



COMUNE DI GERGEI
Provincia del Sud Sardegna



**RIQUALIFICAZIONE FUNZIONALE E RICONVERSIONE
EX SCUOLA MEDIA - REALIZZAZIONE DI UNA
STRUTTURA INTEGRATA**

**PROGETTO DI FATTIBILITA'
TECNICO - ECONOMICA**



Committente	Comune di Gergei
Il Sindaco	Rossano Zedda
Responsabile del procedimento	Ing. Sara Vinci
Progettista	Arch. Enrico Pedri
Elaborato	Elaborati descrittivi
	Rel.01 RELAZIONE GENERALE
Data emissione	Aprile 2025
Revisione	Rev.01

ARCHITETTO ENRICO PEDRI

Piazza Battisti 13 39040, Salorno BZ - tel. 3479809673 mail pedrienrico@email.it



COMUNE DI GERGEI

RIQUALIFICAZIONE FUNZIONALE E RICONVERSIONE EX SCUOLA MEDIA- REALIZZAZIONE DI UNA STRUTTURA INTEGRATA

CUP F22B22001150002 | CIG: Z2F3D545D2 | PROGETTO DI FATTIBILITÀ TECNICO ECONOMICA

RELAZIONE GENERALE - art. 7 Allegato I.7 del Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36

1 PREMESSA GENERALE

Con la presente relazione generale, si vuole trattare e descrivere le motivazioni che hanno portato alla definizione dell'intervento in oggetto esplicitando inoltre gli scenari progettuali e gli obiettivi attesi dalla progettazione dell'opera unitamente ai requisiti prestazionali tecnici dell'intervento stesso. Gli aspetti economici sono indicati nell'apposito allegato testuale Rel.08 _Quadro economico.

L'Amministrazione comunale di Gergei, dopo aver operato un'analisi dei fabbisogni e dell'offerta territoriale in cui si evidenziava la sempre crescente esigenza di residenze organizzate a garantire l'ospitalità delle persone della terza età, punta a dare risposte alla tale domanda **avviando un percorso che porti alla realizzazione di nuovi posti letto atti alla ospitalità delle persone anziane autosufficienti e non autosufficienti.**

In quest'ottica l'Amministrazione comunale, per operare nel rispetto dell'ambiente e del territorio, ha deciso di sposare la politica del riuso degli spazi esistenti dismessi o poco utilizzati, evitando nuovo consumo di suolo.

Ha così ipotizzato di intraprendere un percorso che porti alla **riqualificazione e riconversione dell'edificio ex scuola media** situato nel centro urbano di Gergei in zona periferica, precisamente nella via Rinascita.

Tenendo conto del quadro normativo regionale di riferimento, l'Amministrazione si è posta l'obiettivo di realizzare una Comunità integrata per anziani **che ospiterà fino a un massimo di 24 posti letto.**

Su queste premesse è stato avviato il procedimento di creazione di una Comunità integrata per anziani, bandendo la prima procedura per l'affidamento di servizi tecnici di progettazione e coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione, ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera b) della Legge 120/2020.

Tale avvio di procedura, ha trovato copertura attraverso il fondo progettazione degli Enti Locali. L.R. n.3 del 9 marzo 2022 "Legge di Stabilità 2022", art. 15, commi 1,2 e 3. E con determinazione del Responsabile dell'Area Tecnica LL.PP. n. 81 del 05/12/2023, resa efficace con determina U.T. Area LL.PP. n. 57/2024, sono stati aggiudicati i servizi di progettazione di Fattibilità tecnico economica dei lavori di "**RIQUALIFICAZIONE FUNZIONALE E RICONVERSIONE EX SCUOLA MEDIA - REALIZZAZIONE DI**

UNA STRUTTURA INTEGRATA" all'Arch. Enrico Pedri, con studio in Salorno (BZ) in Via Nazionale, n. 9/1, 39040.

In accordo con l'Ufficio Committente e l'Amministrazione Comunale, in questa sede di studio di fattibilità tecnica ed economica, stante l'esiguità della somma prevista per questo primo stralcio funzionale che potrà prevedere una prima serie di interventi, si cercherà di analizzare l'intervento nel suo complesso, approfondendone tutti gli aspetti quali-quantitativi per poter valutare con piena consapevolezza, e in stretta collaborazione con l'Ente Committente, il quadro di interventi futuri secondo la logica dei lotti funzionali.

Obiettivo di questa fase progettuale, sarà dunque quello di pervenire alla determinazione degli interventi specifici della progettazione di fattibilità tecnica economica di questo primo stralcio funzionale e di un quadro di interventi complessivi necessari per l'ottenimento degli obiettivi eseguibili in lotti funzionali, tempi e fasi diverse e con modalità e risorse diversificate.

Il nuovo manufatto dovrà garantire un elevato standard abitativo attraverso l'utilizzo delle tecniche e tecnologie costruttive e impiantistiche in grado di ottimizzare l'equilibrio del sistema edificio-impianto.

Per pensare e pianificare correttamente gli interventi di riconversione del fabbricato esistente occorre analizzare innanzitutto lo scenario su cui si vuole andare ad incidere positivamente.

2 SCENARIO DI RIFERIMENTO

L'allungamento della vita è per l'uomo una grande conquista. Accanto ad esso si deve però segnalare anche, in presenza di conquiste in campo medico, bio-ingegneristico e tecnologico, un *aumento del rischio di malattie e di dipendenza in età avanzata*. Ciò è documentato da varie ricerche che mostrano come, a 75 anni, il 65 per mille dei maschi e il 43 per mille delle femmine siano interessati da riduzioni parziali di autonomia. Sempre a tale età sono interessati da non autosufficienza totale il 23 per mille dei maschi e il 12 per mille delle femmine. A 80 anni sono interessate da riduzioni parziali di autonomia il 117 per mille dei maschi e il 94 per mille delle femmine e da totale non autosufficienza rispettivamente il 56 e il 33 per mille della popolazione di riferimento. A 90 anni infine solo un maschio e una donna su tre sono interessati da autonomia parziale, mentre il 27% dei maschi e il 19% delle femmine sono interessati dalla perdita totale di autonomia. Non si vuole dare in questa circostanza un peso eccessivo al dato assoluto.

Purtuttavia è bene ricordare che le simulazioni circa gli scenari futuri confermano i dati menzionati. Va altresì rimarcato che il *ritmo di crescita della popolazione anziana* in condizioni di non autosufficienza è superiore a quello proprio della popolazione ultrasessantacinquenne e che la *perdita di autosufficienza* incide assai più pesantemente sulle classi di età *older-older* il cui tasso di crescita nei prossimi decenni sarà più consistente degli altri.

Oggi la condizione di non autonomia parziale è considerata "normalità" qualche anno prima degli 80 anni, mentre a 85 anni "rientra" nella "normalità" la condizione di non autosufficienza totale.

C'è di più. Se in passato prevaleva la *disabilità catastrofica*, ora prevale la *disabilità progressiva*. Ci si può imbattere perciò in persone in età avanzata con fragilità plurime, interessate cioè da una associazione di più problemi. Trattasi di persone che, per un insieme di cedimenti - nessuno dei quali da solo in grado di togliere l'autonomia - sono interessate da incapacità e da dipendenza e che, per questo, necessitano sempre più di sostegno e di servizi.

Aumentano inoltre le persone colpite da *demenza* nelle sue varie forme: malattie queste che richiedono *caring* elevato e continuo, non sempre rinvenibile sul mercato e/o non sempre riconducibile a sole tecniche assistenziali o a sapere tecnico: trattasi di malattie che richiedono anche luoghi adatti per l'assistenza e l'accudienza, tempo, disponibilità e capacità relazionali. Sono, questi, fenomeni destinati ad aumentare maggiormente nei prossimi anni.

Contestualmente cambia anche il profilo delle persone anziane che arrivano in età avanzata in condizioni di salute migliori che non in passato. Essi hanno *maggiori disponibilità economiche e più alti livelli di cultura e di istruzione* e ciò comporta, da un lato, che non ci si può attendere un incremento delle condizioni di disabilità legate all'età direttamente proporzionato all'aumento dell'età stessa, dall'altro, sono destinate ad *aumentare le aspettative, anche assistenziali, dei futuri ospiti delle Residenze sanitarie assistenziali*, per i quali, verosimilmente, un ambiente istituzionalizzato, quale è la RSA, non rappresenta, e non può rappresentare, il contesto assistenziale più auspicato.

La struttura integrata, come vedremo meglio e più in dettaglio a seguire, si candida ad essere quella realtà di servizio che deve riuscire a **coniugare l'esigenza di cura a quella di ambiente familiare, sociale** e non strettamente e marcatamente sanitario.

3 INQUADRAMENTO DELL'INTERVENTO E COERENZA URBANISTICA

3.1 INQUADRAMENTO DELL' INTERVENTO

L'area oggetto di intervento è situata nel Comune di Gergei, in ambito urbano.



Figura 1 - Evidenziata in arancione la zona di intervento



Figura 2 - Inquadramento particolare dell'area di intervento

3.2 INQUADRAMENTO URBANISTICO DELL' INTERVENTO

L'ultima variante al Piano Urbanistico Comunale di Gergei è stato definitivamente approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n.24 del 07.10.2002. Il lotto interessato come emerge dall'estratto della zonizzazione del PUC risulta essere in zona periferica e esterno alla perimetrazione del centro storico.

