

Anno 2, n. 5
Ottobre 2006
Registrazione del Tribunale di
Vicenza n° 1114 del 02.09.2005
Redazione: Via De Mori, 17
36100 Vicenza
tel. e fax 0444.505717

PdE

Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente

Sommario:

Editoriale

Teatro Verdi di Pordenone:
comportamenti durante
un'evacuazione

pag. 1

Un modello di procedura di
intervento psicologico in
casi di emergenza
extraospedaliera: l'esempio
di Madrid

pag. 2

La Casa di riposo che gli
anziani vorrebbero

pag. 5

Intersezioni

pag. 8

pag. 11

EDITORIALE

Come di consueto abbiamo cercato di offrirvi contenuti validi, capaci a nostro avviso di incontrare i vostri interessi: ad esempio, in Spagna quali procedure di intervento vi sono nel campo della psicologia dell'emergenza?

Prima però di lasciarvi alla lettura di questo e degli altri articoli del quinto numero di PdE, vorrei sottolineare la ristrutturazione del sito studiozuliani.net. Non si tratta solo di un restyling grafico, ma di uno sforzo per rendere i suoi contenuti più chiari e accessibili a tutti.

Sin dall'home page si nota che attorno a StudioZuliani si sono creati due poli di interessi. Il primo, più strettamente professionale, si concretizza nelle attività di consulenza, ricerca e formazione. Abbiamo scelto di mettere a disposizione relazioni più approfondite, contenuti originali, ricerche, correndo certamente il rischio di fornire indirettamente il nostro know-how, ma siamo consapevoli che la forza del nostro gruppo di lavoro risiede proprio nella capacità di affrontare ogni tema in tutte le sue sfaccettature e novità. Lungi da noi il pensiero di applicare formule ripetitive ai complessi problemi che sorgono nel campo dell'emergenza e della sicurezza.

Il secondo polo di interessi continua e approfondisce la volontà di diffusione culturale nelle aree della psicologia dell'emergenza, della sicurezza e prevenzione, dell'ambiente.

Ideale punto di incontro è questa rivista che, con i suoi 1.480 abbonati, rappresenta una giovane ma rilevante realtà a livello nazionale. Due dati sulla diffusione di PdE ci confortano in modo particolare: è letta omogeneamente su tutto il territorio nazionale e, pur presentandosi come rivista di psicologia, il 75% dei suoi lettori non sono psicologi. Altro motivo di soddisfazione le e-mail che riceviamo, ricche di spunti, riflessioni, suggerimenti. L'impegno futuro, naturalmente, è di migliorare quanto di buono è stato fatto finora.

Buona lettura.

Antonio Zuliani

PdE

Direttore responsabile

Mauro Zamberlan

Direttore scientifico

Antonio Zuliani

Redazione:

Lucia De Antoni, Roberto De Filippo.

Hanno collaborato a questo

numero: Agatino Carrolo (ingegnere, comandante provinciale VVF di Pordenone), Ilaria Corbella, Teresa Pacheco Tabuenca (psicologa SAMUR - PC Madrid), Stefano Zanut (architetto, comando VVF di Pordenone)

TEATRO VERDI DI PORDENONE: COMPORTAMENTI DURANTE UN'EVACUAZIONE

di AGATINO CARROLO, STEFANO ZANUT, ANTONIO ZULIANI

Il 6 dicembre dell'anno scorso 900 spettatori sono stati costretti a evacuare il Teatro Verdi di Pordenone: un'occasione preziosa per analizzare i loro comportamenti.

Nella serata del 6 dicembre, mentre circa 900 spettatori stavano attendendo l'inizio del musical "Pinocchio", programmato presso il teatro Verdi di Pordenone, una voce automatica li ha invitati a lasciare la sala: un'eccessiva presenza di fumo da sigaretta all'interno di uno dei camerini aveva attivato l'impianto di rivelazione fumi.

I presenti hanno abbandonato la sala senza evidenti segni di panico e dopo circa 15 minuti, una volta accertata l'infondatezza dell'allarme, sono potuti rientrare nel teatro per assistere allo spettacolo.

Il locale Comando provinciale dei vigili del fuoco ha colto l'occasione per tentare una ricognizione sui comportamenti delle persone durante l'evento, con l'obiettivo di individuare eventuali elementi di criticità da considerare nella elaborazione dei piani di emergenza ed evacuazione nei locali di pubblico spettacolo.

È stato quindi predisposto un apposito questionario, in parte inviato via e-mail agli abbonati tramite la direzione del teatro, in parte consegnato e raccolto dai vigili del fuoco stessi nell'ambito di altre manifestazioni teatrali, peraltro diffondendo l'iniziativa attraverso i media locali. Nonostante lo sforzo, solo 55 persone hanno risposto, togliendo la possibilità di condurre analisi statistiche significative, ma sufficienti per proporre alcune riflessioni utili.

