



Repubblica e Cantone
Ticino

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
Ufficio del medico cantonale
Ufficio di Sanità

Bellinzona

CASA PER ANZIANI MEDICALIZZATA

Criteri costruttivi minimi per una casa anziani medicalizzata, con nucleo protetto e centro per cure palliative. Procedura per la richiesta dei sussidi

Edizione giugno 2023

www.ti.ch



Contenuto:

Premessa

1.	BASI LEGALI, NORME, DIRETTIVE E RACCOMANDAZIONI	5
2.	CASA PER ANZIANI MEDICALIZZATA (CPA)	6
2.1	Cenni storici	6
2.2	Tipologie edilizie	8
2.3	Aspetti generali	10
2.3.1	Dimensioni e geometrie	10
2.3.2	L'arredo	11
2.3.3	Gli infissi e le porte	11
2.3.4	I pavimenti	13
2.3.5	I percorsi	14
2.3.6	Il colore degli ambienti	14
2.3.7	Gli impianti	15
2.3.8	Gli spazi esterni	16
2.4	Gli spazi a colpo d'occhio	18
2.5	Unità abitativa di cura	19
2.5.1	Le camere	19
2.5.2	I locali accessori all'unità abitativa	20
2.6	Servizi generali	21
2.6.1	Vani comuni all'esercizio della struttura	21
2.6.2	I vani complementari	24
2.6.3	Gli spazi esterni	25
3.	UNITÀ ABITATIVA PROTETTA (NUCLEO ALZHEIMER)	26
3.1	Generalità	26
3.2	Tipologie edilizie	26
3.3	L'ambiente costruito	27
3.3.1	L'arredo	27
3.3.2	I percorsi	28
3.3.3	Il colore degli ambienti	28
3.3.4	Gli infissi e le porte	29
3.3.5	Gli impianti	29
3.3.6	Gli spazi esterni	29
3.4	Unità abitativa protetta (nucleo Alzheimer)	32
3.4.1	I locali accessori all'unità abitativa protetta (nucleo Alzheimer)	33
4.	IL NUCLEO DI GERONTOPSICHIATRIA	35
4.1	Generalità	35
5.	REPARTO DI CURE PALLIATIVE GERIATRICHE NELLE CASE PER ANZIANI	36
5.1	Aspetti generali e tipologie edilizie	36

5.2	Unità abitativa di cure palliative	36
5.2.1	Le camere	36
5.2.2	I locali accessori all'unità abitativa di cure palliative	37
6.	CENTRO DIURNO TERAPEUTICO (CDT)	39
7.	OPERE SUSSIDIATE NELL'AMBITO DELLE COMMESSE PUBBLICHE	40
7.1	Procedura per la richiesta di sussidi	40
7.2	Costi di costruzione riconosciuti	40
7.2.1	Costi ritenuti finanziabili	41

PREMESSA

La casa per anziani medicalizzata è una struttura sociosanitaria residenziale dedicata ad anziani autosufficienti, parzialmente autosufficienti, non autosufficienti, ma anche a adulti con disabilità, che necessitano di assistenza e cure mediche, infermieristiche e riabilitativa a tempo pieno, a tempo determinato o indeterminato.

La presente documentazione regola e costituisce dei parametri di riferimento definendo i criteri costruttivi e strutturali minimi per la progettazione o ristrutturazione di una casa per anziani medicalizzata.

Quest'ultima è composta da unità abitative di cura, organizzate in reparti, per ospitare 15/20 utenti, rispettivamente camere singole, disposti in modo tale da progettare e gestire strutture efficaci dal profilo dell'esercizio, logistico, sanitario e sostenibili, tanto nelle risorse impiegate, che nella loro manutenzione.

Per la conformazione del territorio cantonale si valuta, che una casa per anziani medicalizzata possa beneficiare di economie di scala dai 60 posti letto. Strutture con meno o più posti letto dovranno essere dimensionate in modo proporzionato valutando i concetti minimi qui indicati. Interventi presso strutture esistenti, il loro ampliamento, la riconversione dovranno essere valutate compatibilmente a quanto qui previsto e nei limiti della sostenibilità finanziaria. La tecnica è progettata e aggiornata, di conseguenza, alle più recenti regole dell'arte.

Con la diversificazione dell'offerta, per far fronte all'evoluzione del bisogno di presa in carico, nel concetto di casa per anziani medicalizzata, possono essere integrate le unità abitative protette per anziani affetti da disturbi cognitivi (es.: il morbo di Alzheimer), il reparto di cure palliative ed i posti di soggiorno temporanei –inclusi i reparti di Cure Acute Transitorie (CAT) e Soggiorni Temporanei Terapeutici (STT)–, con l'eventuale realizzazione di un centro diurno terapeutico somatico (CDT).

Con le nuove edificazioni, come per le ristrutturazioni, gli ampliamenti e le conversioni, saranno introdotti gli spazi accessori all'unità abitativa ed i servizi generali. Parti di quest'ultimi possono essere delegati a terzi.

Il presente programma completa la versione precedente, considerando l'evolversi delle patologie, delle cure e delle strutture. Sono anche considerati quegli spazi che rapidamente, all'interno delle strutture, possono essere convertiti per eventi eccezionali, quali pandemie o altre necessità sanitarie, per cui è richiesto l'isolamento temporaneo di persone o di gruppi di queste. Quindi, sono di seguito indicati i programmi nelle seguenti sezioni:

- la prima comprende l'organizzazione dei locali **dell'unità abitativa di cura**;
- la seconda l'organizzazione di locali dell'unità abitativa protetta (Nucleo Alzheimer);
- la terza integra il nucleo di gerontopsichiatria;
- la quarta contempla i reparti di cure palliative;
- la quinta, i centri diurni e notturni terapeutici, con il solo rimando al regolamento.

1. BASI LEGALI, NORME, DIRETTIVE E RACCOMANDAZIONI

- Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria, LSan), del 18 aprile 1989
- Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz), del 30 novembre 2010
- Regolamento d'applicazione della legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (RLAnz), del 22 agosto 2012
- Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP), del 2 febbraio 1999 e relativo regolamento di applicazione Legge federale sull'eliminazione di svantaggi nei confronti dei disabili (Legge sui disabili, LDis), del 13 dicembre 2002 (Stato 1° luglio 2020)
- Regolamento sull'igiene del suolo e dell'abitato, del 14 ottobre 1958
- Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici diurni e notturni (del 22 marzo 2011, stato 1° maggio 2023)
- Legge sulle commesse pubbliche (LCPubb) (del 20 febbraio 2001)
- Concordato Intercantonale sugli appalti pubblici (CIAP) (25 novembre 1994)
- Regolamento di applicazione della legge sulle commesse pubbliche e del concordato intercantonale sugli appalti pubblici (RLCPubb/CIAP) (del 12 settembre 2006)
- Ordinanza sulla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali (OPI);
- Legge sul lavoro (LL);
- Norme sulla Polizia del fuoco, secondo le direttive emanate dall'Associazione degli istituti cantonali di assicurazione (AICA);
- Norma SIA 500;
- Norme e raccomandazioni SIA integrate nelle parti d'opera da realizzare;
- Norme VSS;
- Direttive emanate da enti ed autorità cantonali e comunali;
- Direttive emanate da associazioni di categoria;
- Norma SIA 118 e le norme integrati nei contratti d'appalto per i lavori specifici.
- Documentazione tecnica UPI (Ufficio protezione infortuni), in particolare no. 2.103 "Misure architettoniche per la prevenzione delle cadute nelle istituzioni di assistenza agli anziani e di cura"
- Programma di legislatura 2019-2023. Obiettivo 15 "Procedere verso una società rinnovabile al 100%" e in particolare l'azione 15.1 "Promuovere la riduzione dei consumi negli usi finali dell'energia, attraverso l'attivazione generalizzata di misure tecniche di efficienza energetica e scelte strategiche per un uso efficace dell'energia in particolare nel settore degli edifici, incentivando la sostituzione degli impianti tecnici approvvigionati ad energia fossile con impianti ad energia rinnovabile di origine indigena, favorendo la produzione locale di energia elettrica da fonti rinnovabili e le reti di teleriscaldamento."
- Abitare nella terza età – Curaviva (<https://www.curaviva.ch/Informazioni-specialistiche/Abitare-nella-terza-eta/PUtri/>)
- «Wohnformen im Alter, eine terminologische Klärung», Curaviva (éd), Berne 2015 - Neil Ankers, en collaboration avec C. Serdaly, serdaly&ankers d'après H.Rüegger (2014)

Le presenti direttive, aggiornamenti e complementi normativi, sono assunte dal progettista. Ulteriori misure integrative, aggiornamenti e complementi ritenute utili sono da adottare e attuare.

Per la progettazione definitiva ed esecutiva di nuove strutture o la modifica e adattamenti di strutture esistenti si raccomanda la collaborazione con istituti sociosanitari e gli uffici competenti cantonali.

2. CASA PER ANZIANI MEDICALIZZATA (CpA)

2.1 Cenni storici

L'idea di vecchiaia ha subito notevoli mutamenti dall'antichità sino ai giorni nostri. Questo per l'incremento della vita media delle persone, per i progressi in campo medico, per i mutamenti sociali, l'apporto igienico sanitario nelle abitazioni, l'alimentazione, eccetera.

In passato, spesso il vecchio era indentificato in una persona povera ed indigente. Nell'antica Roma gli schiavi anziani venivano abbandonati per strada o in prossimità del tempio di Esculapio.

Queste brevi note per tratteggiare l'evoluzione del concetto di assistenza agli anziani, con iniziative private o istituzionali. I "ricoveri per vecchi" o gli "ospizi", hanno subito una lenta evoluzione architettonica e sanitaria. Si è passati da situazioni di grandi camerate di degenza allo spazio abitativo privato. Più intimo, realizzato in strutture con i confort, che garantiscono anche assistenza sanitaria e non più soltanto vitto e alloggio con finalità caritatevoli, tipiche dei ricoveri medioevali. Gli spazi sono tutti accessibili e visitabili perché privi di barriere architettoniche e sensoriali.

Nel medioevo le cure erano soprattutto rivolte allo spirito più che al corpo. Nei monasteri, come in confraternite laiche, venivano dedicati appositi spazi per l'assistenza ai bisognosi, garantendo loro pasti ed un ricovero promiscuo. Negli ospedali medioevali si giungeva più per morire che per curarsi.

L'attività sanitaria inizialmente ha un ruolo pressoché marginale. Infatti, si registravano alti tassi di mortalità tra i ricoverati. Gli ospedali (ospizi di mendicizia, ricoveri per pellegrini e viandanti poveri, lebbrosari, ...), di numero molto elevato, consistevano in edifici di piccole dimensioni con limitate capacità ricettive (due o tre posti letto). Erano disseminati in modo capillare un po' ovunque, preferibilmente lungo le strade principali specialmente in prossimità dei ponti, vie di collegamento a santuari. Gli ospedali con molti posti letto si cominciano a costruire nelle grandi città, per esigenze di sanità pubblica, e costituiranno la base per il moderno ospedale cittadino con l'obiettivo di somministrare cure. La separazione tra uomini e donne e soprattutto la selezione per patologie si attueranno in epoca molto tarda.

A partire della metà del 1400 nelle città vengono costruiti grandi ospedali generali per meglio rispondere ai bisogni della popolazione e contenere la diffusione delle malattie contagiose come la peste, ma anche per garantire un sistematico controllo sanitario e per ridurre le spese di gestione. A differenza di prima l'assistenza al ricoverato, con le sue limitazioni, diventa più terapeutica che spirituale. Nel '600 si iniziano a costruire i "ricoveri per mendicanti", che accoglievano anche invalidi, vecchi e bambini. Nel Settecento si segnala un incremento della vita media, per le migliorate condizioni di igiene, con la diminuzione della mortalità, specie quella infantile. L'attenzione verso i problemi assistenziali aumenta, anche se spesso l'approccio è demagogico. Ad opera dell'abate di Sante-Pierre il termine laico di beneficenza sostituisce quello di carità, di impronta religiosa. Gli ospiti dei ricoveri, nel limite delle loro facoltà, devono essere attivi in modo da poter essere impiegati e sentirsi sempre utili.