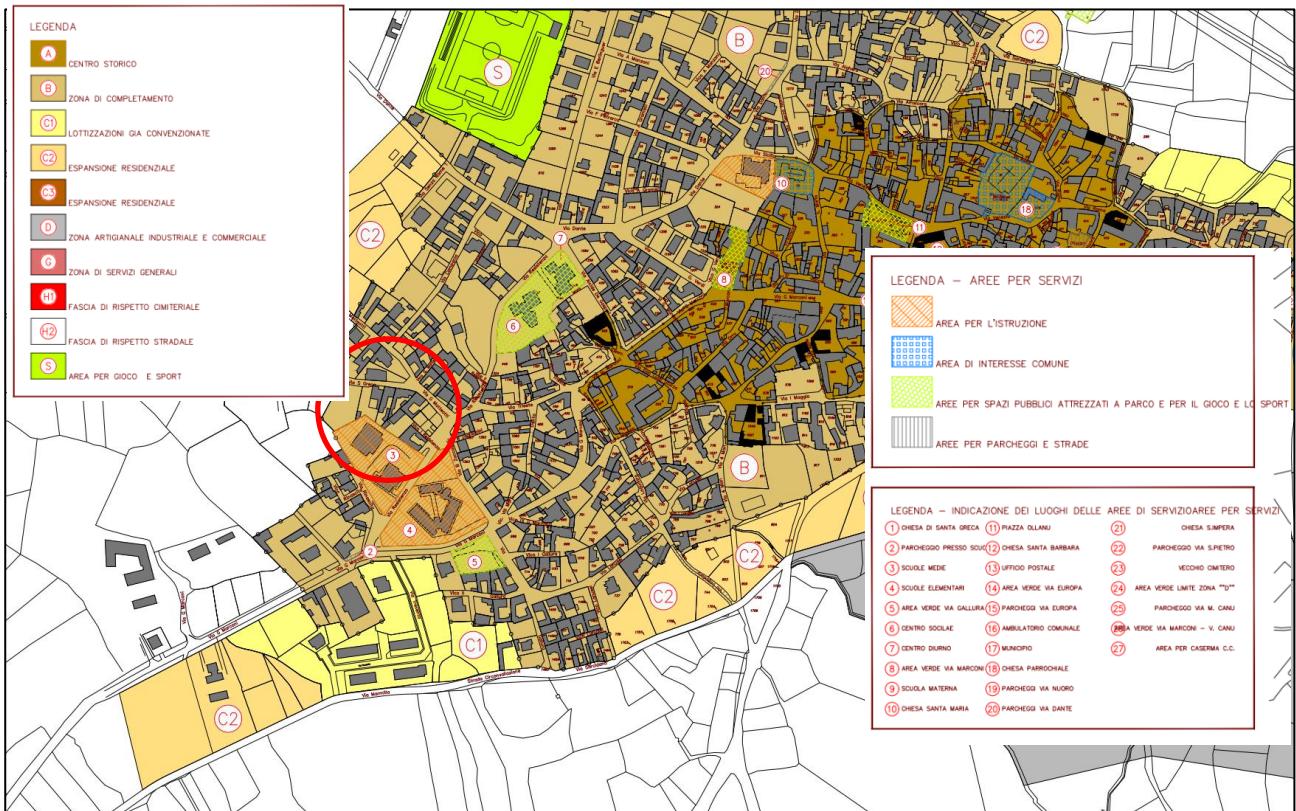


Figura 3 – Localizzazione dell'area oggetto di intervento – PUC

Urbanisticamente il lotto di intervento è **inquadrato nella zona B di completamento**, precisamente nell'area dedicata a servizi di istruzione scolastica. Il piano di zonizzazione acustica e' stato definitivamente approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n.17 del 10.07.2008.

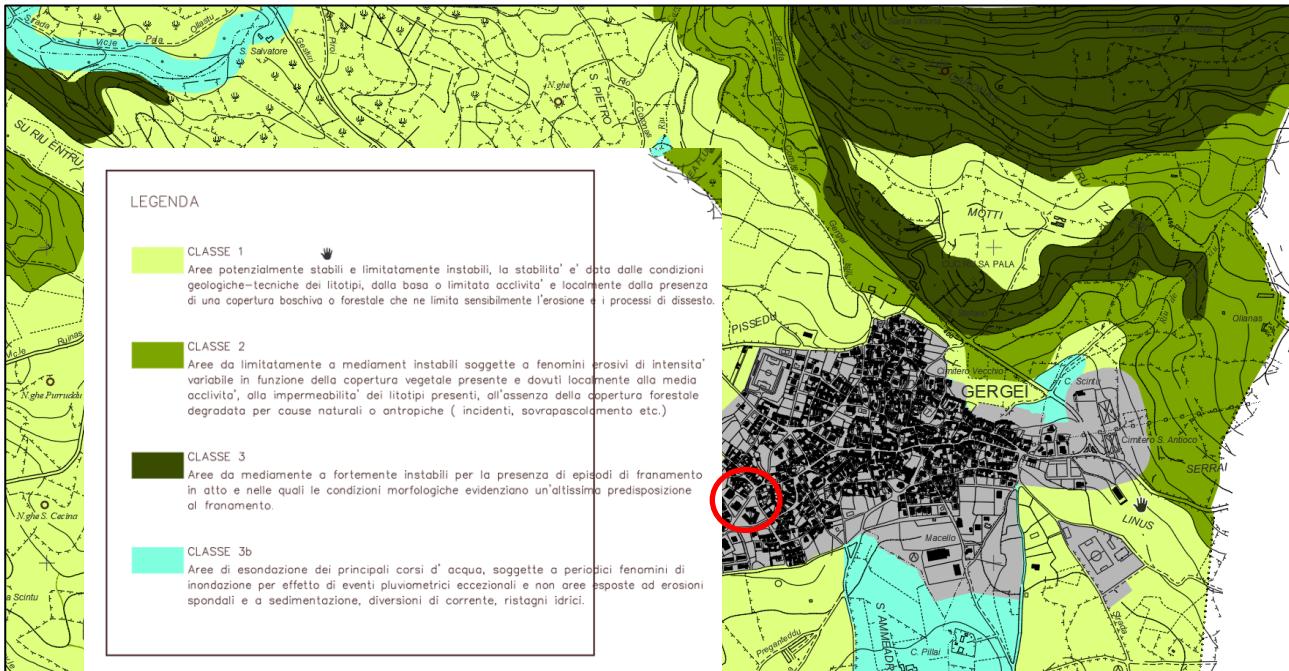


Figura 4 – Carta della pericolosità geomorfologica

L'area interessata dall'intervento risulta essere esterna alle zone di rischio geomorfologico, idrogeologico e di frana.

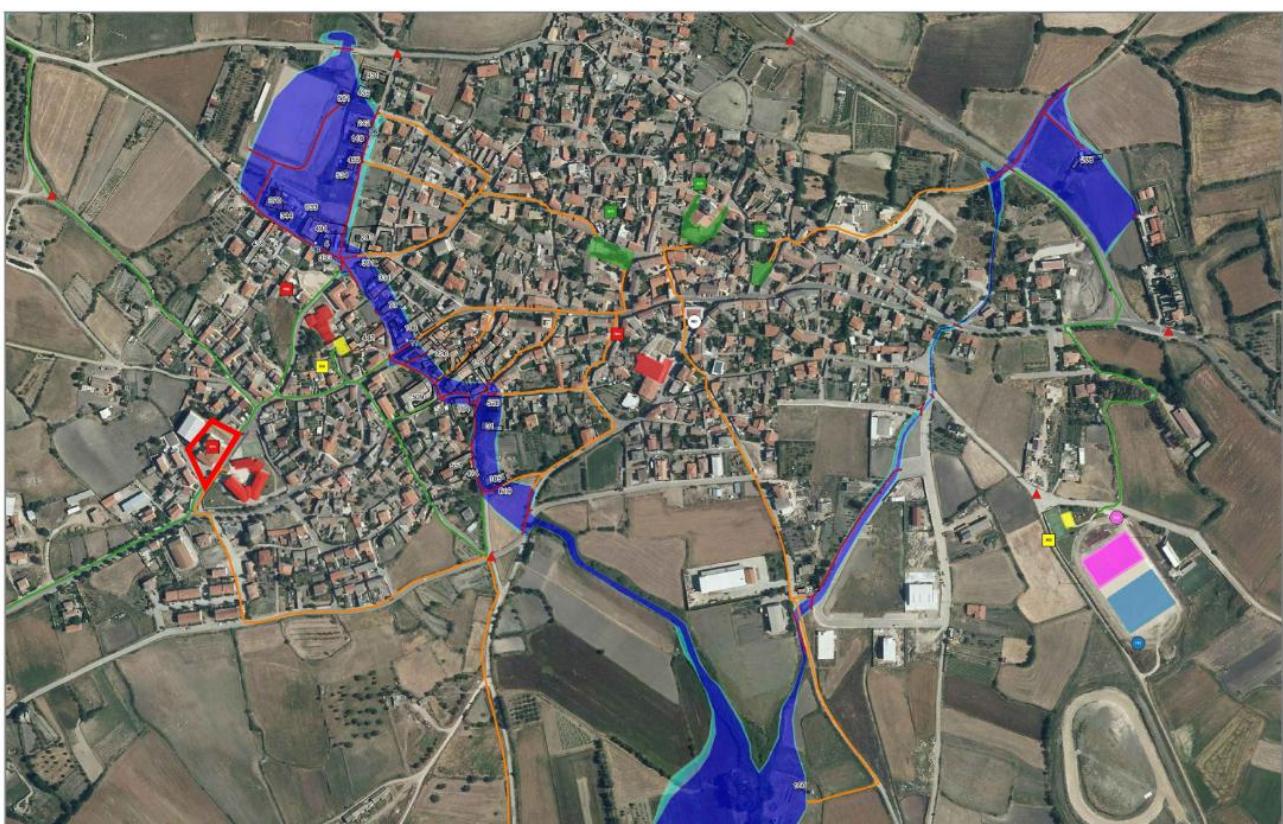


Figura 5 – Zonizzazione aree soggette a rischio idraulico

4 STATO ATTUALE

Il complesso oggetto dell'intervento è composto da un edificio dislocato all'interno di un lotto di forma trapezoidale ubicato nella zona Ovest del centro abitato di Gergei, all'incrocio tra via Resistenza e via Rinascita. Il fabbricato ospitava una scuola primaria ma ora risulta in disuso.



Figura 6 - Inquadramento del lotto - Edificio scuola e Palestra

Il lotto, localizzato in una zona scoscesa che degrada verso via Resistenza, è organizzato su due piani gradonati nei quali insistono il fabbricato della scuola, in quello a valle ed il fabbricato della palestra in quello a monte. Una scala esterna collega l'edificio della scuola alla palestra superando il dislivello naturale del terreno che risulta pari a circa 3 metri e che è sostenuto da un muro in cemento armato. Gli spazi esterni circostanti l'edificio sono caratterizzati da una pavimentazione in cemento in cattivo stato di manutenzione. Il lotto della ex scuola risulta essere di totali mq. 2700. Due risultano essere gli accessi al lotto; quello principale collocato all'incrocio fra via Rinascita e via Resistenza mentre quello secondario è collocato nell'estremità est, lungo via Resistenza.