Emerge subito una palese differenza tra la disponibilità a rispondere al questionario espressa dalle femmine (79%) rispetto a quella dei maschi (21%), situazione riscontrata anche nell'indagine condotta durante l'esercitazione all'ipermercato Auchan di Mestre (la relazione sull'indagine è

stata pubblicata nel secondo numero di PdE).

Quasi tutti gli intervistati (95%) si erano già recati altre volte al teatro e per l'81% erano in platea. Considerando quindi la dislocazione ambientale degli intervistati, il campione può considerarsi sufficientemente omogeneo.

Un interrogativo importante riguarda l'utilizzo, da parte della popolazione, dei segnali di emergenza, previsti dalle vigenti normative. Interessante notare come le piantine del teatro, con i relativi percorsi da utilizzare per l'evacuazione, siano state notate da una bassa percentuale di spettatori (39%), contro l'87% che ha notato la dislocazione delle uscite di emergenza. Ciò non stupisce se si considera da un lato la loro scarsa visibilità, dall'altro il loro difficile utilizzo. Chi le predispone, spesso, opera una semplice trasposizione della pianta tecnica dell'edificio senza considerare la difficoltà della sua lettura in rapporto all'orientamento spaziale (in particolare per donne, anziani e bambini) e della corretta interpretazione dei simboli utilizzati.

Il segnale di allarme è stato interpretato come falso dal 51% delle persone intervistate e come vero dal rimanente 49%. L'analisi qualitativa evidenzia che 21 donne hanno considerato vero l'allarme (50%), mentre tale percentuale scende al 36% tra i maschi. Con il crescere dell'età si tende a considerare falso il segnale. Infatti, se il 60% degli intervistati sotto i 40 anni lo considera vero, tale percentuale scende al 40% sopra i 40 anni di età.

Come ricordato in precedenza il segnale di allarme consiste in un messaggio

preregistrato, diffuso in sala. La scelta di una strategia di questo tipo presenta due aspetti rilevanti: la preregistrazione permette di costruire un messaggio meditato e "letto" con tono controllato, d'altro canto può renderlo incolore e non modulato secondo le esigenze del momento. Diventa pertanto interessante comprendere come questo specifico messaggio sia stato percepito dagli

complesso in quanto a determinare la reazione delle persone concorrono molti fattori, quali: le pregresse esperienze di emergenza, le informazioni in loro possesso sui pericoli e sulle relative procedure da seguire, il messaggio inviato, la reazione delle altre persone presenti, in relazione anche al loro ruolo nello scenario.

	comprensibile- incomprensibile	sereno – inquietante	perentorio – indifferente
Tutti	1,78	2,98	3,50
Tra chi lo ha considerato Vero	1,72	3,27	3,36
Tra chi lo ha considerato Falso	1,89	2,59	3,41
Donne	1,72	3,27	3,36

Tabella n. 1: valutazione del segnale di allarme

spettatori. Per procedere in questa analisi è stato chiesto loro di valutarlo, su di una scala a sette gradi, all'interno di tre coppie di attribuzioni:

- comprensibile – incompatibile;
- sereno – inquietante;
- perentorio – indifferente.

I risultati ottenuti sono stati i seguenti:

Premesso che il risultato medio atteso era 3, possiamo osservare come il messaggio sia stato omogeneamente comprensibile. Per quanto riguarda gli altri due binomi, si continua a riscontrare un'omogeneità nei risultati, anche se la loro collocazione si sposta più decisamente sulla linea mediana degli estremi valutabili.

In tutte le situazioni di allarme, quando viene inviato un messaggio di emergenza il problema di fondo risiede nel fatto che a tale comunicazione sia attribuita fondatezza, e che le persone si comportino di conseguenza. Questo è un tema molto

Le reazioni di persone significative o di riferimento, ad esempio i Vigili del Fuoco o il personale del teatro, possono determinare o controllare le possibili reazioni da panico. La tabella seguente riporta le analisi alcune di queste variabili.

Da notare che l'elemento più determinante, per coloro che hanno ritenuto vero l'allarme, è rappresentato dalle persone con cui si era andati a teatro, mentre è rappresentato dal comportamento dei Vigili del Fuoco

per coloro che lo hanno ritenuto falso. Ciò sembra indicare due aspetti, peraltro già conosciuti.

In primo luogo la forza del gruppo dei pari nel determinare le reazioni dei singoli e dall'altro la capacità rassicurante determinata dall'atteggiamento di coloro che vengono

	Segnale stesso	Le persone con cui sono andato a teatro	Il personale di servizio del teatro	Le altre persone	I Vigili del Fuoco
Tutti	2,13	3,42	3,33	3,94	2,23
Vero	1,80	1,61	3,35	4,13	2,52
Falso	2,29	3,68	3,32	3,75	1,91

Tabella n. 2: elementi di conferma del segnale di allarme

considerati esperti o, comunque, detentori di un sapere e di una possibilità di intervento, come sono stati giudicati, in questo caso, i Vigili del Fuoco. Se poco si può operare sulla reazione della folla, molto si può fare sull'atteggiamento che assumono i

soccorritori nei loro interventi; atteggiamento che risulta essere un significativo elemento di controllo comportamentale della situazione.

