

Le specifiche problematiche della sicurezza nelle case di riposo per persone anziane con problemi di demenza e Alzheimer

ENZO ANGIOLINI

GRUPPO OTTIMA SENIOR - PORDENONE

Per poter capire e saper interpretare nel modo corretto la problematica della sicurezza nelle case di riposo per anziani bisogna prima conoscere i nostri interlocutori, cioè coloro che ci vivono.

Grazie al nostro lavoro di architetti specializzati che svolgiamo progettando e realizzando centri specializzati in tutta Italia, sappiamo che il tema della disabilità nell'anziano non è legato solamente ai centri Alzheimer. Le cosiddette "case di riposo" raccolgono una gran parte degli "anziani fragili", persone in età molto avanzata con le capacità fisiche e mentali già compromesse. Nessuno di noi vorrebbe quindi andare in casa di riposo, la vediamo come una specie di hangar, un rimessaggio finale in cui veniamo "gentilmente accompagnati", dove non conosciamo nessuno e non riconosciamo gli spazi che ci vengono assegnati e destinati a "nuova casa".

Per questo motivo cerchiamo di evitarlo, preferiamo affidare i nostri cari alle cure di una badante, purchè la vita continui a casa. Questo fa sì che in tutte le strutture per anziani ci sia una forte presenza di anziani con disabilità cognitive molto marcate. La loro pre-

senza in questi anni ha iniziato anche a superare una media del 75% sul numero degli ospiti totali, rispetto al 30% di qualche decennio fa. Possiamo affermare con cognizione di causa che la disabilità ormai non è più un tema marginale nelle strutture della terza età o dell'anziano fragile, ma è un problema centrale. È un problema che ci costringe a rivedere anche molti aspetti della sicurezza adottando delle interpretazioni normative per riuscire ad essere allo stesso tempo conformi alle loro prescrizioni e adatte al tipo di utenti.

DISABILI E SUPERAMENTO DELLE BARRIERE

Il tema delle barriere architettoniche ad esempio è un tema molto trattato, ma in realtà c'è ancora molta ignoranza in materia. Molte realizzazioni edilizie ad uso pubblico lamentano errori e dimenticanze anche in questi anni: dobbiamo essere consci che ci stiamo muovendo da pionieri all'interno di una tematica recente e dobbiamo imparare a conoscerla, farla realmente nostra e poi trasformarla in azioni concrete.

Quando pensiamo ad un disabile, visualizziamo subito un uomo in sedia a rotelle ma questo rappresenta solo una piccola parte del problema. Ricordo che a seguito di un intervento che feci sulla disabilità visiva, proprio per una delle pubblicazioni universitarie su "SicurezzaAccessibile", ero stato contattato dal Presidente Nazionale della Società Ipovedenti di Roma, ipovedente lui stesso. L'oggetto era una mia riflessione sugli spazi destinati a disabili; si disse d'accordo con me sul fatto che non bisogna più fare i bagni per i disabili perché in effetti non sono una razza diversa da uomini e donne. Però mi segnalò il fatto che servizi igienici etichettati "per disabili" non significa che rispondano ai bisogni di tutti se non dispongono di accessori a noi ancora quasi sconosciuti. Nel suo caso infatti mi disse che sapere di trovarsi in un bagno per disabili non lo aiuta a trovare il wc: "La maggior parte delle volte devo farlo con la mano, quindi si immagina lo schifo che provo!". Da questo mi spiegò che per un cieco o ipovedente è fondamentale trovare fuori dalla porta del bagno, in posizione sempre uguale, una piccola targhetta che raffiguri in rilievo i sanitari contenuti e le loro esatte posizioni. Io in realtà in tanti anni non ci avevo mai pensato.

Questo ci fa capire che non possono esserci regole assolute, ogni bagno dovrebbe avere accorgimenti atti a rendere il bagno stesso di facile “lettura” e di comoda fruizione, senza per forza dover essere destinato a una categoria specifica di handicap.

Nella nostra personale esperienza abbiamo imparato che il bagno disegnato dalla normativa 180x180 con tutti quei maniglioni è valido solo sulla carta perchè legato ad un’estremizzazione del problema, che distorce addirittura la visione di quella che è la disabilità. Potremmo quasi sancire che i maniglioni verticali sono di scarso aiuto e in più pericolosi in caso di caduta perché non garantiscono un freno alla mano in fase di scivolamento verso il basso.