Il caseggiato scolastico risulta articolato su due livelli ed ha le pareti esterne intonacate. Si presenta in buono stato di conservazione, si notano solo modesti fenomeni di distacco soprattutto nelle facciate poste ad est e ovest.

L'ingresso alla scuola, dalla via pubblica, all'angolo fra via Rinascita e via Resistenza, avviene attraverso un cancello prospiciente un ampio cortile, posto lungo il prospetto Ovest. Qui è posizionato l'accesso all'edificio, protetto dalle intemperie mediante una tettoia in cemento. Varcato l'ingresso si accede ad un

atrio, su cui si affaccia la bidelleria e che conduce ad un'ampia sala centrale, su cui sono collocati gli ingressi a cinque aule grandi ed una più piccola, alla stanza destinata a biblioteca ed ai servizi igienici con relativo antibagno per uomini, donne e persone diversamente abili. Nella sala centrale, lungo il prospetto est che è l'unico che da luce al locale, tramite due finestre ed una porta finestra, è collocata una scala, che conduce al piano superiore ed un piccolo ascensore. A piano terra, con accesso diretto dall'esterno, dal cortile posto lungo il prospetto est, è collocata la centrale termica, composta di due locali. Il sedime totale dell'edificio è di totali mq. 710.

La dislocazione degli spazi al primo piano rispecchia quella del piano sottostante; l'ampia sala centrale da accesso a cinque aule per attività laboratoriale, a tre uffici adibiti a segreteria e presidenza, ad un archivio, ad un ripostiglio ai servizi igienici con relativo antibagno per uomini, donne e persone diversamente abili.

4.1 RAPPRESENTAZIONE FOTOGRAFICA DELLO STATO ATTUALE

4.1.1 RAPPRESENTAZIONE DEGLI ESTERNI

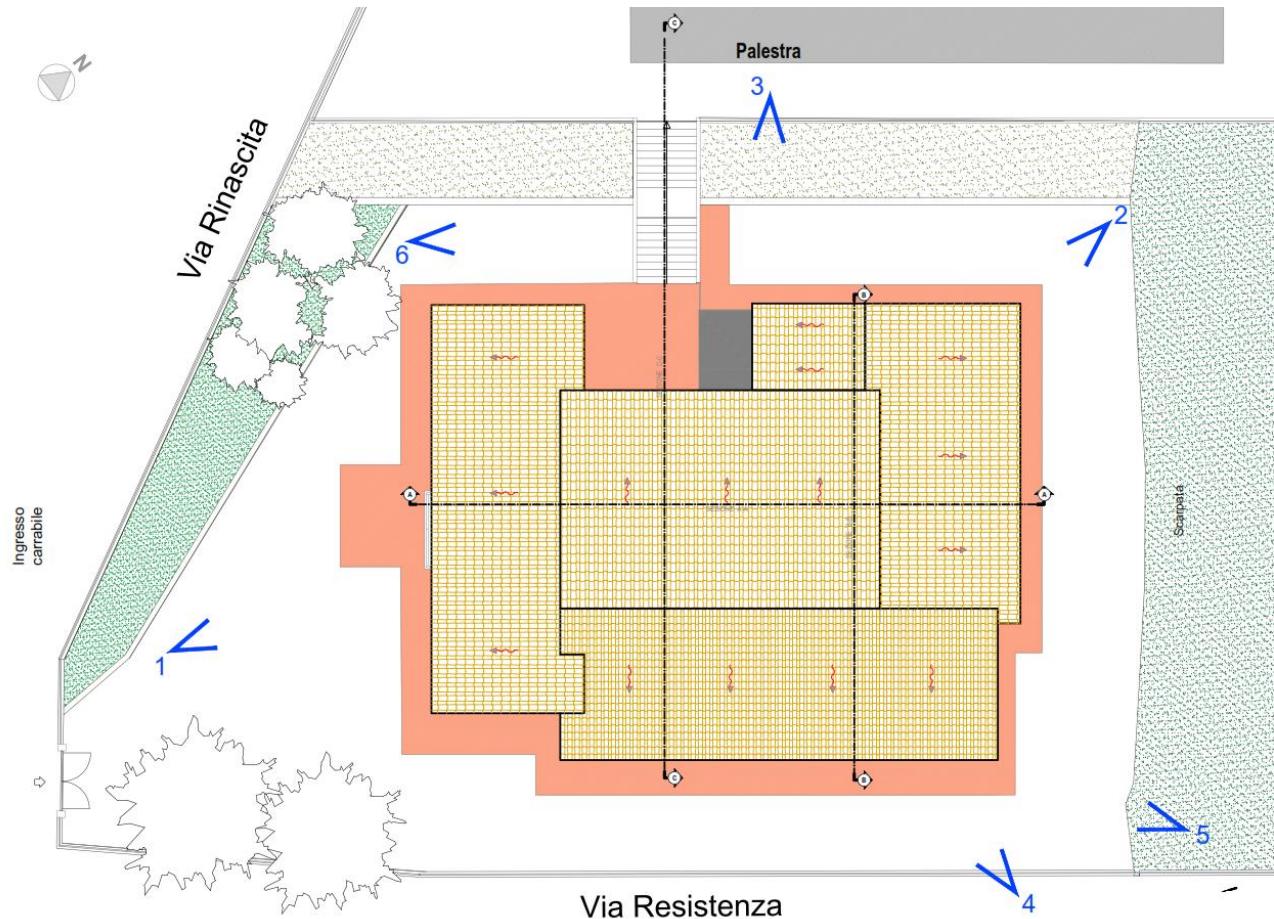


Figura 7 - Planimetria con indicazioni dei coni visuale delle foto seguenti



Figura 8 - Punto visuale 1 – Prospetto Ovest



Figura 9 - Punti di visuale 4 – Prospetto Sud



Figura 10 - Punti di visuale 2 – Prospetto Est



Figura 11 - Punto di visuale 3 - Prospetto Nord – vista dell'ex locale tecnico e Chiller

4.1.2 RAPPRESENTAZIONE DEGLI INTERNI



Figura 12 - vista atrio di ingresso dal prospetto Ovest



Figura 13 - vista androne di disimpegno alle aule didattiche - piano terra



Figura 14 - attuale scala per accesso al primo livello



Figura 15 - vista androne di disimpegno alle aule didattiche - piano primo



Figura 16 - tipologia infissi presenti Pvc ad ante scorrevoli



Figura 17 - ventilconvettori esistenti



Figura 18 - centralina impianto di condizionamento esistente



Figura 19 - termostato ambiente - impianto di condizionamento esistente

5 PREMESSE PROGETTUALI

5.1 LA FAMIGLIA E I BISOGNI DI CURA

Anche la *famiglia* sta cambiando. I riflessi, stante l'importanza della rete primaria orizzontale e verticale, sulla cura e l'assistenza dei suoi componenti non autosufficienti, o comunque dipendenti, sono importanti. *Il rischio futuro è che l'ampiezza di tale rete di cura e assistenza si riduca sensibilmente a motivo della diminuzione dei componenti il nucleo familiare.* Notevole inoltre è anche il *rallentamento dei processi di formazione di nuove famiglie* del quale sono diretta testimonianza il basso valore dei tassi di nuzialità e la crescita dell'età dei coniugi al momento del primo matrimonio. Peraltro, a fronte delle difficoltà di formazione di nuove famiglie, si rischia una bassa stabilità di quelle già formate, come mostrano i tassi di *divorzio e di separazione*, calcolati sia in rapporto al numero delle famiglie, sia in rapporto al numero di matrimoni. Per converso, si assiste alla *crescita costante nel numero e nell'incidenza delle famiglie unipersonali o mononucleari* costituite prevalentemente da donne ultrasessantacinquenni in stato di vedovanza, delle famiglie senza figli, di nuove tipologie familiari nonché di altre forme di unioni non matrimoniali.

Tutti tali cambiamenti possono essere causa, anche se non nell'immediato, certamente nei prossimi anni, di una reimpostazione dei legami familiari e di un possibile indebolimento degli stessi con notevoli ripercussioni sulle relazioni familiari/parentali in età avanzata.

Si assiste infine, specie negli ultimi anni, a una trasformazione culturale e valoriale, a velocità e peso diversificati. Trattasi di esigenze di maggiore libertà e di autorealizzazione della persona (specie da parte della donna, culturalmente ancora deputata alla cura dei familiari) che vanno oltre le scelte riguardanti la vita familiare e che, pur non comportando di per sé una riduzione della solidarietà intergenerazionale, possono tradursi in **minor tempo e in minori energie messi a disposizione dei familiari anziani dai potenziali care giver familiari.**

La cura dei familiari si va così trasformando **da cura “obbligata” in cura “scelta”**, nella cui distribuzione del tempo ad essa dedicato entrano in gioco anche altri interessi, altre scelte e altre persone.

In buona sostanza il tempo che il *care giver* familiare deve e/o vuole destinare alla cura va contraendosi proprio nel momento in cui la persona da assistere necessita in misura e con intensità maggiore di cure e di presenza.

La cura inoltre continua a *gravare sulla donna* (figlia e nuora) che, spesso, si trova a doversi prendere cura di più persone avanti in età e per lungo tempo soprattutto in un periodo in cui il carico familiare (madre e moglie) e lavorativo (occupazione) è ancora forte. Non sempre perciò essa è in grado di reggere tale carico assistenziale anche perché assume consistenza l'allontanamento “spaziale” della famiglia e/o di suoi componenti imposto da problemi legati al lavoro, a esigenze familiari o abitative.

5.2 IL PROCESSO DI ESTERNALIZZAZIONE DELLA CURA

I cambiamenti menzionati segnalano l'avvio/bisogno di un **processo di esternalizzazione della cura** posta, fino a questo momento, prevalentemente a carico della famiglia. E' questo un processo destinato a raggiungere dimensioni consistenti sempre crescenti nei prossimi anni. Esso è stato contenuto dalla presenza della famiglia, da una rete diffusa di servizi e, negli ultimi tempi, dal ricorso alle così dette "badanti". Si può allora ipotizzare che in futuro l'incremento delle persone portatrici di malattie cronico-stabilizzanti e di malattie cronico-degenerative, l'allungamento della vita delle persone con dipendenze patologiche e degli anni da vivere in condizioni di malattia e/o di dipendenza, la minore presenza di caregiver familiari e il diverso atteggiamento nei confronti della cura e del suo "peso", la stessa presenza, pur instabile, delle badanti, daranno sempre più consistenza a tale processo di esternalizzazione.