Ogni persona coinvolta in una situazione di emergenza e, quindi, indotta ad assumere un comportamento improvviso ed inatteso, è spinta a ricercare una conferma sulla correttezza dei suoi comportamenti. Nel caso in esame (come si evince dalla tabella n. 3) si è riscontrato che l'aspetto che ha maggiormente indotto le persone a considerare falso il segnale è stato il comportamento del personale del teatro, ad

	Cartelli segnaletici	Da altre persone	Dai Vigili del Fuoco	Dal personale del teatro	Dalla mia conoscenza della struttura
Tutti	22,86	40,00	42,86	48,57	34,29
Vero	24,00	44,00	44,00	44,00	40,00
Falso	22,22	33,33	44,44	66,67	22,22

Tabella n. 3: fattori di conferma dei propri comportamenti

ulteriore conferma di quanto detto in precedenza sul ruolo fondamentale delle persone a cui viene attribuito uno specifico ruolo nel determinare la stessa percezioni degli altri. Ancora una volta entra in gioco il fattore formazione di tale personale, che non può ridursi a meri aspetti tecnici, ma deve comprendere anche specifici contenuti relazionali e comportamentali, da adottare in caso di emergenza. Anche in questo caso il medesimo risultato è stato riscontrato nella ricerca condotta all'Auchan di Mestre (Ve), ricordata in precedenza.

L'importanza legata agli atteggiamenti assunti dal personale "esperto" porta alla domanda di quali possano essere i fattori relativi alla loro identificazione, in questo caso, da parte degli spettatori. Tale identificazione è stata possibile attraverso l'abbigliamento (69%).

Rimangono altre due aspetti da esaminare: le reazioni emotive vissute durante l'evacuazione e le indicazioni che questi

spettatori possono fornire per predisporre un futuro piano di emergenza.

Relativamente alle sensazioni vissute sono stati proposti una serie di binomi di emozioni (paura – tranquillità, insicurezza – sicurezza, fiducia – diffidenza) da valutare attraverso una scala di sette gradi. Si evidenzia come sia riferita una sostanziale tranquillità, come la sicurezza sia stata elevata, mentre è ricordata una tendenziale diffidenza verso quello che stava accadendo: d'altra parte l'esperienza dell'evacuazione, seppur condotta in modo sostanzialmente tranquillo,

non è comune data anche la scarsa propensione alle esercitazioni, presente nel nostro Paese.

Emergono degli utili consigli dalle indicazioni fornite dagli spettatori che hanno

partecipato all'indagine, in merito alle circostanze che possono indurre il panico in una situazione come quella vissuta (tabella n.4).

	Tutti	Segnale vero	Segnale falso
Mancanza di informazione	37,74	33,33	46,15
Il non sapere da quale parte uscire	45,28	51,00	46,15
L'assenza di personale che indichi che cosa fare	49,06	58,33	46,15
Il fatto che vi siano altre persone agitate	54,72	70,83	46,16
Il non conoscere il luogo nel quale ci si trova	22,64	16,67	30,77
Il non aver mai fatto una prova di evacuazione	30,19	33,33	30,77

Tabella n. 4: aspetti che possono aumentare la possibilità di una reazione di panico.

UN MODELLO DI PROCEDURA DI INTERVENTO PSICOLOGICO IN CASI DI EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA: L'ESEMPIO DI MADRID

di Teresa Pacheco Tabuenca*

".... dopo i poliziotti, le ambulanze e i pompieri, adesso arrivano puntualmente sul luogo dell'incidente un'equipe di psicologi pronti a raccogliere da terra anche le anime che si sono rotte...."

La procedura di intervento nel campo della psicologia dell'emergenza che presentiamo, è stata avviata in Spagna nella città di Madrid e si inserisce all'interno di un servizio di emergenza extraospedaliera in risposta a tutti quegli eventi, che avvengono sulla strada, nelle istituzioni e nei locali pubblici.

Questo servizio, che inizialmente svolgeva una funzione puramente sanitaria, considerò necessario integrare le sue funzioni, aggiungendo un'equipe di 6 psicologi, specializzati nell'emergenza, affinché lavorassero tutti i giorni dell'anno, secondo turni di 24 ore. Grazie a questa iniziativa, il servizio è diventato uno tra i primi a dare vita ad un'equipe di lavoro multidisciplinare, dove si presta, congiuntamente e parallelamente, un intervento sia medico che psicologico.