L’IRRAZIONALE CHE CI COMANDA

Parlando in generale e non solo per quanto riguarda anziani o disabili, un discorso di cui bisogna sempre avere considerazione è che ognuno di noi pensa di essere pienamente padrone delle proprie decisioni, di non essere minimamente intaccato dalla pubblicità: “nessuno mi può suggestionare”, “io sono forte”! Si pensa sempre di essere Superman. Numerosi studi negli anni hanno dimostrato che non è propriamente così. Siamo convinti che il nostro pensiero, la nostra parte razionale, sia quella che domina le nostre scelte, ma in effetti non è così. Un esempio in cui possiamo trovarci tutti e che spiega facilmente questo è il perché, andando in un luogo, si sceglie una strada piuttosto che un’altra.

Il punto di partenza è lo stesso e uguale è anche il punto d’arrivo, ma due persone diverse probabilmente sceglieranno due percorsi diversi: uno dirà che sceglie il percorso più breve, l’altro addurrà un’altra motivazione. In realtà facciamo la strada che è più gradita al nostro cervello. Il nostro cervello riesce a captare una miriade di dati e decide lui perché è molto più bravo di noi a decidere. Spesso trovo una motivazione razionale, ma in realtà la scelta è totalmente irrazionale.

Un esempio che porto sempre a supporto di quanto detto è quello del corridoio principale d’ingresso di un Ospedale nuovo del Friuli Venezia Giulia, presso cui siamo stati chiamati ad intervenire (Foto 1). Un luogo causa di tanto disorientamento che nessuno



Foto 1: ingresso – disorientamento spaziale

lo percorreva, né visitatori né personale, preferendo al suo posto passare sul fango delle aiuole perimetrali esterne. Il disorientamento era dato da una luce diretta che creava abbagli, da un susseguirsi di porte e di stimoli che facevano perdere di vista al nostro cervello l'obiettivo da raggiungere, in questo caso gli ascensori per salire ai reparti.

Noi siamo guidati dall'irrazionale. Ancor di più nell'emergenza, l'irrazionale è dominante.

Capire bene l'irrazionale vuol dire capire bene come

comportarsi con gli anziani e in realtà anche con noi stessi, perché negli anziani affetti da demenza non c'è altro che un'amplificazione dello stato irrazionale che è sempre stato in noi. Diventando dementi si viene comandati dall'irrazionale.

Noi stessi ci convinciamo di mantenere le stesse capacità in ogni luogo, invece luce naturale e artificiale, rumori, temperatura e ossigenazione dell'aria riescono a ridurle fino al 30% e questo è dimostrato scientificamente.

Quando parliamo di sicurezza dobbiamo confrontarci con il piano dell'irrazionalità. Questa sarà la progettazione del domani, quella che ci farà guidare un po' meglio gli eventi dell'architettura, quella che ci farà leggere gli spazi ed i colori per quello che ci fanno provare, per come ci fanno "agire".

La sicurezza è conoscere e avere padronanza del posto per non averne paura, per averne invece il predominio anche nelle situazioni più difficili. Su questo incominciano ad esserci degli studi approfonditi in materia.

Uno dei temi fondamentali è il problema del "dove sono?". Nelle strutture pubbliche spesso risulta molto complicato, in una situazione di vera emergenza, capire dove mi trovo esattamente e dove

devo dirgermi per trovare un luogo sicuro. La segnaletica non è d'aiuto perché spesso porta a confondere invece che a chiarire le idee. Il panico poi s'impadronisce del nostro cervello e le decisioni vengono prese seguendo piuttosto l'istinto che la razionalità. Nella persona con demenza tutto ciò si verifica anche nelle situazioni di non emergenza ed è pertanto fondamentale che ci sia un'attenta e mirata progettazione dello spazio e delle scelte in materia di sicurezza seguendo questo parametro come prioritario.

L'AMBIENTE NEI CASI DI DEMENZA E ALZHEIMER

Nei centri Alzheimer, il tema fondamentale è dare una forte caratterizzazione alle cose che si vedono: la cucina dev'essere una vecchia cucina, il soggiorno dev'essere caratterizzato dai tipici elementi che usualmente lo compongono, la sala da pranzo sarà diversa dal soggiorno (Foto 2-3-4). Spesso però il personale sposta le sedie da un posto all'altro e alla fine ne fa perdere i caratteri, ma i caratteri non sono casuali, sono anzi fondamentali per la percezione.