Essa riguarderà, soprattutto, la cura di malattie che richiedono livelli di intensità e continuità assistenziale elevati a cui i servizi territoriali non sempre sono o saranno in grado di dare risposte anche in presenza di collaborazione da parte della famiglia e/o del volontariato profit o no-profit. Ciò induce a concludere, ragionevolmente, che il peso della cura è destinato a gravare in misura sempre più consistente sulle strutture assistenziali residenziali.

5.3 PRINCIPI GENERALI DI PROGETTAZIONE

Principio generale che deve indirizzare la progettazione delle Comunità alloggio Integrata è quello di garantire a tutti i cittadini il **bene**, tenuto conto delle loro condizioni economiche, sociali e sanitarie. Occorre cioè progettare di modo che tali strutture diventino realmente delle **residenze**; luoghi, quindi, piacevoli e sereni di vita oltre che sedi di cure sanitarie. Esse perciò devono garantire all'ospite *sia il diritto di vivere che il diritto di essere curato*. Pertanto occorre evitare che tali strutture siano "trascinate" verso un modello ospedaliero, quasi fossero cioè dei "piccoli ospedali".

Ed infatti, nonostante la presenza di problemi sanitari, anche di peso e importanti, la qualità dei bisogni degli ospiti **rende inapplicabili sic et simpliciter i modelli operativi ospedalieri**: questi per loro natura devono insistere più sulla cura della malattia, ed hanno in sé il rischio di una supervalutazione della diagnosi e sono talora portati a confondere mezzi e fini.

Si deve al contempo evitare il "trascinamento" verso un modello fisiatrico centrato acriticamente sul recupero e la rieducazione funzionale, sul riapprendimento, sul miglioramento delle prestazioni che, se può essere intrigante, è tuttavia fonte di frustrazioni e di effetti negativi sull'ospite. Gli ospiti delle strutture integrate infatti accusano soprattutto malattie croniche e degenerative non di facile o, al massimo, parziale

recupero. Le loro condizioni sono estremamente variabili sia nel tempo che da paziente a paziente, possono durare decenni e sono condizioni tali per cui la malattia non è separabile dalla vita.

Occorre allora pensare a un **modello** per così dire “**coadiuvante**” che non fa proprio il modello “casa di riposo”, né il modello clinico, né il modello fisiatrico, ma che invece pone in un confronto armonico le diverse esigenze e istanze dei soggetti che entrano in contatto con le case integrate: si tratta degli ospiti, del personale, dei familiari, delle tante altre categorie di persone che entrano in contatto in forma non occasionale con la struttura. Tali categorie di persone sono portatrici di specifici interessi che, se talora possono confliggere, vanno tuttavia soddisfatti in una logica di sistema che massimizza l’utilità finale.

Il modello che si propone persegue quindi l’obiettivo della **promozione del benessere della persona** (migliore livello funzionale in assenza di stress) e permette di confrontarsi con la *irreversibilità della perdita psico-fisica* senza rinunciare a porsi obiettivi, ma anche senza porsi prestazioni impossibili, all’infinito. Ciò permette di misurare la qualità dell’intervento sui risultati prodotti sulla qualità della vita dell’ospite. Il *benessere* dell’ospite diventa allora possibile se su tale obiettivo si costruisce la *relazione tra ospite e ambiente*. Occorre, perciò, evitare ogni situazione che possa dar luogo a *distress*, causa forte dei disturbi comportamentali dell’ospite. Disturbi che sono, a loro volta, causa di *stress* per i *care giver*.

Il modello che qui si definisce “coadiuvante” intende i disturbi non come un sintomo della malattia, ma come segno di uno *stress*, che trova la sua causa nel divario tra ciò che la persona può dare e ciò che l’ambiente continuamente richiede. Obiettivi sono, quindi, ridurre al minimo i disturbi che causano gran parte del disagio personale e sociale e aumentare il *benessere* dell’ospite, dei familiari e degli operatori professionali.

Ecco allora che lo spazio fisico, se vuol essere “coadiuvante”, deve **garantire sicurezza**, e ogni elemento di sicurezza deve:

- tradursi in spazio di *libertà* per l’ospite,
- favorire una *minore sorveglianza* e contenimento,
- garantire *familiarità, flessibilità e chiarezza* dei messaggi d’uso dello spazio,
- contribuire a un *ambiente domestico* e non solo *hi-tech*,
- usare la *low technology*.

Inoltre, poiché le condizioni dell’ospite cambiano nel tempo, le soluzioni ambientali dovranno seguire il percorso di gravità e il modificarsi dei sintomi. I principi che guideranno la progettazione della Comunità integrata di Gergei porrà al centro:

- **la persona e i suoi bisogni sanitari, sociali e relazionali** e la *care* degli stessi. *Care* va intesa come cura della salute della persona. Più in specifico, essa va intesa come *cura della salute* di una persona che è interessata da cronicità, da patologie stabilizzate necessitanti intensità terapeutica elevata, di lunga durata e aventi un decorso dinamico: una persona quindi che diventa sempre più non autosufficiente. Quelle da fornire devono, perciò, essere prestazioni terapeutiche tese al

mantenimento funzionale delle abilità dell'ospite, al recupero e/o a rallentamento del suo deterioramento. La malattia e la sua cura (*cure*) devono perdere di centralità lasciando spazio al *prendersi cura della persona*. Devono inoltre essere prestazioni affiancate da prestazioni socio-assistenziali la cui intensità deve essere tale da supportare, mantenere e migliorare la vita socio-relazionale di modo che anche la cronicità sia gestita in modo tale da non essere causa di negazione di diritti. L'attenzione non deve essere quindi portata esclusivamente sull'attivazione di unità funzionali di assistenza, ma anche sul luogo (inteso in senso ampio) in cui l'ospite deve **"vivere" e non "stare"**:

- le esigenze ed i bisogni di tutte le altre categorie di persone che entrano in contatto e in relazione con la struttura;
- la qualità dei servizi e delle prestazioni e non tanto la quantità;

Infine: poiché ci si deve prendere cura dell'anziano anche per quelle caratteristiche di "instabilità" e "variabilità" che caratterizzano il processo di invecchiamento - che rendono la persona portatore di bisogni "propri" e "unici" è necessario che la struttura progettata sia **dinamica e flessibile**. Si deve cioè pensare a una struttura (servizi e prestazioni) che abbia al suo interno elementi di flessibilità quali-quantitativi che possano assicurare servizi e prestazioni personalizzate e calibrate sugli effettivi bisogni sanitari, assistenziali e relazionali degli ospiti così come si presentano nei vari momenti del loro vivere nella residenza sanitaria. **Si deve in buona sostanza andare oltre l'idea**, ancora radicata, **che l'anziano abbia solo bisogni medico-sanitari e che questi siano uguali per tutti e che possano essere soddisfatti con gli strumenti tradizionali di cure**.

5.4 LA DOMICILIARITÀ: SPECIFICHE

Altro elemento chiave nella progettazione della Comunità integrata è il suo legame all'interno della dimensione **domiciliarità**. All'interno cioè di una *rete di occasioni e opportunità* che garantisca il *diritto di scelta* del luogo ("casa") in cui condurre la propria vita. Il domicilio, inteso come luogo di vita, diventa quindi il riferimento attorno al quale si deve modellare il progetto.

La Residenza diviene così **luogo di vita, spazio di relazionalità, "casa"**, e non un luogo di cura (*ospedale*). Essa, perciò, deve essere pensata, e poi costruita, come luogo in cui una persona con problemi può *continuare a vivere* e non come luogo in cui essa deve *stare, attendere la fine, trascorrere il tempo*. La progettazione non può dunque prescindere dall'avere al centro delle proprie attenzioni l'ospite in quanto persona.

Questi non è una persona che porta/consegna un corpo deturpato da malattie, ma un persona con un corpo deturpato da malattie e patologie che lo accompagneranno fino alla morte e che deve convivere con quel corpo, al meglio. È una persona che porta con sé *ansie* legate al processo di invecchiamento, decadimento psico-fisico e mentale, perdita di autonomia versus la dipendenza, avvicinarsi della morte,

sentirsi “abbandonato”/sentirsi un peso e che spesso ha dovuto entrare nella struttura senza avere scelto, avere avuto la possibilità di elaborare coscientemente questo passaggio. E’ una persona che ha bisogni che attengono alla sfera medico-sanitaria, **sfera della relazionalità**.

Servizi e prestazioni devono perciò tendere a recuperare/mantenere l’autonomia dell’ospite, coinvolgere attivamente l’ospite. Servizi e prestazioni vanno poi organizzati evitando di fare ricorso prevalentemente o esclusivamente a strumentazioni/sapere tecnico (tendenza fortemente presente nelle RSA).

Al fine di valutare la qualità dei servizi nonché la soddisfazione degli ospiti e principalmente dei suoi familiari è infine necessario predisporre strumenti che ne misurino i livelli. Tali strumenti di misurazione se non possono ridurre la quantità dei servizi e delle prestazioni, devono tuttavia essere in grado di misurare la qualità, in tutte le sue diverse forme, tenendo in debito conto i punti di vista dell’ospite, dei familiari, degli operatori e dell’istituzione.

5.5 I CRITERI GUIDA DI PROGETTAZIONE

Definiti i principi generali di progettazione, vengono ora delineati i criteri guida ai quali si è orientato lo sviluppo dell’ipotesi progettuale complessiva della Comunità Alloggio Integrata di Gergei. Ribadendo ancora che con il presente progetto si andranno a definire lavori per un primo limitato stralcio funzionale, che prevede prevalentemente opere di demolizione e predisposizione, come esposto più avanti, di seguito elenchiamo alcuni importanti criteri guida che hanno invece orientato la definizione, anche se ancora in forma preliminare, della progettazione dell’intero complesso.

- **Integrazione con il territorio:**

La Residenza integrata deve essere una **struttura aperta al territorio**. L’individuazione dello spazio, coerente con un quadro di pianificazione sovraordinata chiara e definitiva, deve soprattutto garantire la **sicurezza del sito dal punto di vista dei rischi naturali**.

L’edificio individuato dell’ex scuola media del Comune di Gergei, risponde a questa esigenza per localizzazione e inserimento urbano.