L'azione di questa equipe di psicologi si concretizza nell'area:

- di intervento psicologico in situazioni d'emergenza: sviluppare procedure adeguate, intervenire nella parte operativa del servizio in determinati accadimenti traumatici, assistere i pazienti a cui si sta prestando soccorso, coordinare gli interventi della squadra di psicologi volontari della Protezione Civile, collaborare con altre istituzioni e attività di formazione e ricerca;
- di intervento psicosociale in caso di catastrofi: progettare e attuare procedure di intervento in catastrofi o accadimenti di ampia significatività;
- di sostegno psicologico alle squadre di soccorritori (sanitari, pompieri e polizia).

Il modello di intervento psicologico impiegato, basandosi sui principi dell'intervento in situazioni di crisi, offre una risposta da un punto di vista psicologico, assistendo "in situ" uno o più individui che, dinanzi a un evento critico e/o traumatico (incidente stradale, tentato suicidio, incendio, esplosione, infarto, l'aver assistito alla sofferenza e/o alla morte di un'altra persona, morte di una persona cara, ecc.) potrebbero iniziare un processo per cui il soggetto, in un enorme sforzo adattivo, finisce per entrare in una spirale di azioni e atteggiamenti disadattivi, che nel tempo possono portare a diversi problemi psicologici e fisici, oppure alla risoluzione del problema e allo sviluppo personale dell'individuo. Per questo motivo, l'intervento in situazione di "crisi" deve avvenire subito dopo di un accadimento traumatico, prima che il processo di elaborazione dell'evento possa risolversi in modo positivo o negativo.

L'obiettivo dell'intervento è quello di:

- minimizzare l'impatto psicologico nel tempo immediato;
- favorire un adeguato confronto con la situazione critica, evitando gli aspetti di disorganizzazione e confusione e potenziando invece le capacità individuali di problem solving dinanzi a situazioni ad alto contenuto emotivo e, quindi, potenzialmente generatrici di stress;
- ridurre la possibilità che si sviluppi un disturbo psicopatologico in quelle persone che sono state coinvolte in un evento traumatico e inaspettato in qualità di pazienti diretti o indiretti, come familiari, amici, parenti, ecc.

Le situazioni di emergenza quotidiana, nelle quali lo psicologo interviene, presentano delle caratteristiche particolari in quanto si tratta di accadimenti dove:

- a) esiste un rischio personale e di tutto l'ambiente circostante, per cui l'auto-protezione diventa un elemento vitale per tutte le persone coinvolte ;
- b) le situazioni, dove vi è una richiesta di aiuto e attenzione immediata, sono di elevato impatto emotivo ,sia per i pazienti, sia per il personale di pronto soccorso;
- c) lo scenario di lavoro è particolare: non si può disporre della comodità di una postazione fissa, come gli ambulatori, né si ha l'opportunità di somministrare test o questionari, che agevolano il processo diagnostico. Il lavoro si realizza nel "qui e ora", mettendo in atto tutte le strategie e le risorse di cui lo psicologo dispone, nonostante si trovi a operare in situazioni come una strada, senza un rifugio e, talvolta, in condizioni meteorologiche avverse.

Fasi della procedura di intervento

1. Avviene una chiamata al Centro di Comunicazioni di Samur-Protezione Civile, dove gli operatori, tecnici specializzati in emergenza medica, registrano i dati dell'accadimento ovvero le persone coinvolte, il loro sesso, l'età, eventuali patologie e il loro stato attuale di salute fisica e mentale.
2. Attivazione della risorsa adeguata: sanitari e/o psicologi.
3. Nel caso si ritenga opportuno, lo psicologo si dirigerà sul luogo dell'accaduto con un veicolo di intervento rapido, insieme ad un tecnico in emergenze mediche.
4. Bisogna aggiungere che tutti i componenti dell'equipe di psicologi sono anche tecnici in emergenze mediche, il che fa sì che, in determinate occasioni, si possa realizzare una valutazione primaria

5. e un intervento di primo soccorso anche a livello medico.
6. L'intervento psicologico si divide in differenti fasi:
 - fase preliminare: raccogliere informazioni e valutare la scena dell'accaduto;
 - fase di intervento psicosociale: si stabilisce un contatto con il paziente, cercando di trovargli un luogo tranquillo e sicuro, nella misura in cui ciò sia possibile; poi, per stabilire le priorità di intervento psicologico o psicosociale, si realizzerà una valutazione rapida dello stato psicologico del paziente, cercando di identificare sintomi di alterazione cognitiva, emotiva, fisiologica e comportamentale e, in caso sia necessario, una valutazione medica;
 - fase di intervento psicologico di emergenza propriamente detto: in base al tipo di accadimento, avremo come obiettivo la diminuzione dello stato d'ansia elevato, così come dello stato di confusione e disorganizzazione, il sostegno psicologico al medico impegnato nella comunicazione di notizie drammatiche, la normalizzazione dei sintomi, la facilitazione dell'accettazione della realtà così come dell'elaborazione dei vissuti di perdita, la massimizzazione di strategie di affronto della crisi, la prevenzione di forme di contagio emotivo, il sostegno alla ricerca di soluzioni e alla presa di decisioni, l'attivazione della rete di appoggio sociale;
 - fase finale: si compilerà un documento di assistenza psicologica con i dati del paziente assistito, con riferimenti alla sua storia clinica e relativi dati anamnestici, valutazione e

intervento realizzato, eventuali osservazioni.

