8 Massetto delle pendenze
- 9 Parquet flottante
- 10 Ancoraggio in acciaio con distanziale per pilastro
- 11 Pilastro in legno lamellare (100x100 mm)



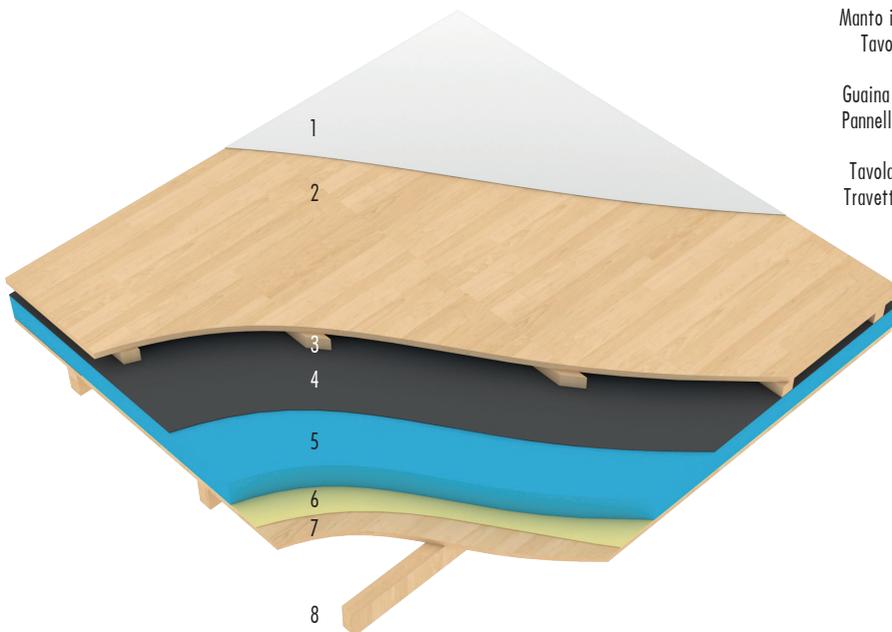
STRATIGRAFIA SOLAIO DI COPERTURA



- Parquet flottante 1
- Massetto delle pendenze 2
- Isolante termo-acustico 3
- Barriera al vapore 4
- Massetto di integrazione impiantistica 5
- Soletta armata 6
- Solaio esistente 7