L'Ottocento è caratterizzato da un forte incremento demografico per effetto della rivoluzione industriale, dell'abbandono delle campagne e della nascita del proletariato e da una diversa concezione della vecchiaia anche per l'aumento del numero di vecchi soprattutto nell'ambito urbano. A metà del secolo nasce la geriatria quale studio della fisiologia e patologia della vecchiaia. Dopo la prima metà dell'Ottocento, più o meno in tutti i paesi europei, nasce il filone letterario medico dedicato ai problemi della vecchiaia, le sue cause e le probabili cure, sino agli studi di inizio Novecento sulla gerontologia, che si occupa dei problemi relativi all'invecchiamento e alla vecchiaia.

Nei manuali di progettazione di fine '800 con il termine di ricovero o di ospizio ci si riferiva ad istituzioni di vario genere, ma simili, destinati al ricovero temporaneo o permanente di soggetti infermi o indigenti. La denominazione di ospizio risale al Medioevo ed era riferita ad un corpo speciale dell'edificio destinato agli ospiti forestieri.

Le case di ritiro per vecchi sono caratterizzate da alloggi, solitamente camere, per singoli e coppie a cui è concessa piena autonomia. I pasti solitamente sono forniti dall'istituto; mentre gli ospizi di carità per i poveri erano destinati ad ospitare uomini e donne, indigenti e non autosufficienti a causa dell'età avanzata, alloggiati in camerate o a gruppi. I pasti erano forniti gratuitamente ed esclusivamente dall'istituto. Tali strutture, costruite con obiettivi benefici, non possedevano chiaramente tutte le comodità per offrire un confortevole soggiorno, benché i ricoverati si potessero muovere liberamente o essere impiegati in attività occupazionali quotidiane.

Il fatto che le case di ricovero per anziani siano contemplate nei manuali di progettazione significa un'attenzione specifica all'aspetto edilizio e progettuale.

Nel corso del 1900 l'ospedale pubblico rimane sempre una casa di ricovero per anziani specie non autosufficienti anche se per un breve periodo di tempo, oggi ricoverabili presso le moderne case per anziani medicalizzate.

All'inizio degli anni '70 emerge un quadro poco edificante sull'assistenza agli anziani: gli ospizi e gli ospedali sono visti come depositi di uomini, luoghi in cui abbandonare o alloggiare persone anziane, specie non autosufficienti, da parte di familiari stretti. Si modificano anche le condizioni sociali.

L'invecchiamento della popolazione e la riduzione del tasso di mortalità grazie ai progressi della medicina con il conseguente incremento della popolazione anziana hanno indotto il legislatore a porre attenzione al problema di assistenza al soggetto anziano con la predisposizione di servizi e strutture residenziali adeguate. Si individuano i bisogni degli anziani per fornire risposte nel quadro delle risorse finanziarie disponibili, per promuovere e facilitare a livello locale l'integrazione dei servizi socioassistenziali e sanitari, il tutto concepito e organizzato in forma di risposta unitaria e globale, con particolare attenzione alle persone non autosufficienti. Con l'obiettivo di progettare il miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psico-fisica e di autonomia funzionale.

La moderna casa per anziani medicalizzata rappresenta la collocazione residenziale dell'anziano quando non può essere più assistito a domicilio. La struttura e l'organizzazione gestionale della casa per anziani sono finalizzate a soddisfare il fabbisogno assistenziale, in termini sanitari e sociali, delle persone che vi sono ospitate e della loro qualità di vita. Per una corretta e adeguata gestione è quindi necessario partire da una definizione precisa delle caratteristiche dell'ospite della casa per anziani. Si tratta di soggetti anziani, prevalentemente non autosufficienti, per i quali siano comprovate da una parte

la mancanza del supporto familiare, indispensabile per l'attuazione degli interventi di assistenza domiciliare integrata e, dall'altra, l'assenza di patologie acute richiedenti il ricovero in ospedale.

Allo scopo, poi, di rendere più confortevole il soggiorno nella casa per anziani, andrebbe garantita un'abitabilità quanto più vicina possibile alle abitudini di vita dell'ospite nella comunità di origine, quanto a stile abitativo, ritmi di vita, comfort (svago, lettura, hobby, servizi di culto, barbiere, parrucchiere, etc.), dandogli libertà di personalizzare il proprio ambiente, garantendo le esigenze di sicurezza e riservatezza.

Le case per anziani medicalizzate non autosufficienti vanno realizzate come strutture residenziali extra ospedaliere, caratterizzate dalla integrazione funzionale e organica dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari. Strutture che offrono a soggetti anziani non autosufficienti, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa¹, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera. Integrando, con l'approfondimento continuo di studi e sperimentazioni nell'ambito della geriatria e della gerontologia, spazi e reparti specializzati.

2.2 Tipologie edilizie

La scelta della tipologia edilizia condiziona la forma e la vivibilità dello spazio della camera che costituisce il luogo strettamente privato per l'anziano residente. In generale, la distribuzione degli spazi deve essere molto semplice per rendere il tutto a portata di mano, raggiungibile con brevi percorsi e soprattutto controllabile visivamente. Gli spazi componenti la camera devono trovarsi preferibilmente tutti allo stesso livello, gli eventuali gradini devono essere idoneamente evidenziati e di forma continua e con pedata antidrucciolevole. La camera deve essere flessibile per potere essere adattato alle esigenze dei soggetti che in futuro l'abiteranno. Nel nostro caso è la camera che deve adattarsi all'abitante e non viceversa; l'abitazione casa non deve annullare le sue abitudini e i suoi ricordi e, quindi, l'individuo e la sua identità. La possibilità di poter arredare la camera con mobili e arredi propri rende meno traumatica la permanenza in una residenza collettiva.

I tre principi fondamentali vitruviani, quello funzionale, quello strutturale e quello linguistico, permettono di determinare le tipologie edilizie. Questi fungono da modello da seguire per un'ottima pianificazione architettonica e urbanistica, con la prospettiva di concepire spazi sociali funzionanti, capaci di assistere e accompagnare, oltre alle prestazioni di cura, la persona. Con l'integrazione degli attuali concetti di autodeterminazione dell'anziano ed il contesto socio sanitario della regione, generare ambienti di vita.

La componente funzionale permette l'organizzazione degli spazi dal punto di vista qualitativo e quantitativo, ponendoli in relazione tra loro. La componente strutturale contempla la modalità organizzativa dell'assetto strutturale, ottimizzando la facilità e l'economicità di realizzazione. Infine, la componente linguistica mira a ciò che comunica l'edificio al suo fruitore, determinandone la bellezza.

¹ Ordinanza sulle prestazioni, OPre art. 7 cpv. 2^{er}

L'obiettivo principale di una corretta progettazione è appunto la ricerca e determinazione dell'armonia dell'ambiente, dal più piccolo come quello di casa, fino ad uno più esteso come quello di un territorio.

In un tessuto urbano è possibile individuare almeno sei tipologie: il tipo a schiera, il tipo in linea, il tipo a ballatoio, il tipo a torre, il tipo a galleria ed il tipo a corte.

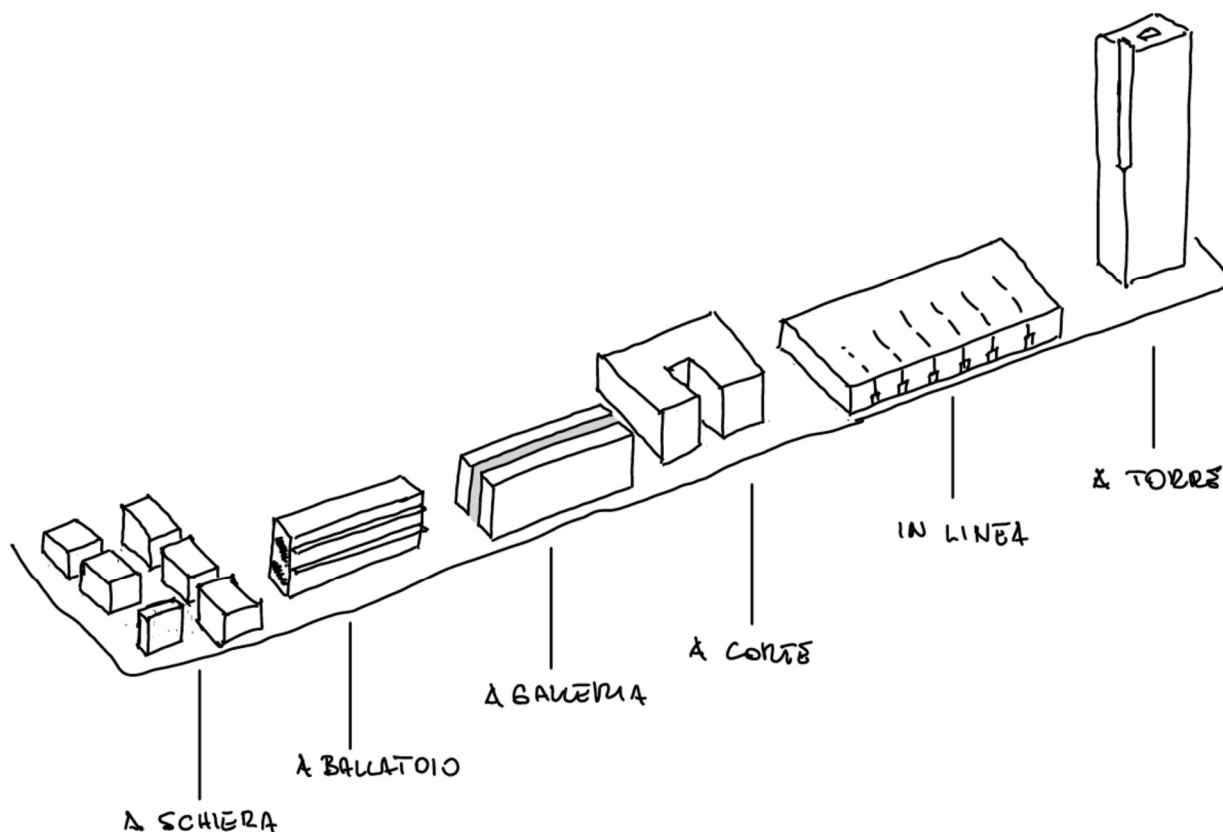


Figura 2.01 Principali tipologie edilizie

La casa a ballatoio è la tipologia più ricorrente nelle strutture residenziali per anziani, utilizzata nella progettazione tra gli anni 1940-1960 e ancora in uso per i nuclei abitativi. Essa è caratterizzata da una serie di camere servite da un corridoio esterno vantaggioso sul piano dell'illuminazione naturale. I sistemi di collegamento verticale (scale, ascensori etc.) possono essere ubicati all'estremità del ballatoio o in posizione intermedia per essere facilmente raggiungibili dalle camere con percorsi brevi.

Il ballatoio può essere di tipo esterno o di tipo interno; in quest'ultimo caso è detto anche a galleria. Il ballatoio può costituire uno spazio di aggregazione e di socializzazione, organizzato per aree di sosta e arredato con tavoli e divani. Il ballatoio esterno deve essere opportunamente protetto dagli agenti atmosferici.

Altre tipologie edilizie possibili sono quella a torre o a corte. Quest'ultima, se interna, può collocarsi sui percorsi, diventare momento di incontro e condivisione o essere loggia. La tipologia a torre nasce dalla necessità di ridurre la sua occupazione al suolo favorendo il verde pubblico con cortili e parchi, e, in

visioni future, di condividere anche altre attività del tessuto sociale pubblico e privato, integrando servizi utili all'intera popolazione locale.



Figura 2.02 Tipologie a ballatoio o a galleria

2.3 Aspetti generali

2.3.1 Dimensioni e geometrie

In generale al piano terreno la luce libera netta minima è pari a m 3.00, per tutti gli spazi. Per il resto della struttura possono essere considerate altezze di luce libera minima di m 2.60. I servizi igienici possono avere altezza in luce libera minima di m 2.40. I corridoi devono garantire una larghezza in luce minima di m 2.40.

Altezze relativi a impianti elettrici e di segnalazione sono da definire con gli specialisti.