6. Monitoraggio dei pazienti assistiti. Si sono elaborati dei criteri tecnici, attraverso i quali lo psicologo decide se il paziente assistito entra nel processo di monitoraggio. Si segue il paziente per via telefonica e si monitora il suo stato attraverso un'intervista semistrutturata, disegnata dall'equipe per poter avere un feedback dello stato di salute mentale del paziente dopo l'intervento e per poterlo inviare alla rete assistenziale socio-sanitaria, in caso lo si reputi necessario, affinché sia preso in carico in forma continuata.

In questo modello di Procedura di Intervento Psicologico in caso di emergenza quotidiana e catastrofi, l'equipe offre una risposta ai seguenti accadimenti: incidenti stradali, investimenti, incidenti di motociclette, macchine, autobus, arresto cardiorespiratorio, tentato suicidio in corso o consumato, crisi d'ansia, violenze sessuali, abuso o maltrattamento di minori, scontro fra treni, sciopero della fame, comunicazione di notizie tragiche e di decessi, donatori di organi, incendi, soccorritori feriti, minacce di attentato, attentati e accadimenti di grandi dimensioni.

Questa procedura si applica da due anni e mezzo per cui disponiamo già di dati significativi.

Per quanto riguarda l'emergenza quotidiana, si sono realizzati 1218 interventi, per un totale di 1893 persone assistite.

Una riflessione a parte merita il lavoro realizzato l'11 di marzo del 2004, dove Samur-Protezione Civile fu responsabile della coordinazione dell'intervento psicologico, tenutosi presso alcuni padiglioni della fiera di Madrid (IFEMA).

Il lavoro di coordinazione ha avuto principalmente le seguenti funzioni:

1. accoglienza e raccolta di dati delle famiglie e degli psicologi di altre

Istituzioni (Croce Rossa, Collegio ufficiale degli psicologi, Servizio di salute mentale).

2. Distribuzione e assegnazione di compiti di sostegno psicologico.
3. Collaborazione con la polizia scientifica in diversi interventi.
4. Accompagnamento delle famiglie nel processo di ricostruzione del Dna e del riconoscimento dei cadaveri, oggetti e foto.
5. Organizzazione di sale e creazione di stanze "intime" per il raccoglimento emotivo delle persone che hanno perso dei cari.

In questa circostanza si assistettero più di 200 famiglie (ovvero 5000 persone). Questo fu il risultato di un lavoro congiunto fra le diverse istituzioni sopraccitate. In seguito, si assistettero individualmente, o attraverso l'istituzione di gruppi terapeutici, 75 operatori sanitari di Samur-PC e 141 pompieri.

Quest'anno si sono assistiti inoltre 64 operatori che sono andati in aiuto della popolazione indonesiana e pakistana, in seguito alle catastrofi naturali. L'intervento si è centrato sulla valutazione dello stato emotivo, sull'identificazione della sintomatologia legata a una lunga esposizione a situazioni potenzialmente traumatiche, così come sulla valutazione dell'idoneità a livello psicologico degli operatori alla ripresa del proprio lavoro.

Con la presentazione di questo modello, si vuole far arrivare ai professionisti del campo dell'emergenza l'idea di quanto sia importante un lavoro multidisciplinare, dove la figura professionale dello psicologo assume una notevole rilevanza.

Ci auguriamo che la nostra esperienza possa stimolare la creazione di servizi con caratteristiche simili.

*** Psicologa esperta in Psicologia dell'emergenza. SAMUR – PC. Madrid (Spagna)**

**** Traduzione: Ilaria Corbella. Psicologa.**

LA CASA DI RIPOSO CHE GLI ANZIANI VORREBBERO

di LUCIA DE ANTONI *

Primi risultati di una ricerca dell'IPAB Proti Salvi Trento di Vicenza, finalizzata a raccogliere desideri, consigli, idee di un gruppo di anziani non autosufficienti, in previsione di una ristrutturazione della struttura che li ospita

Nell'agosto di quest'anno il servizio di psicologia dell'IPAB Proti Salvi Trento di Vicenza, ente assistenziale rivolto prevalentemente agli anziani, ha dato l'avvio, in accordo con l'amministrazione dell'ente, ad un progetto di ricerca coinvolgendo un gruppo di ospiti, non autosufficienti, delle residenze Salvi e Trento, in previsione di una ristrutturazione o rinnovo completo di tali strutture.

L'obiettivo del progetto, attraverso l'utilizzo di colloqui di ricerca, è stato raccogliere direttamente dagli utenti delle strutture i loro desideri, i loro consigli, le loro idee, su come dovrebbe essere organizzata, soprattutto dal punto di vista ambientale, una casa di riposo. Questo per poter identificare, nel miglior modo possibile, i bisogni, le preferenze individuali, le abitudini di ciascuno, ripensando anche alle abitudini e allo stile di vita precedente l'inserimento.