175

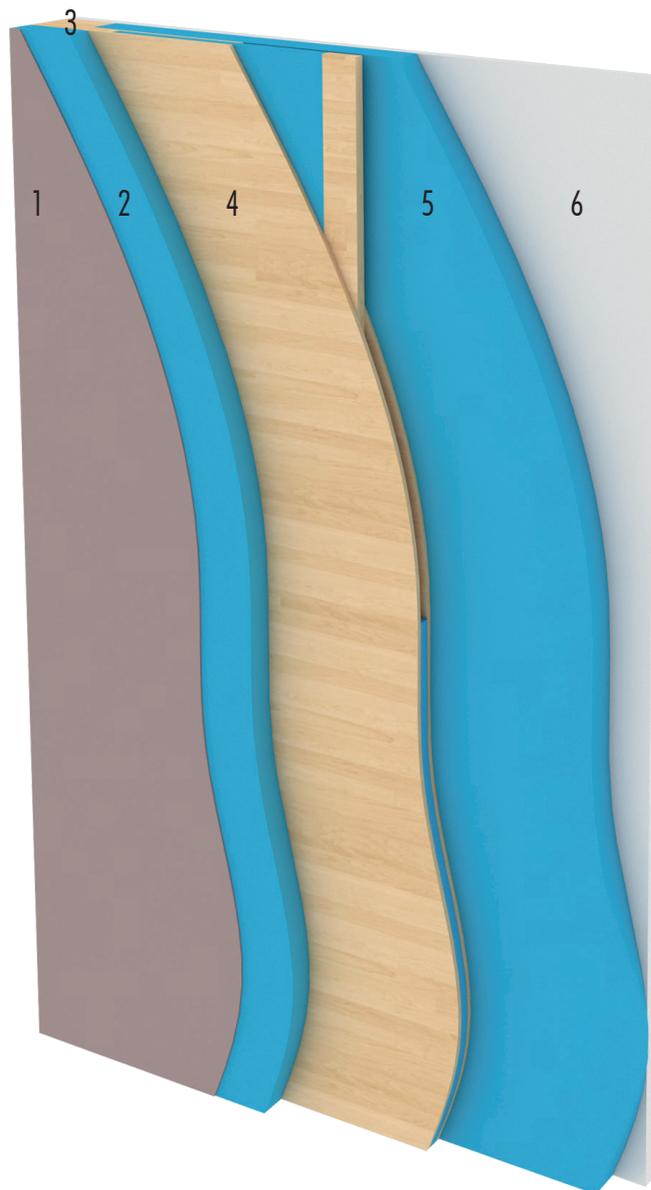
STRATIGRAFIA COPERTURA AMPLIAMENTO



- Manto in lamiera verniciata 1
 - Tavolato in legno grezzo 2
 - Listello in legno 3
 - Guaina impermeabilizzante 4
 - Pannello pendenzato in EPS 5
 - Barriera al vapore 6
 - Tavolato in legno di abete 7
 - Travetto in legno lamellare 8
-

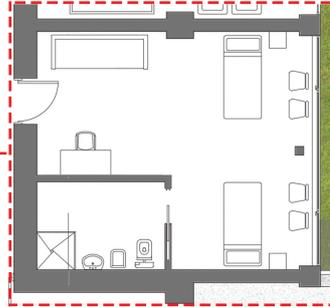
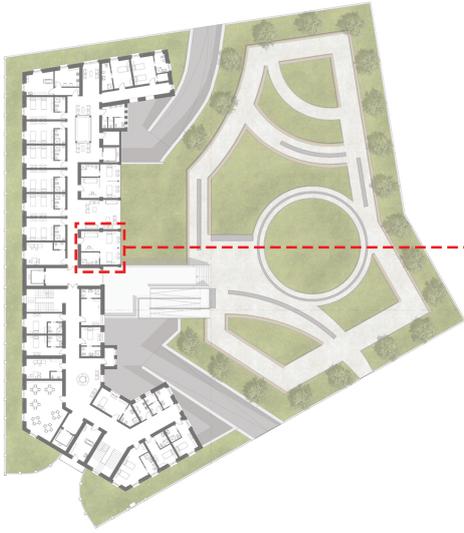
STRATIGRAFIA PARETE AMPLIAMENTO

- 1 Finitura in intonaco e pittura
- 2 Isolante di facciata
- 3 Pilastro in legno lamellare 100x100 mm
- 4 Pannello in legno multistrato coibentato ILLE
- 5 Vano tecnico coibentato
- 6 Doppia lastra di cartongesso Gyproc Duragy 12 Activ'Air