Le superfici indicate sono da intendersi nette, ai sensi della norma SIA 416. La camera degli alloggi deve garantire una larghezza minima di 3.20 ed una profondità di m. 4.60 (escluso atrio). Ingombri al disotto di m 2.10 non sono computabili nelle misure minime indicate, quindi, i locali sono di conseguenza da ampliare.

2.3.2 L'arredo

Gli spazi residenziali delle strutture collettive devono essere arredati con mobili di tipo "domestico", nei colori più riposanti, dando preferenza ai materiali tradizionali, almeno esternamente, come il legno verniciato o naturale, affinché diano all'ambiente stesso una connotazione più familiare, a differenza dei freddi laminati plastici e delle fredde strutture portanti metalliche in acciaio verniciato, che richiamano inevitabilmente le strutture ospedaliere. Chiaramente i letti, per esigenze funzionali, dovranno possedere caratteristiche che tengano conto dei problemi derivanti dalla riduzione delle abilità motorie e/o cognitive, tipico di molte persone anziane; quindi, è consigliabile prevedere modelli regolabili in altezza. Negli ambienti di soggiorno si ritiene ammissibile l'impiego di arredi con colori diversi anche ai fini della differenziazione dei vari spazi funzionali.

Le camere devono considerare il seguente arredo minimo, integrandolo con elementi propri dell'utente:

- 1 letto del tipo ad altezza regolabile, con gambe arretrate e preferibilmente con rete articolabile e a rigidità differenziata, di larghezza 100 cm. Possono essere predisposti con illuminazione integrata, facilitando l'orientamento nell'oscurità e riducendo fenomeni di abbagliamenti con altri sistemi illuminanti;
- 1 comodino;
- 1 sedia
- 1 tavolo
- 1 poltrona
- 1 armadio individuale a 2 o più ante, tutte di larghezza 60 cm, con ante a battente e maniglie a staffa;

Gli arredi devono essere e devono essere posizionati in modo da favorire il movimento anche a persone in carrozzella. Lo spazio ai lati del letto deve essere di almeno 90 cm.

Arredo o apparecchi di supporto, applicati alle pareti, posizionato al disotto dell'altezza di m 2.10, non devono ridurre gli spazi di circolazione e le dimensioni minime della camera.

Tende devono essere ignifughe.

2.3.3 Gli infissi e le porte

Le porte di accesso di ogni camera devono essere facilmente manovrabili, di tipo e luce netta tali da consentire un agevole transito anche da parte di persona con carrozzina. Il vano della porta e gli spazi antistanti e retrostanti devono essere complanari. La porta d'ingresso della camera deve essere facilmente individuabile per posizione e colore (rispetto a quello delle pareti), inoltre deve essere garantita una sufficiente illuminazione naturale e artificiale per l'apertura. Occorre dimensionare adeguatamente gli spazi antistanti e retrostanti, con riferimento alle manovre da effettuare con la carrozzina (SIA 500).

Le porte in generale, per tutti gli accessi devono garantire un passaggio minimo in luce di 90 cm. Le porte di accesso alle camere devono garantire, inoltre il passaggio minimo di 110 cm, per poter passare con il letto, nelle varianti come sotto indicato.

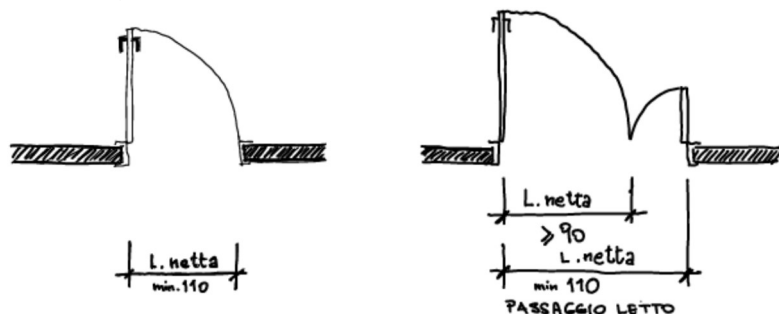


Figura 2.03 varianti costruttive porta di accesso agli alloggi, porte ad anta fissa o con anta a doppio battente (quest'ultima ipotesi permette di ridurre l'ingombro nella nicchia verso il corridoio)

La porta del servizio igienico degli alloggi deve avere larghezza minima in luce di 90 cm e si deve aprire verso l'esterno, sono ammesse porte scorrevoli a pari condizioni di passaggio. Per quest'ultima soluzione si rammenta lo spazio della maniglia a staffa che ne garantiscano la luce di passaggio richiesta. Esse devono posizionarsi ad almeno 10 cm, in asse, dal telaio della porta.

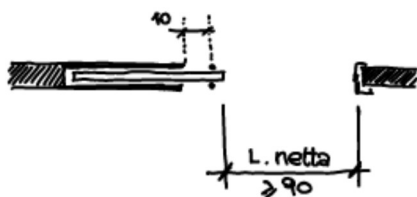


Figura 2.04 Variante con porta scorrevole

Per le porte scorrevoli e le ante di armadi, si raccomanda l'uso di maniglie a staffa arrotondate, altre soluzioni non sono ammesse. Le maniglie di tutte le altre porte devono avere angoli arrotondati e devono essere di sicurezza come il modello indicato in figura 2.05.

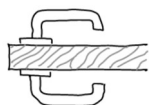


Figura 2.05 Tipo di maniglia da prevedere, con angoli arrotondati

Per la porta di accesso ai servizi igienici dedicati a persone con carrozzina non deve essere prevista la posa di un chiudiporta idraulico. Inoltre, per tutte le porte, la spinta o la trazione da esercitare sulle maniglie si deve limitare a 30N (SIA 500, art. 3.3.4.2).

La porta delle camere deve aprire verso l'esterno di queste e non deve interferire nello spazio di distribuzione, come i corridoi, ponendola in nicchia.

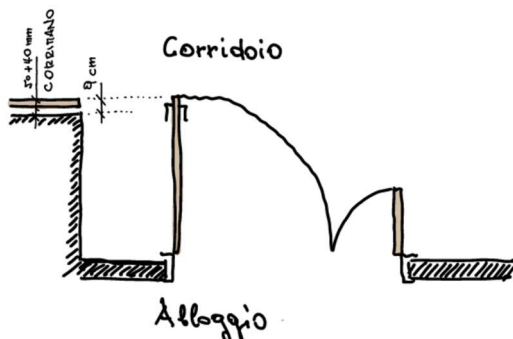


Figura 2.06 Spazio minimo della nicchia

I vetri di finestre, porte finestre, porte interne, pareti di vetro fisse o mobili, che raggiungono la quota del pavimento, o parapetti di vetro devono rispondere alle qualità di sicurezza prescritte. È preferibile non progettare vetrate a tutta altezza per mitigare il senso di vuoto avvicinandosi.

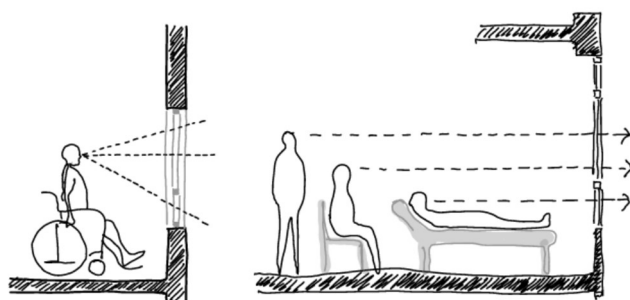


Figura 2.07 Lo sguardo attraverso elementi vetrati

2.3.4 I pavimenti

I pavimenti degli ambienti devono essere di norma orizzontali e complanari tra loro, non sdruciolevoli, soprattutto in condizioni di bagnato, e non abbaglianti; pertanto, non si dovrebbero impiegare marmi, ceramiche smaltate ecc. Eventuali differenze di livello devono essere contenute, oppure superate tramite rampe con pendenza adeguata in modo da non generare ostacoli al transito di una persona con carrozzina. Nel primo caso si deve segnalare il dislivello con variazioni cromatiche; lo spigolo di eventuali soglie deve essere arrotondato e le soglie dovrebbero avere un'altezza non superiore a 2,5 cm. In generale, è consigliabile l'eliminazione completa delle soglie poiché possono favorire il rischio di inciampare, soprattutto per le persone disabili deambulanti. Gli zerbini devono essere incassati e le guide solidamente ancorate per evitare sollevamenti e, quindi, cadute. Nelle parti comuni dell'edificio si deve provvedere ad una chiara individuazione dei percorsi, eventualmente mediante una adeguata differenziazione nel materiale e nel colore/materiale delle pavimentazioni.

2.3.5 I percorsi

I corridoi o gallerie, dovevano servire anche spazi con soggiorni per gli ospiti, pertanto devono risultare ben illuminati, areati e riscaldati. I corridoi oltre a veicolare i percorsi orizzontali possono anche diventare momenti di aggregazione per l'anziano. Lungo i percorsi sono da posare a 90 cm da pavimento i corrimani su tutti i lati, distanti 5 cm dal muro, con profilo rotondo di cm 4. I terminali sono da risvoltare verso il basso o verso il muro.

Le scale devono avere un andamento regolare e omogeneo per tutto il loro sviluppo. I gradini devono avere pianta preferibilmente rettangolare e con un profilo continuo a spigoli arrotondati. Il vano scale deve avere pianerottoli in comune con gli ascensori, ma deve essere fisicamente separato da una porta. I corrimani delle scale sono da realizzare secondo documentazione tecnica UPI (Ufficio prevenzione infortuni).

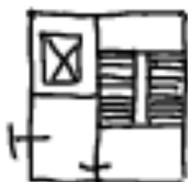


Figura 2.08 vano scale e atrio ascensore separati

Sono da prevedere per ogni unità abitativa un ascensore che permetta anche il trasporto del letto (montaletto). Ulteriori impianti sono da pianificare con l'organizzazione della struttura.

2.3.6 Il colore degli ambienti

Il colore non è solo pittura, ma anche l'accostamento di materiali di rivestimento diversi: ceramici, legno tappezzerie (anche fonoassorbenti).

La scelta del colore contribuisce notevolmente al raggiungimento del comfort ambientale e, nel contempo, stimola le capacità percettive e sensoriali degli anziani, attenuate dall'età e dalle condizioni fisiche, in particolare:

- gli anziani percepiscono con difficoltà la variazione delle intensità del colore grigio;
- gli anziani confondono i colori come il blu, il verde, il viola e trovano difficoltà nel nominarli;
- la maggior parte dei soggetti anziani non riesce ad individuare la porta della propria camera nonostante il diverso colore degli stipiti.

Problemi rilevanti possono essere dovuti all'impiego di colori dominanti per le pareti, colore dei pavimenti uguale a quello delle pareti, colori di pareti o troppo luminosi o troppo scuri, colore dei pavimenti uguale a quello degli arredi.

Nella combinazione dei colori tra pareti, pavimenti e arredi è fondamentale l'effetto del contrasto perché si dimostra basilare per l'individuazione e la visibilità.

L'anziano che vive in una residenza collettiva e, quindi, non più a casa propria dove tutto è noto, deve essere agevolato nell'individuazione delle funzioni dei vari ambienti adottando le seguenti indicazioni:

- porte di colore diverso da quello delle pareti;
- contrasto di colore tra pavimenti, pareti e porte;
- pavimenti dei percorsi e degli ambienti ben differenziati sia nei colori sia nei materiali;
- apparecchi sanitari dei servizi igienici di colore diverso da quello delle piastrelle adoperate per il rivestimento delle pareti;
- impugnature di sicurezza e corrimano di colore diverso da quello delle pareti e facilmente individuabili anche al buio;
- pavimenti e soffitti trattati preferibilmente con colori chiari.

Si evidenzia che non bisogna utilizzare un colore delle pareti o troppo chiaro o troppo scuro perché comporta una diversa percezione delle dimensioni dell'ambiente.

Questi accorgimenti sono indispensabili perché, come è noto, il colore può produrre sull'osservatore stati di benessere o di depressione, di attività o di passività e influire sulla percezione delle dimensioni degli ambienti, generando sensazioni di oppressione.

Negli spazi abitativi delle case per anziani medicalizzate, per esempio, è consigliabile adottare colori riposanti, chiari e vivaci per non generare nel soggetto anziano stati depressivi. Particolare attenzione deve essere rivolta alle modifiche che subisce il colore per effetto della distribuzione della luce naturale e dell'illuminazione artificiale.