Foto 2: cucina terapeutica (in alto a sinistra)

Foto 3: stube (in alto a destra)

Foto 4: sala da pranzo (in basso a sinistra)

L'irrazionale è guidato dai messaggi che il cervello percepisce autonomamente e non da quelli razionali che elaboriamo noi. Dopo numerosi tentativi, all'inizio sbagliati, confrontandoci con altri studiosi, con medici e psicologi, continuando la sperimentazione siamo arrivati a capire che il centro giusto è quello in cui gli spazi hanno dimensioni corrette e molto leggibili, in cui c'è un attento studio sull'illuminazione diretta e indiretta, in cui la tonalità e la saturazione dei colori rispecchia determinate sensazioni e stimola specifiche emozioni. Tutto ciò consente a molti anziani dementi ad esempio di riprendere a mangiare da soli, a ritrovare il ciclo sonno/veglia (una cosa che nell'Alzheimer è rara), gli anziani si tranquillizzano.

SICUREZZA ANTINCENDIO

Il tema della sicurezza nelle case di riposo e negli ospedali deve quindi tener conto di tutte queste carenze cognitive, della difficoltà di capire cosa fare anche in situazioni "calme". Figurarsi in momenti di maggiore agitazione dove le reazioni dovrebbero essere più veloci. Il piano della sicurezza e le procedure da attivare dovranno sempre tener conto del ruolo indispensabile degli operatori interni.

La segnaletica di sicurezza, per come siamo abituati a vederla, risulta già per noi criptica e difficilmente leggibile: un insieme di simboli poco intuitivi, posti ad altezze variabili ma quasi sempre talmente alti da risultare poco visibili.

Gli allarmi acustici nelle strutture per anziani e negli ospedali reputo siano assolutamente da evitare. Nella demenza ancora di più. Ma anche che si attivi la scritta "allarme incendio" è una cosa che agita perché in quel momento ci si rende conto di non sapere quello che si deve fare. La peggior cosa è attivare il panico senza poter "mostrare" rapidamente il da farsi.

In tutti i servizi pubblici o privati destinati al pubblico dove c'è del personale è il personale che deve essere istruito, è il personale che deve ricevere il messaggio di allarme ed è il personale che deve istruire i presenti prevenendo qualsiasi fase di incomprensione.

Io credo che si debba adeguare l'idea di "sicurezza" depurandola di orpelli quasi solo estetici, modificando la grafica, trovando qual-

che “abaco architettonico” che definisca, ad esempio, il colore degli “spazi calmi”. Credo che non esista più nessuno motivo per cui gli estintori debbano essere negli ambienti comuni: l'estintore è un oggetto che tutti siamo abituati a vedere e che riconosciamo per la sua utilità ma che nessuno di noi saprebbe usare correttamente in fase di emergenza. Sfido chiunque, in una situazione di pericolo in un ambiente che conosce poco, a mettersi a leggere tutta l'etichetta per capire cosa deve fare per farlo funzionare e dove posizionare il getto per spegnere l'incendio. La cosa migliore quindi è non toccarli per evitare maggiori danni. Quindi così distribuiti servono solo a “mostrare che ci sono” e forse nulla di più.

A mio parere estintori e nspi vanno posizionati in luoghi e locali destinati al personale, in posti definiti e ben distribuiti, dove qualcuno che sa cosa deve fare andrà a prenderli per usarli correttamente.

Nei centri Alzheimer, e nei luoghi per anziani e dementi in genere, è necessario utilizzare degli accorgimenti per far sì che gli ospiti siano circondati da un ambiente confortevole e “protesico”, che risulti pertanto un aiuto attivo ai loro stati di depressione e disorientamento. Tutto ciò deve comunque tener giustamente conto di tutta una serie di normative e prescrizioni obbligatorie che prevedono una serie di elementi, magistralmente camuffati per entrare a far parte della scenografia generale.

Le porte tagliafuoco ad esempio normalmente sono orribili. Noi le trattiamo in un modo diverso, le facciamo diventare dei quadri (Foto 5-6). Nei presidi, i locali destinati agli operatori, da cui gli

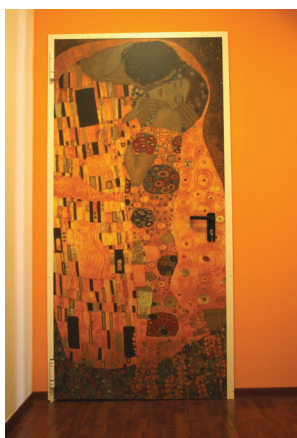
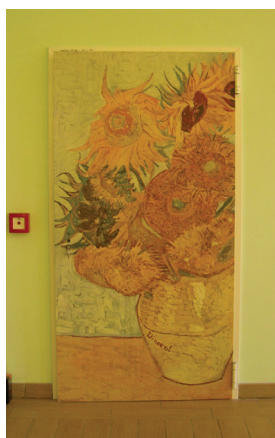


Foto 5 e 6:
porte tagliafuoco decorate

stessi tengono sotto controllo gli ospiti, trattiamo i vetri delle finestre con una speciale pellicola chiamata “one way”, che permette la visione attraverso il vetro solamente in un verso (dall’interno del presidio verso la zona giorno) mentre dall’altro appaiono come veri e propri quadri. In questo modo gli ospiti non si sentono costantemente osservati e sono più tranquilli (Foto 7-8).