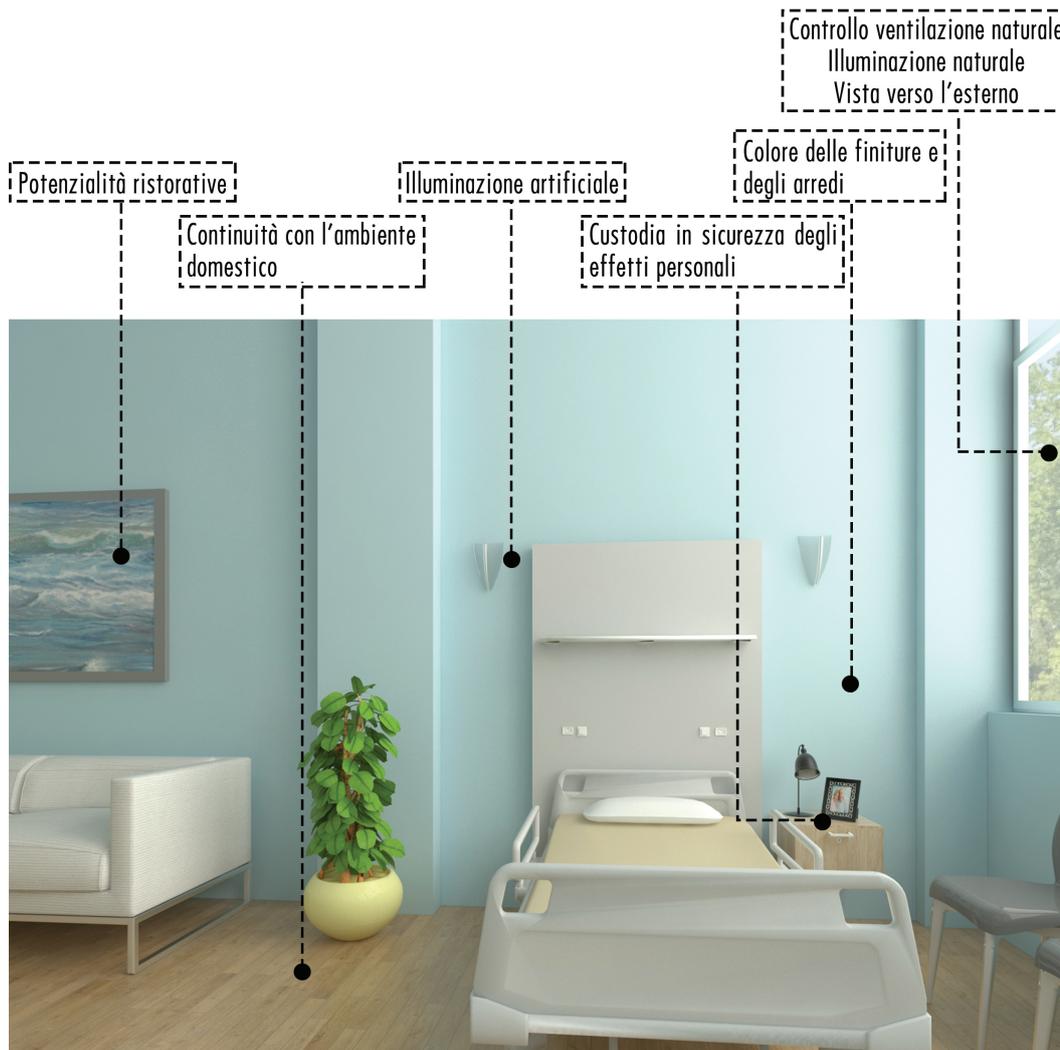
LIVELLO DI UMANIZZAZIONE DEGLI SPAZI

CAMERA RSA

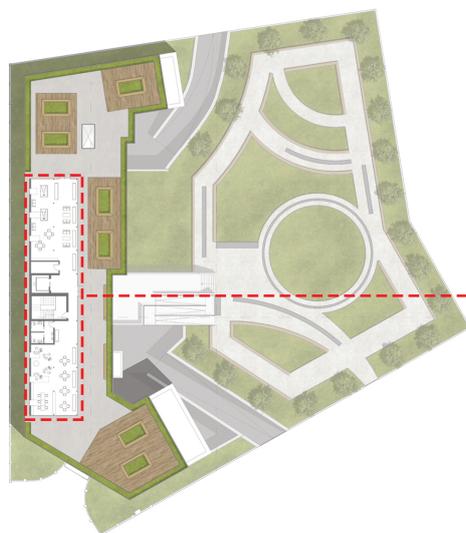


Zoom dell'ambiente analizzato

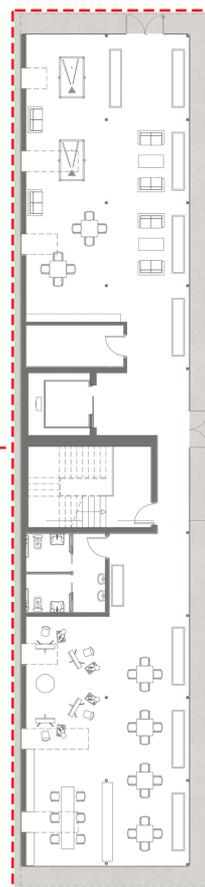
Piano primo



SALA COMUNE



Piano di copertura



Zoom dell'ambiente analizzato

Multifunzionalità e
flessibilità spaziale

Illuminazione artificiale

Potenzialità ristorative

Colore e decor delle
finiture e degli arredi

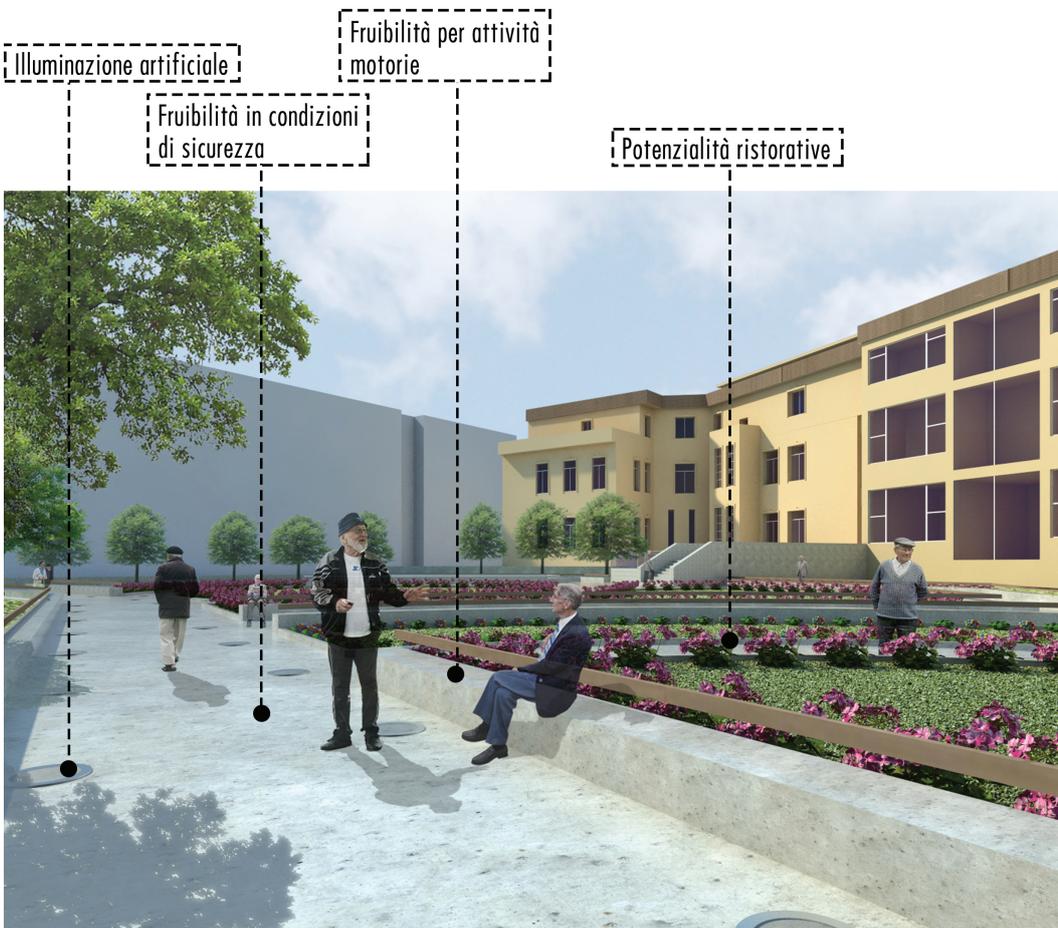
Multifunzionalità e
flessibilità spaziale



SPAZI ESTERNI



Piano terra rialzato



La tesi si pone come obiettivo quello di presentare una proposta progettuale per il recupero dell'ex Astanteria Martini di Torino trasformandola in una Residenza Sanitaria Assistenziale con un piano dedicato ad alloggi per anziani.

Il progetto ha svolto innanzitutto un approfondimento della normativa dedicata alle RSA e gli aspetti psicologici e sociali relativi alle persone anziane; la problematica principale è stata individuata nella mancanza di un approccio umanizzante nella progettazione di ambienti destinati agli anziani. La prima parte della tesi si concentra sulla condizione dell'anziano, l'approccio che egli ha nei confronti dell'invecchiamento e i bisogni che questa condizione comporta, focalizzandosi sulle strutture di tipo socio-sanitario, utili per ridurre il flusso degli anziani verso le strutture ospedaliere.