La scelta progettuale dovrà essere orientata a privilegiare una rifunzionalizzazione dell’edificio non dissonante per altezza, forma e rappresentatività con l’intorno urbano (comunitario), mantenendo i volumi esistenti. A questo proposito le scelte architettoniche, tipologiche e morfologiche dovranno tenere conto delle tradizioni abitative o, meglio, della loro memoria in modo che gli ospiti possano percepirlle come “non estranee alla loro cultura”. Nella progettazione si dovrà favorire una tipologia che **consenta agli ospiti della struttura di scegliere con facilità lo svolgimento della vita cittadina all’esterno**. A tale scopo sono stati pensati ampi spazi comuni di soggiorno all’aperto, giardini aperti anche al pubblico, soggiorni interni aperti sulle zone di maggior passaggio. Il principio di integrazione può inoltre trovare ulteriore rafforzamento attraverso l’apertura di alcuni spazi e/o servizi verso l’esterno.

- **Socialità:**

La Comunità alloggio integrata deve essere vissuta come **luogo di socialità e di riscoperta del valore della solidarietà e dello scambio intergenerazionale**. Essa va vissuta dalla comunità con un profondo senso di appartenenza e perciò sviluppando forme di integrazione tali da renderla struttura permeabile alle attività culturali, di intrattenimento e alle istanze della società civile espresse dalle associazioni dei cittadini e dalle organizzazioni di volontariato. Per offrire occasioni di spontaneo coinvolgimento non solo di famiglie, amici e volontari, ma anche di parti sociali più esterne, importante risulta essere la vicinanza della struttura ad aree pubbliche e private che rendono vivaci e movimentati gli spazi circostanti l'edificio. A tale scopo si dovrà cercare di coadiuvare l'attività extra struttura e focalizzare l'attrazione di interessi intergenerazionali, già in parte presenti nell'area grazie al contesto urbano presente.

La localizzazione della struttura posta nelle strettissime vicinanze su un lato con la scuola elementare del paese e dall'altra con una palestra, potrà certamente facilitare occasioni di socialità per gli anziani ospiti.

- **Accessibilità:**

La Residenza risulta **totalmente accessibile sia nella distribuzione dei suoi spazi interni che nelle sue pertinenze**. Per facilitare il coinvolgimento della comunità, la struttura risulta facilmente raggiungibile.

- **Familiarità dell'ambiente:**

Nella Residenza dovrà essere **ricreato un ambiente simile ad una normale abitazione di aspetto familiare ed accogliente**. Esso deve aiutare la persona ad affrontare e superare la paura di essere stato abbandonato e “istituzionalizzato”, limitando il più possibile il ricorso a soluzioni architettoniche proprie del modello ospedaliero. Poiché l'aspetto domestico degli spazi ha valore anche terapeutico di sostegno nella memoria, si prevedono spazi organizzati dove poter ricreare momenti di intimità familiare (lettura del giornale, gioco delle carte, ascolto di audiocassette e videocassette, ecc.).

L'adozione di **arredi di tipo tradizionale** (eventualmente portati dagli stessi ospiti per aggiungere familiarità al proprio ambiente, se compatibili con gli spazi e nel rispetto delle norme igieniche e della sicurezza) e l'introduzione di aspetti che **facilitano il rapporto con la natura ed il verde** auspichiamo possano facilitare la partecipazione attiva dell'ospite e la sua interazione con l'ambiente, sostenendolo nelle scelte comportamentali e aiutandolo a recuperare la fiducia in se stesso e il suo senso di dignità.

- **Orientamento spaziale e temporale:**

Una **distribuzione spaziale semplificata ed un appropriato uso della componente cromatica degli ambienti e degli arredi** favoriranno la capacità dell'ospite ad orientarsi e muoversi nell'ambiente.

L'uso del colore aiuta infatti l'orientamento in quanto può fungere da codice, quasi una segnaletica passiva, che guida gli spostamenti. Alla componente cromatica va inoltre associato l'uso di segnaletica di semplice lettura ed individuazione. Gli spazi aperti sul contesto naturale consentiranno la **percezione della dimensione temporale** (orientamento temporale): agevolare cioè il senso del trascorrere del tempo e del cambiamento stagionale.

- **Comfort:**

Nella progettazione gli spazi sono stati pensati in modo da corrispondere ad esigenze di **benessere visivo, acustico e psicologico**. Particolare attenzione andrà perciò posta nella scelta del **colore** dei componenti strutturali e degli arredi. Il comportamento dell'uomo ed il suo equilibrio sono infatti influenzati dai colori dell'ambiente in cui egli vive e dagli oggetti di cui egli è circondato. In considerazione della condizione di senilità, che riduce l'acuità visiva e aumenta quindi la difficoltà a cogliere la profondità dello spazio rendendo marcata la vulnerabilità all'abbagliamento, dovrà essere posta particolare **attenzione alla visibilità** degli oggetti e degli spazi e al **controllo della qualità, quantità e collocazione delle fonti di illuminazione**. Particolare attenzione verrà posta anche al **controllo delle fonti di suono e di rumore**: gli spazi cioè dovranno contrastare la ridotta funzionalità uditiva degli ospiti per creare loro condizioni serene di vita. Tutti gli spazi comuni saranno studiati, in modo che sia **godibile il permanere al loro interno**, ma nello stesso tempo non siano fonte di disturbo per gli spazi adiacenti. Pertanto, progettare il benessere acustico degli ospiti e dei visitatori significa **proteggerli dal rumore proveniente dall'esterno del fabbricato o proveniente dagli altri ambienti** (fonoisolamento di pareti e solai D.P.C.M. 5/12/1997 - principio generale di "massa-molla-massa"), ma significa anche **gestire correttamente il rumore generato all'interno dello spazio** (D.M. 11/10/2017, norma tecnica UNI 11532 e UNI 11367) che essi stessi stanno in quel momento fruendo. Una notevole fonte di rumore può essere rappresentata dall'impiantistica, se questa non viene adeguatamente progettata. Vi è poi un terzo aspetto da considerare, ovvero la gestione del rumore prodotto dall'intera struttura che andrà a modificare la situazione acustica esterna dell'area del fabbricato.

- **Controllo:**

La struttura deve essere **dotata di sistemi di controllo, anche elettronici, non invasivi**: rispettosi cioè, come già precisato, della privacy e del benessere psicologico dell'ospite tali comunque da consentire un intervento immediato in caso di necessità o che impediscano allontanamenti improvvisi in ospiti con demenze senili. Per la stessa ragione nella progettazione ci si dovrà focalizzare sul poter consentire agli operatori la più ampia possibilità di controllo visivo con un attento schema distributivo degli spazi e soluzione degli accessi.

- **Sicurezza:**

In aggiunta ai requisiti generali e specifici richiesti per l'autorizzazione e per l'esercizio di attività in struttura, la progettazione degli **interni deve rispondere anche alle esigenze di sicurezza proprie dell'ospite**, in considerazione del rallentamento psico-motorio tipico dell'anziano che ne riduce la stabilità e che influisce sulla sua capacità di rendersi conto di possibili pericoli. Particolare attenzione dovrà essere posta, nel prevedere elementi di protezione da incidenti oltre che attraverso un'appropriata conformazione e disposizione degli spazi, anche attraverso la progettazione e distribuzione planimetrica degli arredi e delle attrezzature. Poiché inoltre la movimentazione delle persone anziane affette da limitazioni motorie, sensoriali, cognitive e mentali, aggravano il lavoro delle persone coinvolte nel soccorso, mettendo anche queste ultime in pericolo, grande attenzione dovrà essere posta sulle scelte tecniche in previsione della gestione di emergenze. La gestione dell'emergenza potrà essere più semplice e proficua se il progetto di prevenzione sarà stato studiato con particolare cura e verificato sulle reali capacità delle persone ospitate nella Struttura.

5.6 MODELLO ORGANIZZATIVO ED EDILIZIO – INTERO COMPLESSO

Per poter programmare il percorso costituito dai diversi stralci funzionali che l’Ente committente dovrà programmare, si è dovuto elaborare e pensare il progetto complessivo dell’intera opera, **di cui il presente PFT&E costituisce il primo stralcio.** Il modello organizzativo ed edilizio dell’opera è stato pensato tenendo conto della particolare distribuzione interna degli spazi. **In particolare il grande androne di distribuzione alle aule, privo di fonti di luce naturali, dovrà necessariamente trasformarsi in zona di transizione e di servizio per la struttura.** La Comunità integrata per anziani, stante gli importi consistenti per la sua completa realizzazione, **è stata pensata per essere costruita su più lotti.**

Fermo restando quanto definito dall’art. 11 del **D.P.G.R. 22 luglio 2008, n. 4**, le Comunità alloggio per anziani sono strutture residenziali a prevalente accoglienza alberghiera destinate ad ospitare persone con **età superiore ai 65 anni, autosufficienti**, che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà. I requisiti e le Specifiche caratteristiche delle strutture deputate all’ospitalità, che verranno descritte più in dettaglio nei paragrafi successivi, sono stati esplicitati ed elaborati nel documento vigente “*Linee guida Strutture Sociali*” allegato alla Delibera di Giunta Regionale n. 53/07 del 29.10.2018.

Nel punto 1.1 - REQUISITI STRUTTURALI - alla lettera g) viene precisato:

“...Nelle tipologie di servizi erogati dalle strutture di cui ai commi 3, 4 e 5 dell’art. 3 del DPG 4/2008 possono coesistere due moduli all’interno di uno stesso immobile quando i servizi erogati sono della stessa tipologia o simili (es: due comunità per anziani autosufficienti; **comunità per anziani autosufficienti + comunità integrata per anziani non autosufficienti**). I due moduli possono avere in comune i servizi generali che non comportano commistione tra gli ospiti quali, ad esempio, uffici, magazzini, cucine, dispense. Possono essere condivisi anche i servizi come, ad esempio, l’ambulatorio e la relativa sala d’aspetto, la sala pranzo, ma in momenti differenti della giornata. La sala soggiorno, gli spazi all’aperto e per lo svolgimento di attività specifiche (laboratorio) devono essere separati”.

Nella definizione delle caratteristiche progettuali si è tenuto inoltre conto di quanto definito nella Delibera di Giunta Regionale n. 38/14 del 24.07.2018:

“...La proposta di nuove linee guida non contiene per il momento la parte riguardante le strutture integrate di cui al punto c) dell’art. 4 (strutture residenziali integrate) del D.P.Reg. n. 4/2008, che sarà oggetto di una proposta di deliberazione successiva. Le strutture integrate presentano, infatti, aspetti che richiedono un più attento esame nella parte riguardante l’assistenza sanitaria.