Le pareti delle camere dovrebbero essere dipinte nei colori preferiti dai destinatari in modo che ogni camera risulti diversa e personalizzata; lo stesso vale nella scelta dei tendaggi e della tappezzeria. L'obiettivo è quello di riproporre per quanto possibile la casa di provenienza del soggetto.

Il verde è considerato il colore più rilassante. È fondamentale che la struttura sia dotata di idonei spazi verdi che possano essere percepiti dagli ospiti anche dagli ambienti di loro pertinenza.

Si fa rilevare che la sensazione di freddo o di caldo dipende anche dal grado di assorbimento di calore del colore e quindi della sua capacità di riflettere la luce.

In generale è sconsigliato impiegare il colore bianco e il grigio come colori predominanti, il primo per i diversi aspetti psicologici che richiamano fortemente la connotazione delle strutture ospedaliere; tuttavia, il bianco risulta ancora impiegato nelle case per anziani. L'uso incontrollato del bianco specie negli ambienti di soggiorno, dotati di molte finestre, può incrementare il livello di illuminazione naturale compromettendo la visione a causa dell'elevata luminosità ambientale nonché per i fenomeni di abbagliamento specialmente di tipo indiretto. L'uso del bianco, probabilmente, dipende dalla convinzione che esso renda gli ambienti più luminosi, mentre tale fattore dipende, come già accennato, dalla quantità di luce riflessa. Nelle giornate nuvolose o piovose, venendo meno l'effetto della riflessione della luce, il bianco viene percepito come tendente al grigiastro.

2.3.7 Gli impianti

L'impiantistica generale della camera e della struttura della casa per anziani medicalizzata deve rispondere ai dettami di scelta energetica proposta dalla committenza, dalle esigenze di igiene e confort minime previste da legge e regolamenti, secondo disposizioni degli specialisti del gruppo di progettazione. Per ambienti specifici possono essere formulate particolari indicazioni. Sono da prevedere impianti Wi-Fi per tutte le zone, comprese le camere. Gli ambienti comunitari devono essere raffrescati. Sono da

adottare tutti quei provvedimenti a ridurre i consumi di acqua ed elettricità. È richiesta la certificazione Minergie.

2.3.8 Gli spazi esterni

Balconi, terrazze o logge

Gli spazi esterni, a servizio degli alloggi o delle camere, come balconi, terrazze o logge, sono auspicabili e indispensabili per eliminare il senso di costrizione generato dalla lunga permanenza, per diversi motivi, in ambienti limitati. Se annessi alla camera, è necessario prevedere uno spazio sufficiente ad ospitare almeno due posti a sedere e garantire la mobilità a persone in carrozzella. Se comunitari, sono da prevedere in prossimità del soggiorno pranzo, di superficie sufficiente a permetterne la permanenza contemporanea ad almeno la metà degli ospiti del reparto. La larghezza minima è di 145 cm ed il passaggio attraverso gli infissi, di almeno 90 cm, non deve avere ostacoli e soglie superiori a 25 mm. Gli spazi devono essere protetti dai venti, dalle correnti d'aria e dal sole, ove necessario con dispositivi fissi o mobili senza pregiudicarne la condizione fisica delle persone. Il disegno dei parapetti deve consentire la visibilità, in particolare in posizione seduta, quindi prevedere un corrimano, tra gli 85 e 90 cm, per facilitare l'alzarsi. Deve rispondere alle normative vigenti e garantire un'altezza minima di 110 cm da pavimento finito. È auspicabile l'uso di piante per queste zone, che non attirino api e vespe e tanto i frutti quanto le foglie non devono essere velenosi.

Il giardino

Il giardino della casa per anziani, date le premesse di assenza di barriere architettoniche, è accessibile dal soggiorno e da altri spazi (per esempio casa a gradoni) e deve essere organizzato secondo aree funzionali, come per esempio:

- giardino con specie vegetali variegate;
- aree di sosta;
- gazebo o pergolato, per attività ludiche, la lettura o altre attività;
- eventuale coltivazione di fiori o di ortaggi, organizzate in serre, aiuole normali e rialzate, deposito attrezzi e altro;
- l'eventuale allevamento di piccoli animali domestici, come la posa di voliere;

ciascuna delle quali opportunamente caratterizzata.

In generale, non devono esserci spazi ameni pavimentati con qualche panchina, ma deve essere un luogo esplorabile tramite dei brevi percorsi attrezzati con idonee aree di sosta, collocate in punti particolari tali da favorire l'aggregazione e la socializzazione degli ospiti.

L'illuminazione artificiale per la fruizione dello spazio esterno in condizioni notturne, specialmente durante il periodo estivo, deve essere appositamente studiata per evitare angoli bui, specie se potenzialmente pericolosi. L'illuminazione deve evidenziare soprattutto i dislivelli e i cambiamenti di direzione. Non deve nascondersi dietro elementi o vegetazione alta da indurre a inciampo, questo anche durante

il giorno. L'illuminazione notturna esterna, deve essere ad accensione manuale, per favorire gli insetti impollinatori notturni e nel contempo non disturbare il sonno dei residenti.

L'area esterna deve essere caratterizzata da punti di riferimento (alberi, elementi architettonici di arredo e altro), indispensabili per fornire punti di orientamento agli ospiti. Il riferimento deve essere anche di tipo olfattivo, soprattutto per i non vedenti e gli ipovedenti. La permanenza all'esterno da parte degli ospiti deve essere il più possibile ricca di stimoli visivi, tattili, olfattivi e uditivi. Il gusto potrà essere stimolato da piante da frutto, ortaggi e piante aromatiche. In sostanza, la vegetazione deve essere quanto più possibile varia (alberi sempreverdi, arbusti, siepi, etc.).

L'ubicazione della casa per anziani, il suo fattore climatico determinano la scelta delle specie vegetali, che dovrebbero riprendere quanto più possibile varietà autoctone, compatibilmente con il clima locale e l'aumento della temperatura in atto.

Il contrasto di colore delle pavimentazioni esterne riveste un ruolo significativo per evidenziare:

- i percorsi;
- gli spazi di sosta;
- le variazioni di livello (gradini, rampe di raccordo tra le zone carrabili e le zone pedonali);
- gli elementi di arredo (sistemi di seduta, fioriere, fontanelle etc.).

I contrasti cromatici si dimostrano importanti anche sotto il profilo percettivo, perché costituiscono veri e propri elementi guida per le persone con deficit visivi, fornendo loro un ulteriore aiuto nell'individuazione degli specifici spazi funzionali esterni.

Le aree di sosta devono essere attrezzate con panchine associate a sedili e spazi necessari alle manovre di una o più persone con carrozzina. Lo spazio della carrozzina, che non deve ostruire il percorso pedonale, solitamente è previsto accanto alla panchina, in modo da non creare ostacolo visivo alle persone sedute. Gli spazi per la sosta devono essere opportunamente segnalati lungo il percorso pedonale preferibilmente con variazioni cromatiche o tattili (sistema Loges, acronimo di Linea di Orientamento Guida E Sicurezza, che è costituito da superfici dotate di rilievi appositamente creati per essere percepiti sotto i piedi).

Il giardino della casa per anziani è anche aperto e fruibile dalla popolazione locale.

Le aree di parcheggio

Le aree di parcheggio devono prevedere almeno:

- 1 posto auto (stallo) per i servizi di emergenza, rispettivamente il medico;
- 2 posti auto per i fornitori;
- 1 posto auto per persone con carrozzina, uno ogni 50 o frazione di 50.
- ulteriori posteggi necessari per l'organico della casa anziani o per i visitatori, secondo il regolamento cantonale.

Le aree di parcheggio devono essere progettate nel rispetto delle norme VSS. I posti auto riservati a persone con disabilità non devono essere eccessivamente distanti dall'ingresso dell'edificio.

L'area di parcheggio dovrebbe essere schermata visivamente e acusticamente soprattutto verso i corpi di fabbrica che ospitano gli alloggi, Eventuali dislivelli tra le zone carrabile e quelle pedonali non devono essere eccessivi, cagionando la costruzione di rampe di raccordo e di scale. Meglio progettare zone tra esse complanari. Eventuali rampe di raccordo devono essere dimensionate secondo le indicazioni della norma SIA 500.

I posti auto della casa anziani sono condivisi e quindi valutati nella loro quantità, considerando l'eventuale realizzazione di altri reparti specializzati (Alzheimer, cure palliative, ecc.).

È da promuovere l'utilizzo dei trasporti pubblici.

2.4 Gli spazi a colpo d'occhio

Per capacità ricettive sino a 60 posti letto, superfici nette, esclusi i percorsi verticali e orizzontali.

1	Unità abitativa di cura (reparto geriatrico di 15/25 utenti)	m²	
1.1	Alloggio (camera singola con WC doccia e atrio)	24	<i>Per posto letto</i>
1.2	Locale infermieri	15	
1.3	Soggiorno	30	
1.4	Cucina riservata agli ospiti	12	
1.5	Bagno o doccia terapeutica con wc	16	
1.6	Un locale pulizia	8	
1.7	Servizi igienici per il personale, suddivisi per sesso	8	
1.8	Deposito per biancheria pulita	8	
1.9	Deposito per piccole attrezzature e mezzi ausiliari	20	
2	I servizi del nucleo abitativo		
2.1	Atrio entrata con ricezione e segreteria con i servizi amministrativi	30	
2.2	Locali per l'amministrazione	170	
2.3	Locali per servizi ambulatoriali	36	
2.4	Servizi igienici per il personale amministrativo, divisi per sesso	11	
2.5	Servizi igienici per visitatori, divisi per sesso	8	
2.6	Servizio igienico accessibile alle persone in carrozzella	3	
2.7	Zona di attesa, soggiorno principale, sala multiuso	3	<i>Per posto letto</i>
2.8	Zona pranzo	30	
2.9	Locali sanitari	90	
2.10	Ergoterapia e fisioterapia, con locale deposito e guardaroba	50	
	Locale parrucchiere/a e pedicure	12	

3 Vani complementari

3.1	Cucina	0.8	Per posto letto
3.2	Lavanderia	1.4	Per posto letto
3.3	Cantine e depositi	300	
3.4	Camera mortuaria	20	
3.5	Servizi tecnici: secondo necessità progettuali		

4 Spazi esterni

4.1	Giardino, per unità abitativa di cura 15 m ² per posto letto, al minimo	500
4.2	Posteggi esterni/interni: secondo necessità vedi cpv. 2.6.3	

2.5 Unità abitativa di cura

2.5.1 Le camere

La camera con servizio igienico proprio, che è l'alloggio caratteristico delle case per anziani medicalizzate, la si può considerare l'evoluzione del classico salone dormitorio realizzato sino ai primi del Novecento.

Devono essere progettati alloggi singoli, con gli stessi criteri di "piccoli appartamenti", garantendo la possibilità ad ogni persona di un ambiente di tipo domestico, tanto nella conformazione delle pareti, che per il tipo di infissi, che devono consentire la visibilità verso l'esterno, sia quando la persona è coricata, che quando seduta. È possibile predisporre degli alloggi comunicanti tra loro, mentre di regola, se non per motivi imperativi e giustificati, sono da escludere le camere doppie.

La tipologia maggiormente impiegata è quella della forma rettangolare allungata e con un fronte illuminato naturalmente. Sono ammesse altre forme, anche irregolari, garantendo sempre la mobilità interna e gli standard di confort attuali, incluso quello igro-termico, escludendo a priori angoli acuti interni agli spazi progettati.