Nei colloqui di ricerca, oltre ai desideri riguardanti le caratteristiche fisiche di determinati ambienti (es. camera da letto, stanza da bagno, sala da pranzo, spazi esterni), anche in termini di arredi, luci, colori, eccetera, si è cercato di esplorare le preferenze degli anziani circa i tempi, gli orari di una giornata tipo (colazione, pranzo, cena, ecc.), le attività che vorrebbero svolgere, senza tralasciare di informarsi con chi vorrebbero svolgere queste attività. Infine, è stato chiesto loro di esprimere un'opinione sulle caratteristiche che dovrebbero possedere le varie figure professionali che operano all'interno della struttura: un'adeguata progettazione fisica, infatti, non

può prescindere dalle persone che vi operano.

Filo conduttore di questo progetto, soprattutto per quanto riguarda l'assetto e le caratteristiche ambientali, è che costruire o rinnovare un edificio non implica tenere in considerazione solo i criteri funzionali, ma significa anche garantire delle forme che tengano conto dei processi psicologici e sociali delle persone che vivono all'interno, e che, per fare questo, è indispensabile coinvolgere il destinatario e l'utilizzatore dell'edificio fin dalle prime fasi di ideazione e progettazione. È confermata, infatti, l'opportunità di instaurare una collaborazione tra mondo architettonico e mondo psicologico al fine di comprendere, prima di tutto, e poi sfruttare adeguatamente, i legami tra ambiente architettonico e comportamento umano.

Fin dalla seconda guerra mondiale alcune branche della psicologia si sono concentrate sulla relazione esistente tra ambiente, sia fisico che sociale, e comportamento umano. Negli anni '60, infatti, si è cominciato a porre attenzione soprattutto al grado e al tipo di influenza che un determinato ambiente, in particolare quello ospedaliero e residenziale, poteva avere sul suo fruitore.

All'interno di quel particolare tipo di progettazione che viene chiamata "progettazione sociale", il coinvolgimento diretto degli utenti costituisce un fattore fondamentale per migliorare l'abitabilità e la vivibilità degli edifici. Questo significa, come è ampiamente sottolineato nella letteratura di

riferimento, lavorare *con* la gente, piuttosto che *per* la gente. Il loro coinvolgimento permette di realizzare un ambiente in grado di rispondere maggiormente alle loro esigenze e richieste. Anche nella progettazione di tipo residenziale può succedere che la costruzione assuma un significato diverso per l'architetto e il non-architetto. I criteri utilizzati nella valutazione, infatti, possono risultare diversi perché diverse sono le aspettative. Un edificio deve essere il più possibile conforme a quello che è l'uso che verrà fatto dai suoi utenti, principalmente.

All'interno di una struttura per anziani lavorano anche varie figure professionali, con esigenze tecniche specifiche, e diverse immagini valutative dell'ambiente. Una struttura ben progettata deve certamente cercare di essere il più funzionale possibile, per non costringere il personale a svolgere funzioni inutili o ad allungare i tempi, ma deve sempre considerare l'utente in maniera globale, come una persona con esigenze, emozioni e necessità uniche, siano esse sanitarie e no.

Devono essere certamente garantite efficacia ed efficienza, ma è necessario ricordare che il vero fruitore, il vero utente, colui che ha dovuto lasciare la sua abitazione, molte volte per problemi di salute, e che ora è inserito in una struttura, necessita di misure organizzative, gestionali e ambientali che gli permettano di salvaguardare l'integrità della sua persona. Ambienti, spazi e volumi possono realmente diventare il tramite delle azioni e dei rapporti umani, influenzando comportamenti, stati d'animo, attività e modalità di relazione.

Le esperienze, molte delle quali all'estero, testimoniano che un impegno di tale genere è possibile. È anche vero, però, che non ci si può limitare ad acquisire modelli standardizzati di strutture già sperimentate, specialmente se inserite in culture di appartenenza diverse da quella italiana. Soluzioni che fanno riferimento alla propria cultura sono più facilmente leggibili,

soprattutto da chi si trova in una condizione di fragilità.

Una prima valutazione

L'analisi dei dati non è ancora ultimata, ma dai risultati raccolti finora si possono trarre degli spunti di riflessione.

Gli anziani coinvolti hanno espresso il desiderio di una camera da letto:

- singola o tale da ospitare al massimo 2-3 persone (non di più);
- confortevole;
- con armadi ampi e personalizzabili;
- con un'illuminazione simile a quella di casa, attraverso lampadari classici e non al neon, azionabili in maniera autonoma;
- con colori tenui alle pareti;
- dotata di finestre o terrazze che consentano la vista sul mondo esterno e su spazi verdi.