Nelle more dell’approvazione delle disposizioni specifiche relative al punto c) dell’art. 4 del D.P.Reg. n. 4/2008, si potranno applicare le disposizioni minime di cui agli articoli 13, 14, 15 e 16 dello stesso D.P.Reg..”

Per l'appunto, ad oggi, ci si trova in tale fattispecie e si dovrà tener conto, per la progettazione del modulo di comunità integrata, oltre che dei requisiti minimi richiamati delle normative di riferimento regionali e nelle linee guida nella parte descrittiva delle comunità alloggio, di altri contesti territoriali italiani che definiscono ulteriori specifiche.

Le comunità alloggio garantiscono il soddisfacimento delle esigenze primarie e di quelle di relazione al fine di mantenere l'anziano attivo e inserito nel tessuto sociale, anche attraverso iniziative sociali e culturali, il coinvolgimento nella gestione della comunità, un costante scambio con i familiari e la comunità circostante. L'assistenza medica di base per gli ospiti della Comunità Alloggio viene garantita dal medico di medicina generale che ha in carico l'utente. L'assistenza medica specialistica viene garantita ed erogata dal Servizio Sanitario Regionale in base alle norme di riferimento. **La capacità ricettiva non può essere superiore a 16 persone.** Ai sensi dell'art.11, comma 7 del DPR 4/2008, al fine di favorire la permanenza nella stessa struttura di anziani ai quali è sopraggiunta successivamente all'inserimento una condizione di non autosufficienza, **le Comunità alloggio possono prevedere uno specifico nucleo per massimo 1/3 degli ospiti** con le dotazioni strutturali, di personale e i limiti di capacità ricettiva previsti per le comunità integrate disciplinate dagli appositi provvedimenti, in zona separata ma collegata funzionalmente al resto della struttura. **La permanenza** nella struttura di soggetti divenuti non autosufficienti è **subordinata al parere positivo dell'UVT**; pertanto i soggetti su menzionati presentano ulteriore domanda al PUA operante nel distretto di residenza dell'utente. In assenza di tali nuclei non è consentita la permanenza in comunità alloggio di anziani in condizioni di non autosufficienza.

Per ovviare alla situazione emergenziale e prevedibile descritta, in accordo con l'Amministrazione Comunale, il progetto prevede la realizzazione, **nella stessa struttura della Comunità alloggio, di un intero modulo di 16 posti letto preposto ad ospitare anziani non più autosufficienti (Comunità Integrata)** richiedenti prestazioni di natura assistenziale, relazionale e prestazioni programmate mediche e infermieristiche, **riducendo i posti di Comunità alloggio a 8** per ottenere una struttura di complessivi 24 posti letto (16+8).

La struttura, come già precedentemente descritto, organizza la propria attività in unità autonome (moduli) comunità per anziani autosufficienti + comunità integrata per anziani non autosufficienti. Tali unità condividono alcuni servizi generali.

Così definito il numero minimo-massimo di posti letto, gli stessi sono stati organizzati secondo i seguenti criteri spazio-funzionali.

Sono state individuate le seguenti 4 aree destinate:

- alla residenzialità (nucleo)
- alla valutazione e alle terapie
- alla socializzazione
- al supporto generale.

La Comunità alloggio per anziani garantisce i seguenti servizi e prestazioni:

- assistenza notturna e diurna;
- alloggio, vitto e servizi generali (lavanderia, stireria, pulizie generali anche in forma indiretta);
- servizi specifici a carattere socio-assistenziale consistenti in un aiuto integrato di tipo domestico, sociale ed igienico-sanitario, personale ed ambientale;
- promozione e sostegno nell'utilizzo di tutti i servizi del territorio;
- promozione degli interventi per il potenziamento di abilità individuali che favoriscono l'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;
- promozione delle azioni finalizzate al mantenimento delle abilità residuali psico-fisiche, cognitive, relazionali e dell'autonomia personale;
- promozione delle azioni culturali, formative e/o ricreative, di gruppo ed individuali, tendenti a favorire forme di integrazione sociale.

5.6.1 A) Area destinata alla residenzialità (nucleo)

L'area destinata alla residenzialità è l'area più strettamente **privata** perché costituisce lo spazio all'interno del quale l'anziano trascorrerà la maggior parte del proprio tempo. In questo spazio sono aggregati gli spazi del nucleo con **camere e servizi**. Il nucleo è lo spazio riconducibile al **concetto di "casa"**.

In queste zone si ritrova una gradualità di spazi privati (camere e relativi servizi igienici) e semi-privati (sala pranzo e altri servizi di nucleo) capaci di garantire requisiti di privacy e di socializzazione. In entrambe le strutture il nucleo viene collocato al primo livello (Piano Primo). Tutte le camere avranno bagno privato. Nella Comunità integrata, un ampio corridoio di distribuzione e collegamento unisce le camere con gli spazi di servizio al nucleo (cucinetta, presidio, bagno assistito, vuotatoio, lavanderia). Nei pressi degli accessi al piano, il corridoio diventerà più ampio e si aprirà in ampi spazi di soggiorno collettivo con affaccio su balconi esterni.

Come progettisti dovremo cercare di prendere come riferimento il modello dell'ambiente domestico e familiare, tenendo in particolar conto di una serie di fattori, quali:

- la possibilità di personalizzazione della camera dell'ospite, ad esclusione dell'arredo di base (letto/armadio);
- conformazione e organizzazione della camera doppia tale da consentire l'installazione di un diaframma di separazione visiva mobile tra i due letti;
- all'interno della camera deve essere **garantita la movimentazione** (anche con ausili) e un comodo utilizzo delle attrezzature e degli arredi;
- le porte di accesso alle camere potranno essere munite di una parte centrale finestrata provvista di tendine.

Camere Poiché abitare nella “propria casa” significa prima di tutto sentirla come spazio individuale, è necessario che tutte le conseguenti scelte tipologiche, sia di arredo che di automazione, siano idonee a consentire il raggiungimento di tale obiettivo. E' perciò nostra intenzione riproporre un ambiente familiare che alla persona anziana possa ricordare il più possibile la propria casa. La camera da letto è quindi lo spazio che maggiormente dovrà risentire di questa **personalizzazione** che si raggiungerà in collaborazione con gli operatori ed i familiari. Verranno perciò utilizzati colori particolarmente graditi a chi la abita, alle pareti saranno appesi quadri e fotografie che riportano a ricordi personali.

Nella scelta degli arredi base devono essere esclusi quelli che obbligano la persona ad alzare la testa, con il rischio di uno spostamento eccessivo del baricentro e conseguente caduta all'indietro.

Nella camera la disposizione dei mobili deve essere tale da assicurare lo **spostamento anche di una persona sulla sedia a ruote** e il suo accostamento al letto. E' inoltre importante che la persona possa normalmente **osservare fuori dalla finestra**: è questa infatti un'occasione in più per distrarsi nel caso essa fosse costretta al totale allettamento. I **colori alle pareti dovranno essere riposanti**, a tinte chiare, i pavimenti in tonalità selezionate per non assorbire e/o alterare la luce e far risaltare gli arredi e gli elementi colorati, attenta la disposizione di altri particolari di arredo.

Il lato a fianco del letto deve consentire la rotazione di una carrozzella; i letti devono essere accessibili su due lati per consentire al personale di assistere l'utente. La dotazione minima di arredi per ciascuna camera è:

- trave testaletto per ciascun posto letto dotata di punto luce, punto di chiamata;
- letti articolati a due snodi e dotati di sponde;
- materassi e cuscini antidecubito ove necessario;
- comodino, vano armadio e sedia per posto letto;
- tavolo soggiorno/pranzo.

Nelle camere deve essere garantita una temperatura invernale non inferiore a 20°C e una temperatura estiva compatibile con il benessere del paziente. Alla camera dovrà essere data una connotazione di spazio abitativo e non di camera di ospedale.

Servizio igienico La superficie standard di riferimento per consentire l'utilizzo degli elementi previsti (lavabo, wc, doccia con sedile, o vaso bidet) risulta essere quella di progetto

Devono essere garantiti:

- la rotazione di 360° all'interno del servizio igienico;
- l'accostamento laterale al wc;
- l'accostamento frontale al lavabo ed eventualmente al bidet;
- l'apertura della porta verso l'esterno o a scorrere;
- la presenza di doccia a pavimento con sedile ribaltabile;
- la presenza di maniglioni e corrimano di sostegno;

- la presenza di sistemi di chiamata di emergenza.

Cucinotto attrezzato Questo locale serve di supporto alla cucina principale per la distribuzione dei pasti e per preparazioni occasionali da parte degli ospiti; in esso devono essere presenti il piano cottura con cappa aspirante, il forno, un lavello e il frigorifero, che devono essere posti preferibilmente sulla stessa parete o su pareti contigue per consentirne l'utilizzo anche da parte di ospiti con ridotte capacità motorie. I locali progettati soddisfano abbondantemente le dimensioni standard di riferimento.

Questo spazio dovrà essere idoneo a soddisfare anche funzioni di tipo terapeutico (promuovere, ove fattibile, la più ampia partecipazione possibile da parte degli ospiti alla preparazione del menù e dei cibi e del servizio a tavola).

Saletta da pranzo per la colazione ed i pasti quotidiani Gli spazi progettati rispettano le dimensioni standard di riferimento; deve essere previsto un arredamento adeguato costituito da tavoli da soggiorno con sedie con braccioli, credenza e contenitori vari, piani di appoggio e televisione.

Il soggiorno/saletta pranzo - centralizzato rispetto alle stanze e "aperto" – sono progettati in modo da essere flessibili e fruibili per le diverse attività proposte agli ospiti. Anche la progettazione di queste zone risulta tale da dare alla persona anziana la percezione del modello "casa".

Locale di servizio per il personale di assistenza con servizio igienico annesso Esso serve per il deposito di oggetti di uso esclusivo del personale, per lo stazionamento del personale notturno e per il controllo degli ospiti mediante strumentazioni. Risulta dotato di un servizio igienico dedicato con lavabo, wc e bidet. Gli spazi progettati rispettano le **dimensioni standard di riferimento pari a 14 mq per il locale e di 4 mq per il servizio igienico**. Il locale presidio personale deve svolgere anche funzioni di locale per la pausa ed il riposo del personale. L'assistenza richiede infatti un impegno del personale intenso, emozionale e spesso stressante e lo spazio deve permettere il rilassamento e la "decompressione".