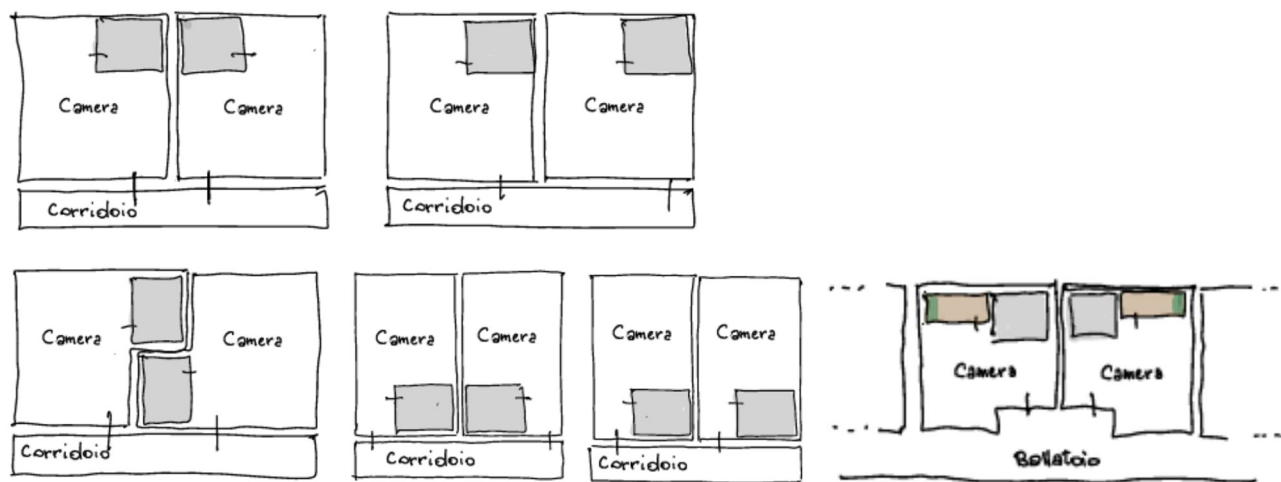


Figura 2.09 esempi di tipologia di camera

L'unità abitativa di cura (reparto geriatrico) disporrà di un minimo di 15 ed un massimo di 25 camere.

La camera, quale spazio abitativo individuale, è contraddistinto dalle seguenti caratteristiche minime strutturali e funzionali.

Camera			
stanza	m ²	16 (25 doppia), permessa solo in deroga	Singola
atrio entrata	m ²	4	L'atrio può essere arredato con armadi composti da almeno 3 elementi di 60 cm di larghezza. Quest'ultimi possono essere integrati anche nella stanza, nei muri divisorii. La porta di accesso all' atrio della camera, deve prevedere un passaggio in luce minimo netto di 110 cm, sufficiente per permettere il passaggio del letto. È possibile ridurre questo con la posa di porte a due battenti con un'anta semifissa, garantendo una luce di passaggio minima di 90 cm con l'anta apribile. La porta deve aprire verso l'esterno della camera e non deve interferire nello spazio di distribuzione (corridoio, per esempio), ponendola in nicchia.
servizio igienico	m ²	4	Prevede un WC, un lavabo ed una doccia a filo pavimento, con pendenza massima del 2%, accessibile alle persone in carrozzella. Dimensioni minime 200x200 cm. Con ventilazione meccanica, deve essere garantito un ricambio d'aria minimo di 100 m ³ /ora. La porta deve avere larghezza minima in luce di 90 cm e si deve aprire verso l'esterno, sono ammesse porte scorrevoli a pari condizioni di passaggio. Per quest'ultima soluzione si rammenta lo spazio della maniglia a staffa, che deve garantire la luce di passaggio richiesta. Esse devono posizionarsi ad almeno 10 cm, in asse, dal telaio della porta.

2.5.2 I locali accessori all'unità abitativa

Ogni unità abitativa di cura, eventualmente unita al piano, con una seconda unità, deve prevedere i seguenti locali accessori, a cui sono da aggiungere, computandoli in fase di progetto, gli spazi dedicati ai collegamenti e alla circolazione orizzontale e verticale, quali per esempio corridoi, scale e ascensori.

Locali accessori			
locale infermieri	m ²	15	Prevedere un locale destinato agli infermieri al piano, con lavandino e piccolo frigorifero per i medicinali d'opportunità, con la possibilità di apertura vetrata verso altri spazi per permettere la visuale sui residenti ed il contatto con loro.
soggiorno	m ²	30	Soggiorno o spazio protetto con poltroncine con minimo 6 posti a sedere.

cucina	m ²	12	con cappa d'aspirazione di 100 m ³ /ora, abbinabile o vicina al soggiorno e munita di armadietti individuali, facilmente raggiungibili dai residenti.
bagno o doccia terapeutico con WC	m ²	16	la vasca deve essere libera sui tre lati e attrezzata con un sollevatore, l'ambiente deve poter essere riscaldato in modo indipendentemente dal riscaldamento centralizzato ed avere comunque un carattere rilassante.
locale pulizia	m ²	8	Prevedere un locale per il deposito di prodotti e materiali per la pulizia, con lavandino che permetta la vuotatura e la pulizia dei secchi. Lo stesso locale può essere utilizzato per il deposito temporaneo della biancheria sporca.
servizi igienici per il personale	m ²	8	Prevederne 2, suddivisi per sesso, con antibagno, serratura delle cabine con sistema libero/occupato.
Deposito/locale biancheria pulita	m ²	10	Progettati per poter ospitare anche i carrelli per la distribuzione.
deposito	m ²	20	per piccole attrezzature e mezzi ausiliari. La superficie minima indicata può essere aumentata e differenziata in funzione dell'utilizzo e delle necessità previste dalla struttura (per esempio armadi supplementari per il cambio di stagione degli ospiti).

2.6 Servizi generali

2.6.1 Vani comuni all'esercizio della struttura

Per ciò che riguarda il numero dei locali di questo settore della costruzione e la loro superficie, per quanto non è strettamente imposto, essi sono da valutare tenendo conto dell'organizzazione interna di tali servizi (refezione unica oppure distribuita sul piano), dell'apertura della casa a persone anziane provenienti dall'esterno, specificatamente per la frequenza di un Centro diurno.

I vani comunitari, generalmente abbinabili tra loro a dipendenza dell'impostazione del progetto e ubicati al piano terreno devono prediligere la relazione con l'esterno, si compongono dei seguenti locali:

Vani comuni

bussola d'ingresso	m ²	20	Deve prevedere le 3 zone di pulizia e non deve essere rotonda
atrio entrata e ricezione	m ²	30	Spazi abbinabili ai locali amministrativi
amministrazione	m ²	170	Superficie minima, che comprende i locali necessari all'amministrazione della struttura, quali: direzione, segreteria, direzione tecnica, sala riunioni e colloqui, stampa e archivio.
buca delle lettere individuali	pz	1	Per posto letto, oltre a quelli necessarie all'amministrazione della casa per anziani, dimensioni e posizione secondo le direttive della posta svizzera.

servizi igienici per il personale amministrativo	m ²	8	Prevederne 2, suddivisi per sesso, con antibagno, serratura delle cabine con sistema libero/occupato.
servizio igienico accessibile alle persone con carrozzella, per il personale amministrativo	m ²	3	Prevederne 1, conformemente arredato, secondo Norma SIA 500, porta apribile verso l'esterno, serratura con sistema libero/occupato
servizi ambulatoriali	m ²	36	Prevedere 2 locali e la superficie per singolo locale di almeno 18 m2.
servizi igienici per visitatori e ospiti esterni	m ²	8	Prevederne 2, suddivisi per sesso, con antibagno, serratura delle cabine con sistema libero/occupato.
servizio igienico accessibile alle persone con carrozzella, per visitatori e ospiti esterni	m ²	3	Prevederne 1, conformemente arredato, secondo Norma SIA 500, porta apribile verso l'esterno, serratura con sistema libero/occupato
zona di attesa, soggiorno principale, sala multiuso	m ²	3	<p>Superficie minima posto letto. Spazi modulabili, divisibili. Sono da prevedere sistemi di assorbimento fonico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La zona di attesa ed il soggiorno principale devono essere ubicati nelle immediate vicinanze dell'entrata o dell'atrio principale per dare all'ospite il contatto con il mondo esterno. A questo spazio è da abbinare un piccolo bar <p>Il locale multiuso deve servire, oltre al suo specifico compito, anche per altri scopi quali ad esempio: funzioni religiose, riunioni, TV, ginnastica di gruppo o altro. In questo spazio sono da prevedere pareti divisorie mobili che permettano un uso variato dei singoli spazi. Deve essere accessibile dall'esterno, con entrata separata dalla porta principale e può diventare spazio di confinamento in caso di pandemie o altre necessità sanitarie.</p> <p>La progettazione del soggiorno principale deve prevedere soluzioni costruttive che permettano, in tempi rapidi, la trasformazione in un'unità di cura per malattie infettive di elevata trasmissibilità. Lo spazio deve poter permettere centralmente di adibire un'area destinata al personale di cura; la superficie del soggiorno deve poter accogliere almeno 9 posti letto (max 12 pl) (ingombro 9 mq a posto letto) che, inglobi i servizi igienici per visitatori e ospiti, abbia un'entrata e un'uscita separate. Deve poter essere disponibile un locale adiacente all'entrata che possa trasformarsi in zona "filtro" per il personale e un deposito materiale "sporco" nella</p>

			zona d'uscita. Il locale deve avere una predisposizione al Wi-Fi.
zona pranzo	m ²	22.5	<p>Superficie minima per unità abitativa, altrimenti prevedere 1.5 m²/posto letto.</p> <p>Il vano della sala deve esser dotato di tavoli per un massimo di 4 posti a sedere ciascuno.</p> <p>Tutti i posti devono essere facilmente accessibili anche da persone con carrozzella.</p> <p>Questo locale dovrebbe essere dedicato al solo consumo dei pasti.</p> <p>Devono essere previsti dei posti supplementari per le richieste provenienti dall'esterno (si segnala che aumentando il grado di dipendenza degli ospiti, necessita prevedere degli spazi di refezione ai piani). Di conseguenza si può ridurre la superficie complessiva del piano con i servizi comunitari.</p> <p>Gli spazi devono essere costruiti con soluzioni atte ad attutire i rumori dei carrelli, delle sedie che si spostano e del brusio di sottofondo.</p>
ergoterapia	m ²	30-40	<p>1 locale frazionabile con pareti divisorie secondo necessità organizzative della struttura.</p> <p>Predisporre ev. con parete divisoria e con un lavello, frazionabile</p>
depositi	m ²	30	Locali necessari per il deposito dei materiali della sala multiuso e degli spazi dedicati all'ergoterapia
guardaroba	m ²	2	All'entrata della struttura per gli utenti esterni o i visitatori
locale coiffeur e pédicure	m ²	12	queste attività possono coesistere nel medesimo locale
locali sanitari	m ²	90	<p>Questa superficie è modulata per quelle prestazioni sanitarie come:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ locale medico e/o assistente sociale (20 m²) ▪ locale farmacia centralizzata e climatizzata (12 m²) ▪ fisioterapia organizzata (58 m²), in funzione dell'utilizzo come: <ul style="list-style-type: none"> ○ cabine per fanghi, elettroterapia ○ box massaggi con lavello ○ deposito materiali ○ uffici fisioterapia <p>Per questi spazi sono da integrare una sala d'attesa e devono essere in prossimità di un servizio igienico accessibile a persone con carrozzella.</p> <p>Se previsto anche per prestazioni ad esterni, oltre a quanto sopra deve comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ingresso separato; ▪ locale spogliatoio;

- servizi igienici supplementari.

2.6.2 I vani complementari

I servizi generali della casa comprendono la cucina, la lavanderia, gli spogliatoi, i vari depositi. Per le strutture di grandi dimensioni un eventuale appartamento del custode. È possibile l'esternalizzazione di alcuni servizi.