Il passo successivo è stato allargare il raggio di analisi, concentrando l'attenzione su diversi casi studio presenti in Europa. L'analisi ha permesso di comprendere l'approccio che diverse culture hanno nei riguardi della persona anziana e come questo influenzi a livello qualitativo le architetture a essi dedicate; in questo modo è stato possibile effettuare un confronto sia dei servizi offerti sia del livello di umanizzazione che le caratterizza. Negli ultimi anni si è presa sempre più consapevolezza di quanto sia importante applicare un approccio umanizzante nella progettazione degli spazi di cura: studi sull'umanizzazione degli spazi dimostrano come la lontananza dall'ambiente domestico e il ricovero in ambienti privi di potenzialità ristorative incidano negativamente sul paziente e sugli esiti clinici delle cure. L'approfondimento riguardo al significato dell'umanizzazione e lo studio delle raccomandazioni progettuali per la creazione di spazi umanizzati è stato l'ultimo step della prima parte della tesi.

La seconda parte propone una soluzione a un doppio problema: la riqualificazione dell'ex Astanteria Martini in una RSA con un piano dedicato a residenze per anziani, tenendo in considerazione i principi di umanizzazione. L'ipotesi progettuale elaborata offre un totale di 51 posti letto dedicati alla RSA e di 16 posti letto suddivisi in 10 mini-appartamenti per persone anziane, e il disegno di nuovi spazi verdi privati.

Il progetto è inserito all'interno di un contesto ben definito, caratterizzato principalmente da architettura residenziale ed è risolto alle varie scale (isolato, edificio, fino al dettaglio tecnologico). Oltre agli aspetti progettuali legati al tema della riqualificazione di strutture esistenti, si è posta attenzione anche sulla realizzazione di un nuovo volume in copertura, destinato a spazio multifunzionale e confortevole per lo sviluppo di attività ricreative e rilassanti per gli ospiti della struttura. Gli alloggi all'ultimo piano costituiscono elementi più innovativi in considerazione del loro layout. I principi di umanizzazione tenuti in considerazione in tutto l'iter progettuale fanno riferimento ai più recenti indirizzi progettuali relativi agli spazi socio-sanitari.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Arbizzani E. "Dimensionamento e organizzazione funzionale degli spazi nelle residenze sanitarie assistenziali: una lettura interdisciplinare del P.C.M. 22/12/89", Maggioli, Rimini, 1992.

Arbizzani E., Di Giulio R., "Residenze Sanitarie Assistenziali, il progetto e la realizzazione", Maggioli, Rimini, 2002.

Bolocan Parisi L., "Tempo di scelte. Bisogni, opportunità, servizi per la terza età.", Carocci, 1992

Casiddu N., "Anziani a casa propria: linee guida per adeguare spazi ed oggetti, FrancoAngeli, Genova

Cox A., Groves P., "Ospedali e strutture sanitarie. Una guida per il progetto e sviluppo", Dario Flaccovio Editore, Palermo, 1995.

Curcio S., Nesi A., "Residenze sanitarie per anziani. Strumenti per il controllo tecnico del progetto e del processo realizzativo", Kappa, Roma, 1994.

De Beauvoir S., "La Terza Età", Einaudi, Torino, 1972.

Del Nord R., Marino D., Peretti G., "L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano", in "TECHNE", a. V n.9, novembre 2015.

Del Nord R., Peretti G., "L'umanizzazione degli spazi di cura: linee guida", Firenze, Centro di ricerca Tesis sistemi e tecnologie per le strutture sanitarie, 2012.

Ferrante T., "Influenza delle strutture architettoniche sul benessere del paziente", in Atti del Forum Regionale delle Associazioni Medici Cattolici Italiani, Roma, Marzo, 2007.