Bagno assistito Si tratta di un locale dove agli ospiti può essere effettuato il bagno attività di igiene personale con assistenza da parte di personale specializzato. Esso deve contenere una vasca da bagno, una doccia con sedile, un lavabo, un lettino ed una poltrona comoda. Le dimensioni minime devono consentire l'utilizzo da parte di portatori di handicap; la porta deve essere apribile verso l'esterno a scorrere e deve essere garantito l'accostamento alla vasca che deve essere accessibile da tre lati per permettere al personale l'assistenza anche con eventuali ausili meccanici.

Locale vuotatoio/lavapadelle Si tratta di un locale, dove si provvede alla vuotatura, lavaggio e disinfezione di padelle e pappagalli. Deve contenere un lavapadelle con serbatoio, un vuotatolo, un lavabo ed un contenitore chiuso per il materiale di pulizia e disinfezione.

Locale/spazio per deposito attrezzatura Serve al deposito di oggetti d'uso all'interno del nucleo (carrozzine, materiale per manutenzione, ecc). Il locale progettato risulta più abbondante della superficie standard di riferimento pari a **6 mq** perché dalla nostra esperienza progettuale ci siamo accorti che risulta essere spesso pieno di ausili per i portatori di handicap, che occupano notevole spazio. Nel locale

saranno posizionati scaffali, contenitori ed armadi per conservare gli effetti personali dell'ospite per il cambio stagione.

Locale per deposito biancheria sporca Si tratta del deposito di biancheria sporca e di materiale utilizzato che deve essere avviato al lavaggio. Anche questo locale rispetta la superficie standard di riferimento pari a **6 mq**.

5.6.2 B) Area destinata alla valutazione e alle terapie

Nelle Comunità integrate devono essere garantiti spazi per le attività sanitarie di tipo ambulatoriale e di piccola terapia riabilitativa fisica e psichica; **tali spazi potranno essere usati anche da utenti esterni tramite un ingresso indipendente**. Questa area, ricavata al piano terra, si configura come una sezione autonoma dell'edificio e il suo funzionamento risulta caratterizzato dalla presenza di ambulatori e strutture per la riabilitazione che potranno essere aperte in maniera programmata a forme di fruizione esterna. La sua localizzazione tiene conto, in ogni caso, della necessità di un collegamento diretto ed agevole con lo spazio esterno destinato all'arrivo e alla soste dei mezzi di soccorso.

Questa area contiene le seguenti unità spaziali:

- Ambulatorio-fisioterapia (mq. 18,56 + 18,26);
- palestra riabilitativa (mq. 47,28).

Ambulatorio/locale per servizi all'ospite Lo spazio progettato rispetta la dimensione standard di riferimento pari a **16 mq**; sarà prevista una zona visita con lettino da visita, carrello medico, sgabello girevole, paravento e lavabo ed una zona studio medico con scrivania, poltrona girevole, sedia con braccioli, armadietto porta medicinali e classificatore per cartelle cliniche. In prossimità deve essere prevista una zona attesa.

Locale per fisiochinesiterapia e palestra Lo spazio progettato non rispetta la dimensione standard di riferimento pari a **60 mq**. In questo locale, tuttavia troveranno posto oltre agli attrezzi ginnici: un lettino per fisiochinesi, uno specchio quadrettato a muro, una scaletta a due gradini.

5.6.3 C) Area di socializzazione

Comprende gli spazi destinati alle **attività comuni e alle relazioni sociali** tra gli ospiti dei diversi nuclei. Tali spazi vanno collocati **al centro della vita e dei percorsi vissuti** dai residenti della struttura, dagli operatori e dai visitatori; quindi sono collocati nei pressi dell'ingresso a piano terra. La posizione centrale consente il **massimo livello di integrazione dell'anziano nella vita comune**, oltre a facilitare il controllo delle attività degli ospiti. Abbiamo cercato di promuovere soluzioni progettuali che consentano contatti, soprattutto visivi, con la vita che si svolge fuori dall'edificio: questi spazi, ricavati al piano terra, in entrambe le strutture, hanno accesso diretto allo spazio giardino.

Nell'area di socializzazione sono previsti i seguenti spazi:

- sala grande polifunzionale e pranzo (mq. 46,07 + mq. 93,62);

- giardino protetto
- sala per il culto (mq. 26,95)
- servizi igienici (mq. 22,09)
- giardino protetto

Soggiorno comune/Sala pranzo/attività occupazionali Questo spazio, rispetta le dimensioni standard comprese fra i **60 e i 90 mq**, viene utilizzato per la socializzazione tra ospiti di nuclei diversi, per il ricevimento di visitatori esterni, per attività di gioco, animazione, intrattenimento, lettura, ascolto musica, tv.

Sala polivalente Questo spazio serve per lo svolgimento di feste, riunioni, proiezioni, ecc. Lo spazio progettato non rispetta la dimensione standard di riferimento pari a **60 mq**, ma avendo accesso all'esterno pensiamo possa risultare ampiamente sufficiente.

Locale per il culto Serve per lo svolgimento di funzioni religiose e per preghiera. Il locale progettato rispetta circa le dimensione standard di riferimento pari a **30 mq**.

Locali per servizi all'ospite (parrucchiere, barbiere, pedicure, manicure) vedi ambulatorio.

Servizi igienici collettivi Sia nella Comunità alloggio che nella Comunità integrata sono stati previsti servizi igienici adatti ad i portatori di handicap in numero di due (maschi e femmine) per l'area di socializzazione; essi contengono un lavabo, un bidet, un wc sono dotati di antibagno.

Nella Comunità alloggio integrata di Gergei che sarà di piccole dimensioni (24 posti letto) il soggiorno comune, la sala pranzo e i locali per le attività occupazionali sono raggruppati in un unico grande spazio polivalente caratterizzato da un adeguato livello di flessibilità degli arredi che consente lo svolgimento di attività diverse e temporanee suddivisioni in ambienti diversi.

Giardino protetto L'articolazione del giardino protetto prevede il rispetto di alcune componenti strategiche che lo configurino come **strumento terapeutico**, volto anche a consentire il **"vagabondaggio"** (wandering), a ridurre i problemi comportamentali, in particolare il disorientamento spazio-temporale, ed i tentativi di fuga. La progettazione prevede l'impiego di materiali ecosostenibili, atossici, di provenienza naturale in modo da connotare l'ambiente con una omogeneità di **stimoli qualitativi** integrati dalle essenze e dalle piantumazioni previste. I percorsi devono essere facilmente individuabili e concepiti in modo da proporre **percorsi ad anello**; dotati di punti di riferimento utili come stimoli visivi per richiamare le capacità mnemoniche e l'orientamento spaziale generalmente compromessi. E' opportuno inoltre che il percorso sia adeguatamente protetto da copertura leggera e da un sistema di illuminazione. La pavimentazione sarà antisdrucciolo, ma consentirà comunque lo strisciamento dei piedi durante la deambulazione di coloro che hanno problemi motori; colori e finiture diversificate segnaleranno anche alle persone ipovedenti la posizione delle aree di sosta ed i cambi di direzione.

La vegetazione sarà varia sia come colori, configurazione, odori e profumazioni, con essenze scelte tra quelle tipiche degli ambienti naturali limitrofi cui gli ospiti erano generalmente abituati per cultura locale,

sia nella propria casa (urbana, rurale, montana,...) sia nei luoghi comuni (parchi, giardini pubblici). Agli stimoli olfattivi dati dalla vegetazione saranno aggiunti anche stimoli uditivi di varia natura. In uno spazio appartato verrà allestito “**un orto sospeso**” realizzato in vasche ad altezza tale da consentire l'accostamento della sedia a rotelle.

Le zone di sosta saranno previste in luoghi tranquilli e protetti e dotate di sedute ergonomiche e anatomicamente rilassanti, anche di tipo singolo.

5.6.4 D) Aree generali di supporto

Nella struttura in questione il servizio cucina e il servizio lavanderia potrà essere gestito all'interno della struttura. Gli spazi cucina e lavanderia saranno di adeguate dimensioni; corrispondono a spazi di servizio dove si svolgono anche le operazioni di raccolta e di distribuzione del materiale in arrivo ed in partenza. Sia la lavanderia che il locale cucina avranno la possibilità di un accesso esterno diretto pedonale per il carico e scarico di materiali e merci dall'esterno.

Sono questi gli spazi utili al regolare funzionamento e alla conduzione della struttura.

- ingresso (mq. 23,80)
- uffici amministrativi (Segreteria e Direzione) (mq. 18,25 + mq. 16,60)
- locale riservato al personale (mq. 28,29)
- cucina, dispensa e locali accessori (mq. 23,1)
- lavanderia, stireria e guardaroba (mq. 23,1)
- camera mortuaria (mq. 14,66)
- spogliatoio del personale interno con servizi igienici (mq. 26,8)
- locali tecnologici (mq. 23,1)
- parcheggio esterno nella misura di 1 posto auto ogni 2 posti letto

Atrio/ingresso con portineria, posta, telefono Questo spazio assolve alle funzioni di accoglienza e di smistamento degli ospiti e dei visitatori e di riunione degli ospiti in sosta. La dimensione standard di riferimento pari a **30 mq** è garantita dalla compresenza dell'area polivalente. La sua articolazione consente il controllo degli ospiti in prossimità dell'ingresso. Vi vengono assicurate le funzioni di portineria, posta, telefono e informazioni agli ospiti e agli esterni.

Uffici amministrativi Collocati nei pressi dell'ingresso risultano sufficienti alla gestione dell'intera struttura.
Cucina, dispensa e locali accessori – Lavanderia e stireria Nelle strutture in questione sia il servizio cucina che il servizio lavanderia verrà appaltato all'esterno della struttura. Gli spazi cucina e lavanderia quindi non saranno di grande dimensione; corrispondono a spazi di servizio dove si svolgono prevalentemente operazioni di raccolta e di distribuzione del materiale in arrivo ed in partenza. Sia la lavanderia che il locale cucina avranno la possibilità di un accesso esterno diretto pedonale per il carico e scarico di materiali e merci dall'esterno. La cucina avrà accesso diretto alla sala da pranzo.