Vani complementari

cucina	m ²	0.8	<p>Per posto letto.</p> <p>La cucina si compone generalmente di sei zone di specifiche attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ consegna della merce ▪ riserva giornaliera ▪ preparazione ▪ cottura ▪ distribuzione ▪ lavaggio <p>Le superfici devono essere rapportate al numero di pasti preparati e alla tipologia di cucina con specialisti del ramo.</p> <p>Indicativamente la superficie totale della cucina può essere stabilita in base alla capacità ricettiva della casa (mq x posto letto).</p> <p>La cucina che prepara anche pasti a domicilio (rigenerazione) deve avere spazi dedicati per il porzionamento, lo stoccaggio e la consegna dei pasti conforme alle disposizioni della Ordinanza sulle derrate alimentari.</p> <p>Sono inoltre da prevedere in aggiunta, ma comunque abbinati alla cucina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ piccolo locale ufficio ▪ depositi diversi (dispensa delle bevande e delle vivande in prossimità della consegna della merce) ▪ celle frigorifere con refrigeratore e sala da pranzo del personale <p>Un servizio WC, doccia e spogliatoio per il personale di cucina, diviso per sesso.</p> <p>Sono assolutamente vietati sistemi di evacuazione dell'acqua a pavimento (griglie) con sistemi che immagazzinano acqua all'interno del vaso di raccolta. Il sifone non deve essere integrato nella vasca.</p>
lavanderia	m ²	1.4	<p>Per posto letto.</p> <p>La casa avrà una lavanderia propria, con luce naturale di dimensione adatta e con organizzazione convenuta con uno specialista del ramo; la struttura dovrà rispettare i criteri igienici legati al percorso sporco-pulito. Si raccomanda che la zona asciugatura/stiratura siano climatizzate.</p>

			<p>L'organizzazione di una lavanderia comprende le seguenti zone:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ arrivo e cernita con lavello ▪ lavaggio, strizzatura e asciugatura ▪ stiratura e ev. rammendo ▪ raccolta e distribuzione della biancheria pulita <p>Qualora si faccia capo a una lavanderia esterna per la biancheria, la lavanderia dovrà essere dimensionata al solo trattamento degli indumenti personali degli ospiti, delle divise del personale o degli stracci e a eventuali bisogni nel comprensorio (anziani che vivono a domicilio).</p>
cantine e depositi	m ²	300	La superficie complessiva delle cantine e dei depositi, esclusi quelli della cucina.
servizi tecnici			<p>Comprendono: riscaldamento, ventilazione, climatizzazione, centrali elettriche, luce di emergenza, ascensori montaletti, ecc..</p> <p>Per il dimensionamento dei vani di questi servizi si farà capo a specialisti del ramo, ritenute le disposizioni emanate dal Dipartimento del Territorio, Divisione dell'Ambiente sul risparmio energetico e l'uso di energia rinnovabile indigena. Non è richiesta l'adozione di un gruppo di continuità in caso di mancanza di elettricità.</p>
camera mortuaria	m ²	20	Locale non obbligatorio. Se inserito nel progetto deve essere conforme alle norme sull'igiene del suolo e dell'abitato e deve essere presente un lavabo. Le funzioni e la veglia possono essere svolte anche all'interno delle singole camere.

2.6.3 Gli spazi esterni

Giardino	m ²	15	Per posto letto, minimo 500 m ² nel caso di unità abitativa singola (15-25 posti letto). Realizzazione secondo le indicazioni del paragrafo 2.3.8
Posteggi			Superfici da valutare (interni ed esterni), secondo le specifiche del paragrafo 2.3.8

3. UNITÀ ABITATIVA PROTETTA (Nucleo Alzheimer)

3.1 Generalità

I cambiamenti sociali, l'evolversi di patologie sempre più specifiche, impongono l'affrontare in maniera sempre più professionale il sostegno alle persone, promuovendo una diversificazione dell'offerta nel quadro delle cure e dell'assistenza.

L'idea di progettare ambienti che siano dedicati alle persone con disturbi cognitivi nasce negli anni Ottanta del Novecento in America.

Partendo dal presupposto che il morbo di Alzheimer vada affrontato con lo scopo di curarne i sintomi, cioè di sostenere le capacità residue del malato per migliorare la sua qualità di vita, si è pensato che possa essere utile progettare un ambiente dedicato alle sue esigenze, di supporto alle sue capacità residue, nel quale sia più agevole l'avvio dei programmi terapeutici riabilitativi. Nasce, quindi, la definizione di ambiente protesico² quale contesto spaziale di sostegno alla persona affetta da demenza di Alzheimer, come la carrozzina supporta l'individuo.

Dopo aver preso atto delle effettive condizioni del paziente e delle sue capacità residue, viene formulata una o più proposte "protesica", capace di sostenere le abilità residue supportando quelle compromesse, limitando le cure farmacologiche. Obiettivo, quindi, è promuovere il benessere della persona, cioè garantirgli il miglior livello funzionale possibile in assenza di condizioni di stress. Controllare i disturbi comportamentali. Ridurre l'utilizzo di mezzi di contenzione farmacologica e al contempo limitare la tensione fisico-psichica di chi assiste.

Un reparto protetto, con un numero limitato di pazienti, deve rispondere a dettami, che non sono solo la somma di superfici. Richiede approfondimenti che rispondano alle esigenze di fruibilità, facilità e sicurezza. La persona deve percepire lo spazio come familiare, con caratteristiche domestiche, per facilitare il mantenimento dei legami con il passato e la famiglia. Si deve favorire una distribuzione degli spazi che valorizzino gli ambienti dedicati al vivere comune e le camere saranno personalizzate. Gli spazi dedicati alle persone con disturbi cognitivi devono esprimere il massimo grado di libertà con il massimo grado di sicurezza.

3.2 Tipologie edilizie

Il reparto del nucleo protetto può essere integrato o meno, con volume separato (padiglione) o annesso, nella struttura delle case per anziani, quindi integrato nella tipologia edilizia scelta per quest'ultima. Ne può condividere i servizi generali ed ha un giardino protetto dedicato. È data facoltà alla progettazione di esprimersi a garanzia delle funzioni richieste, della sostenibilità, della gestione e della manutenzione delle strutture. Per quest'ultime risulta importante, già in fase di valutazione preliminari, garantire la massima flessibilità, anche strutturale, tra un reparto protetto ed il resto della casa per anziani.

²Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer – Moyra Jones, Carocci Faber, settembre 2005

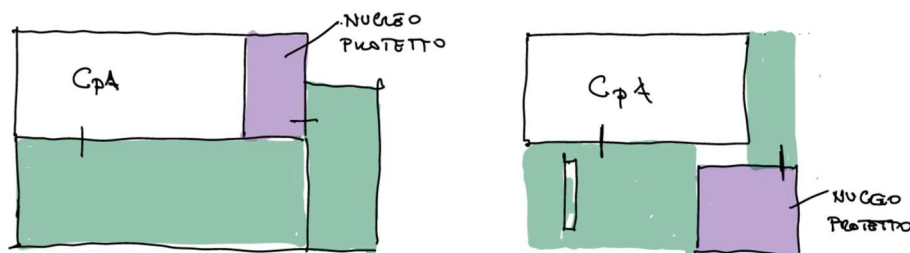


Figura 3.01 Integrazione del nucleo protetto nella CpA o con padiglione separato

3.3 L'ambiente costruito

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

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

- sicurezza;
- fruibilità e facilità d'uso;
- orientamento spaziale;
- orientamento temporale;
- benessere visivo (controllando superficie vetrate e riflettenti);
- benessere acustico (nei locali comunitari ridurre il rumore di sottofondo (come quello prodotto da vasellame, carrelli, ecc.);
- benessere psicologico.

Le dimensioni delle camere, come le geometrie in generale, riprendono le considerazioni già espresse per quanto prevede la casa per anziani medicalizzata.

3.3.1 L'arredo

L'arredo in un nucleo protetto deve essere semplice e variato, riprodurre le caratteristiche di un ambiente familiare. Allo stesso tempo sicuro. Quindi è importante evitare il ripetersi sistematico. Ogni elemento è parte di un percorso con le sue "ancore mnemoniche". Elementi riflettenti sono da evitare e possono portare la persona a stati di ansia, confusione e aggressività.

Il residente occuperà una camera singola, in condizioni di massima privacy e con la possibilità di personalizzare l'ambiente con oggetti a lui cari. Per cui, poiché il disorientamento spaziale e la perdita della memoria, ai quali sono soggette le persone affette da Alzheimer, possono compromettere la capacità

di identificare uno spazio o un oggetto come il proprio, la camera di degenza deve consentire di personalizzare l'ambiente tramite arredi e oggetti personali, come un armadio o una poltrona oppure fotografie e immagini care, per sostenere l'orientamento e le capacità mnemoniche della persona.

3.3.2 I percorsi

I percorsi pedonali devono essere articolati e di tipo chiuso per evitare disorientamenti. Evitando lunghi corridoi con elementi di disturbo come pilastri e colonne. Le uscite dal nucleo protetto devono essere controllabili dal personale, difficilmente individuabili, ad esempio con la mimetizzazione cromatica delle porte con le pareti, con punti di riferimento e attrattive. In una unità che presenta percorsi a vicolo cieco, è fondamentale creare punti di interesse e zone di attività. Per cui, i percorsi di vagabondaggio saranno di semplice fruizione, con sviluppo ad anello, dotati di aree di sosta e di diversi punti stimolanti, come visuali verso le aree di attività, per fornire all'ospite l'occasione per socializzare.

Gli spazi comuni sono la sosta, l'attività, la socializzazione. Si sviluppano lungo il percorso e saranno distinti fisicamente. Anche questi arredati con carattere familiare, con elementi differenti.

Il percorso continua verso l'esterno con il giardino, accessibile autonomamente e in condizioni di massima sicurezza. Il supporto include il contatto con la terra, la presenza di piante non velenose, la visibilità delle porte di accesso al giardino, con le relative indicazioni, e la possibilità di svolgere determinate attività in condizioni di autonomia. Inoltre, tali giardini saranno complanari e posizionati in modo da favorire il controllo visivo da parte del personale.

3.3.3 Il colore degli ambienti

Quanto indicato al paragrafo 2.3.6 è da adottare integrando, in modo specifico, le seguenti informazioni complementari, proprie del reparto Alzheimer.

L'uso della componente cromatica facilita l'orientamento, in quanto può fungere da codice, quasi una segnaletica passiva, che guida gli spostamenti della persona affetta da demenza.

La diversa colorazione delle porte, in rapporto alla destinazione d'uso dell'ambiente al quale esse danno accesso, costituisce un espediente capace di stimolare nella persona le opportune associazioni. Il colore, quindi, deve essere usato dal progettista non come elemento sussidiario, ma come strumento di informazione e di supporto. Utili sono elementi di assorbimento acustico utilizzando per esempio carta da parati adeguata allo scopo nelle colorazioni e nella grafica utile (evitare disegni con linee parallele e continue).

Allo stesso modo il colore può aiutare l'utente nel riconoscere oggetti e spazi con contrasti cromatici. Le stesse camere possono essere colorate, limitatamente, per esempio, ad una parete, nei colori dal blu all'indaco, con finitura opaca o satinata.

Il verde, che rilassa, è utilizzato con la vegetazione del giardino.

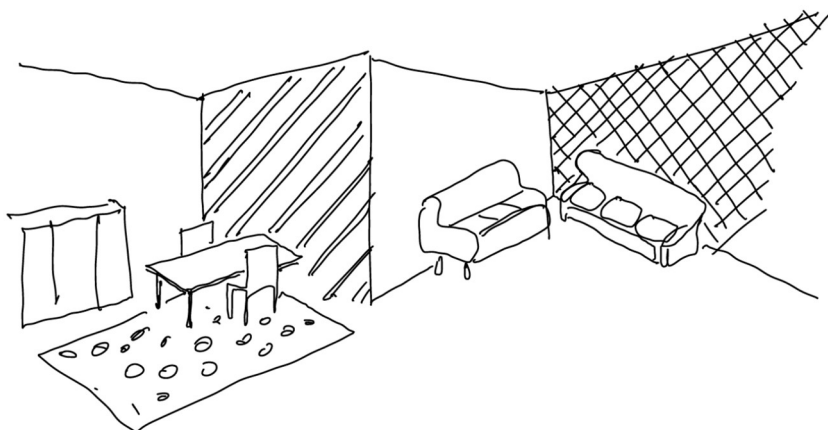


Figura 3.02 l'uso della componente cromatica per definire spazi e riconoscere oggetti

3.3.4 Gli infissi e le porte

Vale quanto già espresso al capitolo 2.3.3. Inoltre, Ogni porta è da segnalare con motivi o colorazioni individuali affinché la persona affetta da Alzheimer la possa riconoscere come propria.

Ad esclusione di una soluzione passive house, si raccomanda di permettere o predisporre l'apertura delle finestre da parte dei residenti nel proprio alloggio.

3.3.5 Gli impianti

Vale quanto già espresso al capitolo 2.37.