La stanza da bagno dovrebbe essere:

- riservata solo alle persone che occupano quella data camera, per garantire il più possibile la privacy;
- personalizzabile e tale da contenere solo gli oggetti propri dell'anziano;
- dotata di presidi adeguati, e con arredi che consentano di posizionare e identificare facilmente i vari oggetti.

Le pareti dovrebbero essere di colori pastelli, ma non sembra prevalere alcuna preferenza particolare per quanto riguarda le tonalità cromatiche degli arredi sanitari.

Altri servizi igienici potrebbero trovare posto al di fuori della camera da letto, per essere a disposizione dei familiari o del personale.

Passando quindi alla sala da pranzo, secondo gli anziani dovrebbe essere:

- ampia e spaziosa;
- di dimensioni tali da consentire di mangiare in compagnia;
- arredata con tavoli che possano accogliere al massimo 2-4 persone;
- con un'illuminazione simile a quella di casa, attraverso lampadari classici e non al neon.

Emerge chiaramente il desiderio di condividere la tavola con persone simili, per

caratteristiche e condizioni, in modo da instaurare un rapporto il più possibile alla pari.

Il contenuto dei colloqui ha confermato l'importanza del momento dei pasti, dove gli aspetti ambientali e organizzativi rivestono un ruolo cruciale. Per esempio, le credenze non devono costituire solo un abbellimento estetico, ma devono essere utilizzate per quella che è la loro reale funzione (contenere piatti, bicchieri, stoviglie, tovaglie, ecc.). Alcuni anziani hanno anche fatto notare che in una normale abitazione la cucina si trova solitamente vicina alla sala da pranzo, e dalla cucina non provengono solo i cibi, ma anche odori, suoni e rumori caratteristici. Questi sono effettivamente elementi che, nella normale vita di tutti i giorni, contribuiscono a scandire i ritmi dei pasti, a creare una determinata atmosfera, ma che spesso in una casa di riposo sono sostituiti da soluzioni più efficienti dal punto di vista organizzativo.

È stato chiesto, quindi, se apprezzerrebbero la presenza di altri spazi. Molti hanno nominato il giardino, un giardino con:

- tavolini, sedie comode e panchine;
- percorsi delineati con corrimani;
- aree coperte o gazebo per poter uscire nonostante la pioggia;
- alberi da frutta e fiori colorati.

Sono state nominate anche vasche con pesci e una piscina, ideale, specialmente secondo uno di loro, per l'idroterapia, che "dovrebbe portare molti benefici per i dolori muscolari".

Rispetto all'organizzazione degli orari i desideri espressi sono:

- alzarsi non prima delle 7.00;
- fare colazione dalle 7.00 alle 9.00;
- pranzare fra mezzogiorno e mezzogiorno e mezzo;
- dopo pranzo poter decidere di andare a riposare, per lo più nella propria camera;
- cenare verso le 18.30 e le 20.00, in modo tale da poter assistere poi a qualche programma televisivo, specialmente il telegiornale, e non

"andare a letto quando i bambini sono ancora svegli".

Oltre al guardare la televisione, sono state segnalate altre attività da svolgere, sempre in ambienti tranquilli e con persone con cui poter instaurare una relazione alla pari. Questo spesso si scontra con le esigenze di orario espresse dal personale e, come da una ricerca condotta nello stesso Ente, anche dai familiari.

Riguardo al cibo, è stata espressa la preferenza per pietanze:

- tradizionali, come, per esempio, pasticcio o pollo arrosto;
- cucinate in maniera genuina, seguendo la ricetta originale;
- preparate con ingredienti di qualità e verdure fresche, verdure "di colori diversi tra loro perché così apportano diversi tipi di vitamine".

Durante le ultime fasi del colloquio è stato chiesto di esprimere un parere su quali sono o potrebbero essere delle attività da svolgere durante il pomeriggio o la mattinata, o eventuali interessi. È stato segnalato:

- guardare la televisione;
- lavorare ai ferri;
- leggere libri o ascoltare la loro lettura (libri adeguati per contenuti alla loro età);
- uscire per passeggiate, gite, o per il tradizionale mercato cittadino.

Come è già stato sottolineato, all'interno di una casa di riposo operano diverse figure professionali, e, fra tutte, gli anziani hanno attribuito la massima importanza alla figura dell'operatore socio-sanitario che dovrebbe:

- essere preparato professionalmente;
- essere gentile, educato e "di cuore";
- possedere la capacità di "stare con l'anziano".

Si sono riferiti ad altre figure professionali solo nel caso gli sia stato richiesto direttamente.

Questi dati, seppure parziali, sottolineano la richiesta di ambienti familiari, progettati, arredati e organizzati in maniera simile a

quella di una normale abitazione. Gli ambienti devono trasmettere un senso di calore e di accoglienza, anche attraverso i colori e l'illuminazione. Diventano così ambienti più facilmente leggibili, in cui ciascuno può mantenere la sua individualità, la sua identità e le sue capacità residue, compresa quella decisionale. Ogni ambiente deve poter consentire e facilitare una comunicazione con il mondo esterno, con la "vita".