Foto 7: pellicola “one way”
interno (a sinistra)

Foto 8: pellicola “one way”
esterno (a destra)

Un esempio che avevo già portato è quello di un centro Alzheimer in cui tutti scappavano da una determinata porta d'emergenza, che quindi bastava spingere per aprire. La normativa mi diceva di mantenere quell'uscita, ma gli operatori non riuscivano a contenere gli ospiti, che trovavano una facile via per scappare. Noi abbiamo provveduto a cambiare il maniglione con uno dello stesso colore del serramento e sulla stessa porta abbiamo applicato l'adesivo di una bicicletta a grandezza naturale: nessuno ha più cercato di uscire da lì. La parte irrazionale della mente degli ospiti fa cogliere l'ostacolo e non più l'uscita (Foto 9-10).



Foto 9 e 10: porta tagliafuoco
pellicolata - prima e dopo
(da sinistra a destra)

Ho notato che il nostro esempio ha preso piede, infatti so che ci sono un centro Alzheimer a Roma e uno nell'area di Napoli che hanno usato sempre la bicicletta come segno di chiusura.

Nella demenza ma anche nel panico uno dei problemi più gravi è la perdita della capacità di fare certi comportamenti ovvi, che normalmente ci vengono automatici, come lo spingere una porta dopo che non si è riuscito ad aprirla tirandola. Il problema nell'emergenza è l'angoscia di uscire. E c'è gente che spinge sulla stessa porta che ha utilizzato per tanto tempo senza ricordarsi o semplicemente intuire che deve invece tirarla. Nei centri dove c'è tanta demenza, come tutte le case per anziani, ma secondo me anche negli ospedali, ormai deve cambiare anche questo. Esistono già delle porte che si possono sia spingere che tirare e che si aprono comunque, sono le porte rototraslanti. Queste, in ambienti pubblici, potrebbero essere obbligatorie, rappresentando un aiuto per gli operatori al mantenimento della calma nei casi di emergenza (Foto 11-12).

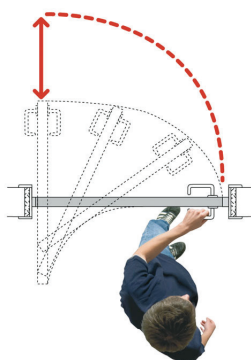


Foto 11 e 12:
porta rototraslante

In sintesi la sicurezza diventerà realmente accessibile nelle case per anziani e negli ospedali quando:

- la grafica delle indicazioni sarà ripensata più intuitiva, più grande nelle dimensioni e posizionata sempre ad altezza costante;
- saranno resi evidenti con colori e cartelli i pochi ambienti studiati per risultare sicuri in caso di emergenza, gli “spazi calmi” previsti dalla normativa, in modo da consentire a tutti di spostarsi di pochi ambienti per trovare maggiore sicurezza;
- saranno meno brutte ed evidenti tutte le porte tagliafuoco perché in edifici grandi e nell'emergenza non fanno capire se è opportuno avventurarsi lungo i passaggi che individuano. Quindi

è indispensabile che questi serramenti REI ci siano per la loro funzione di compartimentazione ma non è altrettanto necessario che gli utenti le percepiscano perché non conoscono i giusti comportamenti da attivare. Dovranno essere guidati dal personale;

- è opportuno che estintori, idranti e naspi siano posizionati, in linea di indirizzo, in locali a uso del personale e nelle posizioni strategiche per risultare realmente utilizzabili al personale addestrato e ai vigili del fuoco. Quindi molto meglio all'interno di tutti i presidi del personale che disseminati lungo i corridoi;
- verranno eliminate tutte le scritte luminose di allarme incendio nei corridoi e nei saloni e tutti gli allarmi acustici che evidenziano l'emergenza: a tutti i presenti, siano essi ospiti delle strutture ospedaliere o visitatori, non possono risultare di aiuto perché non conoscono i comportamenti da attivare e quindi non possono fare niente di sensato che risulti di aiuto a chi è preposto agli interventi adeguati.