3.3.6 Gli spazi esterni

Il giardino

Il giardino ha rappresentato nella storia il continuo tentativo di mantenere, ricostruire ed umanizzare la memoria dell'ambiente naturale. Pertanto, il giardino, l'orto, lo spazio verde sono luoghi familiari alla memoria, che rimangono nel vissuto anche di chi ha perduto la memoria di sé; il giardino rappresenta quindi il luogo dove l'ospite può godere della libertà di uscire all'aperto, di riappropriarsi della natura garantendo facilità di accesso e soddisfa la pulsione al movimento (wandering).

Il giardino e quindi gli spazi esterni per i malati di Alzheimer debbono avere precise prerogative di tipo "protesico". Si ritiene che il giardino abbia notevole importanza terapeutica. Uno spazio caratterizzato da maggiore libertà d'azione e di movimento rispetto agli spazi interni, che contribuisce a ridurre lo stress alla persona.

Il giardino deve permettere al fruitore di avvalersi di diversi stimoli, seguire esperienze interattive, maturare delle conoscenze, apprendere rilassandosi o svagarsi semplicemente.

Il giardino è definito come una passeggiata caratterizzata da elementi pieni ed elementi vuoti, un percorso sinuoso lungo curve e serpentine, a lambire tutti gli angoli della composizione, su cui si succedono tre aree a tema, quali spazi vivibili dal visitatore. Il percorso è l'elemento generatore e strutturante

del progetto. Esso realizza una sequenza controllata di stimoli percettivi (colori, suoni, profumi), ha uno sviluppo anulare per evitare bivi ed incroci e permette alla persona di tornare sempre al punto di partenza. La sua caratteristica è soprattutto quella di distrarre l'ospite dal continuo vagabondare e di renderlo partecipe di situazioni diverse, siano esse attività occupazionali, momenti di socializzazione, di rilassamento, di incontro, di solitudine o di sosta. È importante che il percorso sia intercalato con aree di sosta che si configurano come mete da raggiungere.

Le aree tematiche sono di forma e dimensioni variabili e sono luoghi dove il passare del tempo si realizza attraverso l'esperienza di attività varie, che possono andare dalla sosta contemplativa al lavoro manuale. L'intenzione è, infatti, quella di realizzare uno spazio da scoprire, in cui la persona si senta protetta e possa riappropriarsi del proprio tempo, del proprio spazio.

I luoghi dove ciò può avvenire sono:

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

Un elemento importante sono i limiti del giardino, invalicabili, che definiscono lo spazio verde a lui dedicato, con transizione di manti erbosi, che l'ospite dell'unità può percorrere anche a piedi nudi.

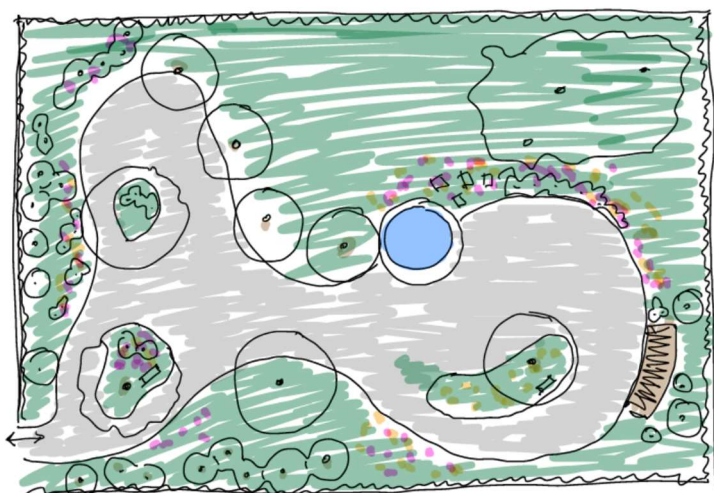


Figura 3.03 esempio di giardino con il suo percorso

In fase di progettazione è utile considerare anche i seguenti aspetti:

- prevedere zone aperte e zone chiuse fruibili con ogni condizione meteorologica;
- spazi e percorsi distribuiti in modo da permettere il controllo visivo del paziente da parte degli operatori;

e in particolare:

La pavimentazione dei percorsi pedonali di vagabondaggio e di sosta deve possedere determinate caratteristiche:

- complanarità e omogeneità del materiale;
- prevedere materiali che non prevedono fughe o giunti di natura particolare;
- essere di colore in contrasto con il verde della vegetazione, per permettere una facile lettura dei percorsi;
- avere caratteristiche antisdrucchiolevole e antiriflesso;
- limitare le pendenze al minimo per l'evacuazione dell'acqua, non percepibile a prevenire situazioni di panico e di caduta.

L'illuminazione artificiale ne permette la fruizione in serata al malato di Alzheimer. Deve essere uniforme, dovrebbe limitarsi al solo percorso di vagabondaggio e non alle aree di soste, per evitarne l'accesso e permanenza prolungata durante le ore notturne. Il sistema di illuminazione non deve provocare abbagliamento o distorcere la visione dell'ambiente, evitando l'illuminazione dal basso. Di regola l'illuminazione dovrebbe essere spenta durante le ore notturne.

La vegetazione deve rispettare alcuni requisiti per non creare situazioni di disagio o di pericolo, in particolare:

- evitare alberi di alto fusto per prevenire il più possibile ampie zone di ombre proprie sui percorsi e nelle zone di interesse;
- evitare di piantare essenze velenose (foglie e frutti), che possono provocare danni, così come quelle spinose o urticanti;
- adottare barriere acustiche per ridurre o eliminare i rumori provenienti dall'esterno.

Si rammenta, che la persona affetta da Alzheimer, ha la tendenza al vagabondaggio (wandering) senza alcuna finalità; quindi, è utile considerare i seguenti criteri in fase di progettazione:

- dimensioni degli spazi e dei percorsi di vagabondaggio obbligati, tali da non disorientare il paziente;
- percorsi facilmente individuabili, privi di ostacoli, dislivelli, barriere architettoniche, chiusi, ad andamento curvilineo, tali da ricondurre il paziente al punto di partenza;
- posa di corrimani lungo i percorsi, con materiali caldi, interrotti sulle aree tematiche, garantendo accesso anche al manto verde;
- percorsi privi di bivi o incroci perché le occasioni di scelta potrebbero generare confusione e incertezza;
- prevedere zone di interesse che possano essere usufruite dal l'ospite solo o in compagnia, con la posa di panchine al difuori del percorso;

- Il giardino deve essere **recintato** in modo tale da non favorire lo scavalcamento, con ostacoli non inferiori a 160 cm;
- Ai suoi limiti, limitare lo sguardo esterno mediante siepi o modellando il terreno.

3.4 Unità abitativa protetta (nucleo Alzheimer)

Ogni unità abitativa protetta disporrà minimo di 8 massimo 15 posti letto.

Vista la dimensione dell'unità questa può essere raddoppiata per condividere taluni servizi in comune, senza pregiudicare l'efficacia del reparto.

Camera			
stanza	m ²	16	Singola. Deve essere garantita la privacy e la personalizzazione.
atrio entrata	m ²	4	L'atrio può essere arredato con armadi composti da almeno 3 elementi di 60 cm di larghezza, con anta a battente. Quest'ultimi possono essere integrati anche nella stanza, nei muri divisorii. La porta di accesso all'atrio dell'alloggio, deve prevedere un passaggio in luce minimo netto di 110 cm, sufficiente per permettere il passaggio del letto. È possibile ridurre questo con la posa di porte a due battenti con un'anta semifissa, garantendo una luce di passaggio minima di 90 cm con l'anta apribile. La porta deve aprire verso l'esterno dell'alloggio e non deve interferire nello spazio di distribuzione (corridoio, per esempio), ponendola in nicchia.
servizio igienico	m ²	4	Prevede un WC, un lavabo ed una doccia a filo pavimento, con pendenza massima del 2%, accessibile alle persone in carrozzella. Il WC deve essere visibile dalla porta. Dimensioni minime 200x200 cm. Con ventilazione meccanica, deve essere garantito un ricambio d'aria minimo di 100 m ³ /ora. La porta deve avere larghezza minima in luce di 90 cm e si deve aprire verso l'esterno, sono ammesse porte scorrevoli a pari condizioni di passaggio. Per quest'ultima soluzione si rammenta lo spazio della maniglia a staffa, che ne garantiscano la luce di passaggio richiesta. Esse devono posizionarsi ad almeno 10 cm, in asse, dal telaio della porta.

Con quanto sopra indicato sono da valutare, inoltre, i seguenti aspetti:

Balcone o loggia

Vale quanto già espresso al capitolo 2.3.8.

Arredamento

Le camere possono essere arredate con elementi propri della persona affetta da Alzheimer, anche con parti provenienti dal proprio domicilio. In ogni caso si deve considerare il seguente arredo minimo:

- 1 letto del tipo ad altezza regolabile, con gambe arretrate e preferibilmente con rete articolabile e a rigidità differenziata, di larghezza 100 cm. Possono essere predisposti con illuminazione integrata, facilitando l'orientamento nell'oscurità e riducendo fenomeni di abbagliamenti con altri sistemi illuminanti;
- 1 comodino;
- 1 sedia;
- 1 tavolo;
- 1 poltrona.
- 1 armadio individuale a 2 o più ante tutte di larghezza 60 cm, con anta a battente, dovrebbero essere posizionate di fronte al letto e le ante possono essere in materiale plastico trasparente (tipo plexiglass) per permetterne lo sguardo interno, cassette interni devono essere posti ad altezza che permettano di prendere quanto necessario senza piegarsi o accovacciarsi.

Tende devono essere ignifughe.

Arredo o apparecchi di supporto, applicati alle pareti, posizionato al disotto dell'altezza di m 2.10, non devono ridurre gli spazi di circolazione e le dimensioni minime della camera.

Infissi vetrati

I vetri di finestre, porte finestre, porte interne, pareti di vetro fisse o mobili, che raggiungono la quota del pavimento, o parapetti di vetro devono rispondere alle qualità di sicurezza prescritte. È preferibile non progettare vetrate a tutta altezza per mitigare il senso di vuoto avvicinandovisi.

Impianti

L'impiantistica generale della camera deve rispondere ai dettami di scelta energetica proposta dalla committenza, dalle esigenze di confort minime previste da legge e regolamenti, secondo disposizioni degli specialisti del gruppo di progettazione. Per enfatizzare il carattere familiare, tanto della stanza quanto degli ambienti comuni, di optare per apparecchi di illuminazione anche diversi tra loro, personalizzando ancora una volta la propria stanza.

3.4.1 I locali accessori all'unità abitativa protetta (nucleo Alzheimer)

Ogni unità abitativa protetta, di principio si sviluppa su di un piano solo ed ha accesso diretto al giardino dedicato.

Deve prevedere i seguenti spazi accessori, a cui sono da aggiungere, computandoli in fase di progetto, i locali dedicati ai collegamenti e alla circolazione orizzontale.

Locali accessori			
Locali infermieri	m ²	20	Destinato agli infermieri e include anche lo spazio dedicato alla farmacia, con un frigorifero dedicato e deve permettere una completa visione verso gli spazi comunitari.
Soggiorno	m ²	4.5	Per posto letto.
Cucina	m ²	25	considerata quale spazio terapeutico.
Locale riposo	m ²	16	Locale per il riposo o il rilassamento di ospiti agitati.
Locale vuotatoio	m ²	10	Utilizzabile anche per il deposito della biancheria sporca.
Locale biancheria pulita	m ²	6	
Servizi igienici del personale	m ²	6	Separati per sesso, con antibagno.
Lavanderia	m ²	10	considerata quale spazio terapeutico.

4. Il nucleo di gerontopsichiatria

4.1 Generalità

L'invecchiamento delle persone affette da patologia psichiatrica e la manifestazione in età avanzata di patologie psichiatriche, correlate, spesso, ad altre patologie, problemi sociali, privazioni o eventi traumatici della vita possono richiedere cure a domicilio, in reparti acuti o presso case per anziani.

Il reparto del nucleo di gerontopsichiatria può essere integrato all'interno della casa per anziani medicalizzata, avendone in comune i contenuti. L'ambiente costruito propone i temi del nucleo protetto Alzheimer senza la necessità di isolare il reparto e controllare in modo sistematico l'ambiente. Gli spazi esterni, come il giardino, sono condivisi con i reparti di lungo degenza.