Spogliatoi del personale con servizi igienici annessi Risultano distinti per sesso e prevedono una doccia.

Camera ardente con accesso dall'esterno Lo spazio rispetta la dimensione standard di riferimento pari ai **18 mq**. Le modalità di accesso alla camera mortuaria, sia dall'esterno che dall'interno prevede una soluzione che evita l'attraversamento di zone comuni nel corso delle operazioni necessarie allo spostamento della salma.

La centrale degli impianti tecnologici ha accesso diretto dall'esterno dell'edificio.

Per quanto attiene ai collegamenti verticali, in entrambe le strutture sono garantiti oltre che dalla scala anche da un ascensore monta-lettighe per il trasporto degli ospiti. Una adeguata segnaletica favorirà gli spostamenti interni degli ospiti e dei familiari.

All'interno della Comunità Integrata importante risulta essere lo spazio dedicato al personale che dovrebbe essere composto da:

- Un Responsabile di struttura/coordinatore di struttura presente almeno 6 ore la settimana;
- due Operatori Socio-Sanitari (OSS);
- Personale ausiliario addetto ai servizi igienici generali (pulizie, cucina, lavanderia, stireria, guardaroba, portineria, manutenzione impianti, ecc.), in numero di 2 unità.
- Educatori professionali con presenza programmata per le attività più significative della vita comunitaria per almeno 30 ore settimanali.

5.6.5 Disposizioni particolare per i nuclei per pazienti con forme di demenza senile

L'ala del primo piano nel prospetto Ovest dove è inserito il presidio infermieristico potrebbe essere dedicato a nucleo per pazienti con deficit cognitivi in considerazione delle esigenze degli ospiti bisognosi di spazi ampi e di itinerari riconoscibili e agevolmente percorribili, anche mediante l'uso di colori e materiali e con la valorizzazione di elementi naturali di diverso cromatismo. I percorsi saranno guidati da mancorrenti agevolmente impugnabili in materiale caldo e riconoscibile, mentre la pavimentazione sarà anch'essa priva di spigoli e adeguatamente colorata. **L'obiettivo** perseguitabile, allo stato attuale delle conoscenze cliniche e psicosociali, non è il superamento della patologia o il recupero delle facoltà perdute bensì il **miglioramento della qualità di vita e il rallentamento dei processi degenerativi**, obiettivi che giustificano il maggior impegno di risorse di personale e di professionalità.

Non è prevista una differenziazione qualitativa tra le figure impegnate nel modulo “Alzheimer” e gli altri moduli; le differenze vanno invece ricercate e garantite sul piano quantitativo per la necessità di continuo accompagnamento e custodia, per la vigilanza e cura nell'espletamento delle terapie farmacologiche, per l'opera di continua stimolazione psicosensoriale di cui i malati hanno necessità. La formazione del personale addetto alle relazioni quotidiane deve essere oggetto di particolare attenzione: la costanza degli atteggiamenti, al di là di slanci emotivi o di espressioni di impazienza, richiede professionalità, presenza a se stessi, accettazione del ruolo e delle persone da assistere. Dovrà altresì essere garantita una adeguata rotazione del personale nei diversi nuclei al fine di contrastare il rischio di burn out. A tal fine gli accordi contrattuali tra aziende Asl ed erogatori dovranno prevedere esplicitamente la dotazione di personale, soprattutto in termini di disponibilità temporale, specificamente dedicata ai nuclei per pazienti con deficit mentale in coerenza con il “progetto di struttura”, soprattutto in funzione degli obiettivi di integrazione di tali nuclei con gli altri nuclei che si intendono attivare.

6 IPOTESI INTERVENTI DEL PRESENTE PROGETTO

Con questo primo intervento, come già detto si vuole dare avvio al percorso che porterà alla realizzazione dell'intervento complessivo di riconversione dell'ex scuola media in una moderna struttura integrata per anziani. I lavori, nello specifico, previsti per questo primo stralcio sono di seguito sintetizzati:

1. Demolizioni e rimozioni:

- a. demolizioni delle tramezze in laterizio del piano terra e primo;
- b. rimozione dei pavimenti in ceramica del piano terra e primo;
- c. rimozione di pavimenti in materiale plastico;
- d. demolizione del primo massetto di pavimento al piano terra e primo;
- e. demolizione del massetto per profondità fino a 20 cm. al piano terra;
- f. demolizione del vespaio in pietrame al piano terra fino a una profondità di 50 cm.;
- g. rimozione dei rivestimenti in ceramica nei locali bagni al piano terra e primo;
- h. rimozione dello zoccolino di battiscoppi;
- i. rimozione di cartongessi e controsoffitti al piano terra e primo;
- j. rimozione di porte interne;
- k. rimozione di apparecchi igienico sanitari al piano terra e primo;
- l. rimozione di apparecchi illuminanti;
- m. carico, trasporto e conferimento a discarica dei materiali di risulta;

2. Massetti areati e sottofondi al piano terra:

- a. fornitura e posa in opera di cassero in polipropilene prestampato a calotta semisferica e autoportante di h. 45 cm
- b. realizzazione di massetto non strutturale sopra il vespaio areato
- c. realizzazione di massetto termico-acustico armato
- d. realizzazione di massetto di sottofondo per i pavimenti al piano terra e primo

3. Intonaci:

- a. revisione completa di intonaci con fenomeni di degrado per una superficie stimata del 20% di pareti interne, contro pareti, locale tecnico
- b. Intonaco liscio per superfici interne e esterne su pareti e solai revisionati

4. Cartongessi:

- a. fornitura e posa in opera di tavolato verticale standard per interni, realizzato mediante assemblaggio di quattro lastre in gesso rivestito, due per ogni lato, a bordi assottigliati, la previsione e limitata alla fornitura e installazione di un solo lato per il posizionamento successivo degli dotazioni impiantistiche (non incluse nel presente progetto)

b. controsoffitto realizzato mediante lastre in gesso rivestito non verniciato, la previsione e limitata alla fornitura e installazione dei telai e di parte delle lastre per garantire la successiva installazione delle dotazioni impiantistiche (non incluse nel presente progetto)

5. Impermeabilizzazioni:

- a. Manto impermeabile mono strato in tessuto non tessuto per la fondazione al piano terra
- b. Manto impermeabile e barriera al vapore con telo estruso additivato per la terrazza al piano primo

6. Isolamento termico:

- a. Manto impermeabile mono strato in tessuto non tessuto per la fondazione al piano terra

7 SIMULAZIONI FOTOGRAFICHE

Il manufatto sorge all'interno della zona di completamento comunale B dell'ex scuola media situato nella zona periferica Ovest del Comune di Gergei, in rapporto visivo con il paesaggio antropico dell'intorno costituito da civili abitazioni e un ulteriore edificio scolastico della scuola elementare tutt'ora in servizio.

L'intento progettuale dovrà puntare, nella rifunzionalizzazione dell'edificio destinato attualmente a plesso scolastico, a una profonda riorganizzazione della distribuzione interna, ma anche un attento restyling delle facciate esterne per rimarcarne il cambio di destinazione d'uso rendendolo coerente alla nuova funzione sostanzialmente diversa alla precedente.



Figura 20 – Render dell'edificio – vista dei prospetti sud e est

I materiali ipotizzati (legno, pietra e vetro), naturali e biocompatibili, favoriranno un dialogo efficace con il costruito locale.

Per rafforzare ulteriormente l'integrazione nel contesto degli ospiti e per ragione di efficientamento energetico e di controllo della luce solare diretta, si propone di realizzare, sul prospetto ovest, un ampio porticato al piano terra. E' qui che si dovranno concretizzare le relazioni tra dentro e fuori e la continuità tra spazio costruito e spazio aperto. In una struttura come quella proposta lo spazio aperto compartecipa in modo decisivo alle funzioni dell'edificio e diviene "giardino terapeutico".

Quello che prima risultava essere un ampio ingresso alla scuola oggi potrà diventare il cuore verde pulsante della nuova struttura integrata per anziani, luogo di dialogo e di pensiero.

Nel prospetto nord, per garantire un più ampio afflusso di luce naturale, si è ipotizzata la realizzazione di una vetrata continua a tutta altezza, in corrispondenza del vano scala, in grado di collegare visivamente i due livelli e creare un dialogo visivo tra dentro e fuori sia al piano terra che al primo piano.



Figura 21 - Render con in evidenza il pergolato in legno (prospetto ovest) e la vetrata continua (prospetto nord)



Figura 22 - Render della vista interna con in evidenza il locale presidio in rapporto visivo con la sala il corridoio e l'esterno

INDICE

1	PREMESSA GENERALE	1
2	SCENARIO DI RIFERIMENTO.....	2
3	INQUADRAMENTO DELL'INTERVENTO E COERENZA URBANISTICA.....	4
3.1	INQUADRAMENTO DELL' INTERVENTO	4
3.2	INQUADRAMENTO URBANISTICO DELL' INTERVENTO.....	5
4	STATO ATTUALE	7
4.1	RAPPRESENTAZIONE FOTOGRAFICA DELLO STATO ATTUALE	9
4.1.1	RAPPRESENTAZIONE DEGLI ESTERNI.....	9
4.1.2	RAPPRESENTAZIONE DEGLI INTERNI.....	12
5	PREMESSE PROGETTUALI.....	16
5.1	LA FAMIGLIA E I BISOGNI DI CURA	16
5.2	IL PROCESSO DI ESTERNALIZZAZIONE DELLA CURA	17
5.3	PRINCIPI GENERALI DI PROGETTAZIONE.....	17
5.4	LA DOMICILIARITÀ: SPECIFICHE	19
5.5	I CRITERI GUIDA DI PROGETTAZIONE.....	20
5.6	MODELLO ORGANIZZATIVO ED EDILIZIO – INTERO COMPLESSO.....	24
5.6.1	A) Area destinata alla residenzialità (nucleo)	26
5.6.2	B) Area destinata alla valutazione e alle terapie.....	29
5.6.3	C) Area di socializzazione	29
5.6.4	D) Aree generali di supporto	31
5.6.5	Disposizioni particolare per i nuclei per pazienti con forme di demenza senile	33
6	IPOTESI INTERVENTI DEL PRESENTE PROGETTO	34
7	SIMULAZIONI FOTOGRAFICHE	36