Gatteschi D., "La condizione anziana. Attività, servizi, strutture", La Nuova Italia Scientifica, 1982

Guaita A., "L'assistenza domiciliare all'anziano", Carocci Editore, 1982

Il Melo, "Dall'identità negata al progetto di vita nelle residenze per anziani in Europa", Opera realizzata con il contributo dell'Unione Europea in collaborazione con l'Istituto Pluridisciplinare di Studi Sociali di Nantes e l'Università Cattolica di Lovanio, 2000

Martini E., "I miei ospedali: annotazioni e chiarimenti", Valenti, Torino, 1925

Milieri P., "Valore razionale. Riconversione di un edificio industriale in RSA: Il caso dell'ex Manifattura Moncalieri, Tesi di Laurea Magistrale, corso di laurea magistrale in Architettura costruzione città, 2016

Montacchini E., Tedesco S., "Indagini sul campo per l'umanizzazione di strutture ospedaliere: strumenti e casi studio", in "TECHNE", a. V n.9, novembre 2015.

Malfatti M., Tortora R., "Gli anni negati: inchiesta sulla condizione della vecchiaia in Italia", Milano Saggistica, 1974

Marchetti B., "Invecchiamento, Istituzionalizzazione e Fragilità: un'analisi della condizione dell'anziano oggi", Tesi di Laurea Magistrale, corso di laurea magistrale in Psicologia clinica e di comunità

Morosini P., Piergentili P., "Residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti: accreditamento e qualità, Edistampa, Roma, 1996.

Nesmith E. L., "Health Care Architecture", Rockport Publishers, USA, 1995.

Nesi R., Palumbo R., "Edilizia sanitaria. Processo edilizio e normativa tecnica per la realizzazione dei presidi extra-ospedalieri, Roma, Ministero della Sanità, 1938.

Pavone M., Santanera F., "Anziani e interventi assistenziali", Carocci, 1982.

Ranci C., "L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa: verso la costruzione di mercato sociale dei servizi", Franco Angeli, Milano, 2001.

Turillazzi B., "Edilizia sanitaria territoriale. Il progetto e la realizzazione di strutture sanitarie destinate all'assistenza, la cura palliativa e la lungodegenza. Residenze sanitarie, hospice e ospedali di comunità, n.l., Maggioli Editore, 2007.

Zuchelli G. Silvi G., "La fragilità dell'anziano", E. Debatte, Livorno, 2001.

NORMATIVA

Linee guida del Ministero della Sanità n.1 del gennaio 1994, Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

Linee guida della Società italiana di Gerontologia e Geriatria per le RSA.

D.P.C.M. 22 dicembre 1989, Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali.

SITOGRAFIA

<https://divisare.com/projects/198341-lpostudio-Architetti--Residenza-Sanitaria-Assistenziale-a-Poggibonsi-Siena->

<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten>

<https://archello.com/project/interior-nursing-home-willibrord>

<https://www.archdaily.com/787044/residential-care-home-andritz-dietger-wissounig-architekten>

<http://www.ftsa.it/it/anziani/residenze-sanitarie-assistenziali/rsa-gandini/>

<https://divisare.com/projects/202188-estudi-pp-arquitectura-francisco-urrutia-residencia-geriatrica-mas-piteu>

<https://www.archdaily.com/630825/elderly-residential-home-atelier-zundel-cristea>

<http://hicarquitectura.com/2013/03/basilio-tobias-residencia-asistida-y-centro-de-dia-de-la-tercera-edad-utebo/>

<https://divisare.com/projects/329686-scott-rasmusson-kallander-mikael-olsson-tuvvagen>

<https://www.archdaily.com/156293/retirement-home-meier-associes-architectes>

<https://www.archdaily.com/498030/residence-alice-guy-ade-architects>

<https://www.archdaily.com/212142/monconseil-retirement-home-atelier-zundel-cristea>

<https://www.atelierpro.nl/en/projects/159/15#.WzjU6tIzZEb>

https://www.domusweb.it/it/architettura/2014/12/04/peter_rosegger_nursinghome.html

<https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>

<http://www.museotorino.it/view/s/c60a0b4c388c497686881a2d1d110db7>

<https://www.istat.it/it/archivio/77525>

<https://www.istat.it/it/archivio/215522>

https://www.istat.it/it/files//2015/12/Presidi-residenziali_2013.pdf