Sino a 8 posti letto, gli anziani affetti da patologie psichiatriche, possono essere gestiti con il reparto di geriatria.

Oltre gli otto posti letto/camere è necessario progettare un reparto indipendente, separato dal resto della struttura, pur condividendone i servizi. Saranno predisposti degli spazi sussidiari per una corretta gestione e funzionalità del reparto.

Il nucleo di gerontopsichiatria disporrà di un minimo di 9 ed un massimo di 15 camere. Quest'ultime, per dimensioni e contenuti, sono come le camere indicate per il reparto di geriatria (paragrafo 2.5.1).

Inoltre, saranno necessari i seguenti locali accessori:

Locali accessori			
locaie infermieri	m ²	15	Prevedere un locale destinato agli infermieri al piano, con lavandino e piccolo frigorifero per i medicinali d'opportunità.
soggiorno	m ²	30	Soggiorno o spazio protetto con poltroncine con minimo 6 posti a sedere.
cucina	m ²	12	con cappa d'aspirazione di 100 m ³ /ora, abbinabile o vicina al soggiorno.
servizi igienici per il personale	m ²	8	Prevederne 2, suddivisi per sesso, con antibagno, serratura delle cabine con sistema libero/occupato.
deposito	m ²	20	per piccole attrezzature e mezzi ausiliari. La superficie minima indicata può essere aumentata e differenziata in funzione dell'utilizzo e delle necessità previste dalla struttura (per esempio armadi supplementari per il cambio di stagione degli ospiti).

5. REPARTO DI CURE PALLIATIVE GERIATRICHE NELLE CASE PER ANZIANI

5.1 Aspetti generali e tipologie edilizie

“Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità di vita delle persone malate e dei loro congiunti che affrontano i problemi associati a una malattia letale, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza mediante l’identificazione precoce, la valutazione e il trattamento del dolore e di altri problemi di natura fisica, psicosociale e spirituale.” (Organizzazione Mondiale della Sanità)

Le cure palliative comprendono il trattamento e il sostegno di persone affette da malattie inguaribili, potenzialmente letali e/o croniche evolutive. Queste sono dispensate nel luogo di scelta del paziente o in un ambiente architettonico adeguato. Il paziente o i familiari che richiedono una presa a carico specialistica palliativa hanno il diritto di riceverla. Per questo, nell’ultimo decennio le cure palliative hanno assunto maggiore rilevanza e la strategia cantonale è la definizione di reparti geriatrici specializzati presso le strutture delle case per anziani.

I reparti specializzati, sono integrati nelle strutture delle case per anziani, possono dividerne i servizi generali, possono essere all’interno della stessa struttura, o come volume annesso (padiglione). È data facoltà alla progettazione di esprimersi a garanzia delle funzioni richieste, della sostenibilità, della gestione e della manutenzione delle strutture. Le indicazioni del capitolo 2, relative a dimensioni minimi degli spazi e dei percorsi, agli arredi, ai colori, agli infissi e alle porte, agli impianti, sono da adottare e sviluppare in analogia.

5.2 Unità abitativa di cure palliative

Ogni unità di cura palliativa disporrà minimo di 8 massimo 12 posti letto. L’accesso, quindi l’entrata al reparto, deve essere separato da quello della casa per anziani e deve essere accessibile 24/24 ore, tutti i giorni.

Vista la dimensione dell’unità questa può essere raddoppiata per condividere taluni servizi in comune (locali pulizia, lavandino vuotatoio, depositi biancheria pulita e sporca, servizi di supporto per gli accompagnatori dei pazienti).

5.2.1 Le camere

Camera			
Stanza	m ²	20	Singola.
Deve permettere la permanenza notturna di un accompagnatore. Valutare la possibilità di accedere all’esterno tramite balconi, terrazze o logge, come indicato al capitolo 2.3.7.			
La camera deve essere munita del seguente arredamento:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 letto del tipo ad altezza regolabile, con gambe arretrate e preferibilmente con rete articolabile e a rigidità differenziata, di larghezza 100 cm, con materasso anti decubito. Possono essere predisposti con illuminazione integrata, facilitando 			

			<p>l'orientamento nell'oscurità e riducendo fenomeni di abbagliamenti con altri sistemi illuminanti;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 comodino; ▪ 1 sedia; ▪ 1 tavolo; ▪ 1 poltrona. <p>Arredo o apparecchi di supporto, applicati alle pareti, posizionato al disotto dell'altezza di m 2.10, non devono ridurre gli spazi di circolazione e le dimensioni minime dell'alloggio.</p> <p>Oltre agli impianti standard previsti per l'intera struttura, come per gli alloggi della casa per anziani medicalizzata sono da predisporre, in prossimità del letto sarà posto materiale medico e tecnico da definire.</p>
Atrio entrata	m ²	4	<p>L'atrio è da arredare con armadi composti da almeno 3 elementi di 60 cm di larghezza, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 armadio individuale a 2 o più ante tutte di larghezza 60 cm; ▪ 1 armadio di servizio ad un'anta <p>La porta di accesso all' atrio dell'alloggio, deve prevedere un passaggio in luce minimo netto di 110 cm, sufficiente per permettere il passaggio del letto. È possibile ridurre questo con la posa di porte a due battenti con un'anta semifissa, garantendo una luce di passaggio minima di 90 cm con l'anta apribile.</p> <p>La porta deve aprire verso l'esterno dell'alloggio e non deve interferire nello spazio di distribuzione (corridoio, per esempio), ponendola in nicchia.</p>
Servizio igienico	m ²	4	<p>Prevede un WC, un lavabo ed una doccia a filo pavimento, con pendenza massima del 2%, accessibile alle persone in carrozzella. Dimensioni minime 200x200 cm. Con ventilazione meccanica, deve essere garantito un ricambio d'aria minimo di 100 m³/ora. La porta deve avere larghezza minima in luce di 90 cm e si deve aprire verso l'esterno, sono ammesse porte scorrevoli a pari condizioni di passaggio. Per quest'ultima soluzione si rammenta lo spazio della maniglia a staffa, che ne garantiscano la luce di passaggio richiesta. Esse devono posizionarsi ad almeno 10 cm, in asse, dal telaio della porta.</p>

5.2.2 I locali accessori all'unità abitativa di cure palliative

Ogni unità abitativa di cure palliative, deve prevedere i seguenti locali accessori, a cui sono da aggiungere, computandoli in fase di progetto, gli spazi dedicati ai collegamenti e alla circolazione orizzontale e verticale, quali per esempio corridoi, scale e ascensori.

Locali accessori			
Locali infermieri	m ²	20	Destinato agli infermieri e include anche lo spazio dedicato alla farmacia, con un frigorifero dedicato.
Soggiorno	m ²	24-36	E' inteso quale spazio polivalente, che permetta anche la ristorazione, computando 3 m ² per posto letto.
Cucina, tisaneria	m ²	6	Annessa al soggiorno, considerate anche quali spazi di terapia.
Raccoglimento	m ²	12	Uno spazio dove potersi raccogliere spiritualmente, soli o in gruppo.
Locale colloqui	m ²	20	Locale dedicato ai colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale, medico, ...)
Servizio igienico accompagnatori	m ²	4	1 servizio igienico dedicato per accompagnatori con doccia. Geometrie e disposizioni secondo indicazioni SIA 500, che permetta l'accesso anche a persone con carrozzella.
Servizio igienico personale	m ²	10	Servizio dedicato al personale con antibagno e guardaroba, diviso per sesso.
Locale terapie	m ²	12	Locale per massaggi o terapie fisiche, provvisto di lavandino con acqua calda e fredda.
Bagno medicalizzato	m ²	17	Locale relax, con vasca da bagno medicalizzata.
Depositi	m ²	28	6 m ² per biancheria pulita; 6 m ² per biancheria sporca; 6 m ² per attrezzature di esercizio, carrozzine e materiale di consumo 10 m ² per armadietti di supporto al paziente
Locale pulizia	m ²	4	Può essere integrato nel locale vuotatoio
Locale vuotatoio	m ²	6	Muniti di lavandino vuotatoio e dispositivo vuota padelle.
Atrio entrata	m ²	16	

Spazi esterni, quali per esempio il giardino ed i parcheggi, sono in comunione con la casa per anziani.

6. CENTRO DIURNO E NOTTURNO TERAPEUTICO (CDT/CNT)

Nei centri terapeutici diurni e notturni sono accolte giornalmente persone in età AVS con disturbi cognitivi di diverso grado o altre patologie somatiche di malattie cronico degenerative. Il personale socioassistenziale specializzato organizza attività individuali o di gruppo mirate al mantenimento delle attività della vita quotidiana, alle capacità cognitive e alla prevenzione delle cadute. Il centro contribuisce anche a sostenere il familiare curante durante il giorno permettendo così un mantenimento a domicilio il più a lungo possibile.

Sono generalmente strutture indipendenti e possono essere integrati in fabbricati, per esempio adibiti alla residenza, o possono essere integrati nelle strutture delle case per anziani. Possono condividerne i servizi generali, possono essere all'interno della stessa struttura, o come volume annesso.

Questo documento non entra nello specifico dei requisiti strutturali rimandando ogni riferimento e riguardo al "Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici diurni e notturni"

7. OPERE SUSSIDIATE NELL'AMBITO DELLE COMMESSE PUBBLICHE

Per tutte le opere finanziate fanno stato le procedure per l'aggiudicazione di commesse pubbliche. Al riguardo si rimanda a quanto previsto nella Legge sulle commesse pubbliche del 20 febbraio 2001. Per maggiori informazioni ci si può rivolgere all'Ufficio di consulenza tecnica e dei lavori sussidiati.

7.1 Procedura per la richiesta di sussidi

Si richiama il Regolamento di applicazione della Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 30 novembre 2010 (del 22 agosto 2012), che recita:

“Acquisto di terreni, di edifici, costruzione, ristrutturazione e ampliamento (contributi superiori a 500'000 franchi)”

Domanda preliminare	<p>Art. 16</p> <p>¹Prima di procedere all'acquisto di terreni o edifici destinati alla realizzazione di strutture sociosanitarie, o elaborazione di progetti per la costruzione, la ristrutturazione e l'ampliamento delle stesse, una domanda preliminare deve essere trasmessa al Dipartimento.</p> <p>²Tale domanda deve includere la documentazione seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la descrizione di massima del progetto; b) il numero di posti letto previsti e la tipologia degli stessi; c) il costo stimato; d) il piano di copertura finanziario.
Progetto definitivo e documentazione	<p>Art. 17</p> <p>¹Se la domanda preliminare di finanziamento viene accolta, una domanda definitiva di finanziamento deve essere presentata al Dipartimento.</p> <p>²Tale domanda deve includere in 4 copie la documentazione seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) il progetto definitivo; b) la relazione tecnica; c) il preventivo dettagliato; d) il piano di finanziamento.
Inizio dei lavori	<p>Art. 18</p> <p>L'inizio dei lavori è subordinato all'accoglimento della domanda definitiva di finanziamento da parte del Gran Consiglio.</p>

7.2 Costi di costruzione riconosciuti

La Legge anziani citata all'art. 7 indica un sussidio alla costruzione dell'opera e all'acquisto del fondo fino ad un massimo del 70% del costo ritenuto finanziabile. Per il calcolo del costo ritenuto finanziabile il Dipartimento si avvale della consulenza dell'Ufficio tecnico lavori sussidiati e appalti.

7.2.1 Costi ritenuti finanziabili

I costi globali del progetto ritenuti finanziabili vengono calcolati in base a un parametro riferito al costo medio per posto-letto, che comprende la costruzione dell'edificio, le attrezzature e l'arredamento di base e la sistemazione esterna (secondo la sistematica prevista dal codice dei costi della costruzione CCC), escluso il costo del terreno e dei posteggi.

Il finanziamento è assicurato tramite un contributo unico a fondo perso di regola situato tra il 30% e il 50% e tramite il riconoscimento in gestione degli oneri ipotecari (interessi e ammortamenti) relativi al mutuo ipotecario residuo (costo globale riconosciuto meno contributo unico a fondo perso), nei limiti previsti dall'articolo 11 cpv. 2 del Regolamento d'applicazione della LANz, del 22 agosto 2012.