Nelle loro osservazioni, gli anziani fanno anche capire che la presenza di determinati ambienti, con determinate caratteristiche, non sarebbe utile solo a loro, ma pure ai familiari. Per esempio, la presenza di giardini attrezzati eviterebbe al familiare in visita di rimanere necessariamente all'interno della struttura.

Durante questi colloqui a segnalazioni molto precise e dettagliate si sono rilevati, però,

anche segnali e affermazioni che indicano, da parte di alcuni di loro, una dolorosa rassegnazione alla situazione attuale.

Una progettazione ambientale e organizzativa che tenga conto anche solo di alcuni dei suggerimenti espressi da questo gruppo di anziani, necessita indubbiamente molto impegno, tempo e collaborazione, ma non per questo si deve evitare di affrontarla. L'ambiente assume un ruolo crescente nella determinazione del benessere, soprattutto quando la competenza individuale diminuisce. Un miglioramento ambientale, anche se piccolo, può produrre un grande miglioramento e, soprattutto, contribuisce ad inviare a questi anziani il messaggio che sono loro al centro dell'attenzione, come persone e individui nel senso globale del termine.

INTERSEZIONI



“Manuale di psicologia dell'emergenza”
di Antonio Zuliani
Maggioli Editore (275 pp 28 €)

Il “Manuale di psicologia dell'emergenza” edito da Maggioli Editore non solo presenta le principali teorie di riferimento della Psicologia dell'emergenza, ma offre suggerimenti operativi per le attività sul campo a favore delle vittime, finalizzate all'attenuazione delle loro sofferenze psicologiche.

Analogamente viene posta una precisa attenzione ai soccorritori con indicazioni su come affrontare questo lavoro, sia esso di natura professionale o volontaria, senza pagare prezzi emotivi troppo elevati.

L'autore, Antonio Zuliani, psicologo psicoterapeuta, offre così la sua pluriennale esperienza nell'ambito del soccorso a vittime di catastrofi in Italia e all'estero, operando a fianco di tanti soccorritori.

L'ultimo capitolo del libro si sofferma sul tema estremamente delicato della comunicazione di una morte improvvisa ai familiari della vittima. Per la gestione di questo tragico momento l'autore propone il primo protocollo italiano, proteso all'accoglimento della sofferenza delle persone coinvolte, siano esse vittime o soccorritori.

Con la lettera circolare n. P880/4122 del 18 agosto 2006 (La sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro ove siano presenti persone disabili: strumento di verifica e controllo -

check-list), il Ministero dell'Interno, Dipartimento dei Vigili del Fuoco, Soccorso Pubblico e Difesa Civile, ha proposto un interessante strumento di analisi per identificare le criticità ambientali connesse con la presenza di persone disabili nei luoghi di lavoro.

La sua peculiarità non consiste tanto nei contenuti tecnici, una sintesi coordinata tra le norme di prevenzione incendi e quelle sull'accessibilità, quanto sulle modalità con cui questi sono stati riletti e riproposti: le indicazioni prescrittive tipiche della norma si sono trasformate in analisi delle prestazioni compiute durante l'evacuazione, dove le azioni individuali interagiscono con le condizioni ambientali.

Trovano quindi piena considerazione le indicazioni dell'ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, approvata dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2001 e accettata da 191 paesi, inclusa l'Italia, in cui viene promosso un approccio alla disabilità di tipo "bio-psico-sociale", in una prospettiva coerente delle diverse dimensioni della salute a livello biologico, individuale e sociale.

Considerare quindi le diverse prestazioni connesse con la percezione, la mobilità, l'orientamento e l'individuazione delle operazioni da compiere, in caso di emergenza, significa superare standard, sovente rigidi e preconetti, e riconoscere le diversità umane come risorsa, opportunità e ricchezza, disponibili ad incrementare la qualità dei luoghi di lavoro nei termini di una sicurezza per tutti.

Altro elemento di particolare interesse sono le modalità con cui queste linee guida sono state elaborate: il diretto coinvolgimento degli interessati tramite i loro rappresentanti istituzionali, che ha permesso di integrare le conoscenze tecniche dei vigili del fuoco con esperienze delle persone disabili.

La nuova direttiva rappresenta quindi un'indubbia innovazione nel panorama normativo sulla sicurezza, che pongono il nostro paese ad un livello di eccellenza in campo internazionale.

Sul sito istituzionale dei vigili del fuoco (www.vigilfuoco.it) è disponibile una versione completa della check-list ed altra documentazione relativa alla sicurezza delle persone disabili in caso d'incendio nell'ambito di uno spazio dedicato a "sicurezza insieme".

Numeri arretrati di PdE

Molti abbonati ci richiedono come avere i numeri arretrati della rivista. Per rispondere a queste richieste dal sito www.studiozuliani.net sarà possibile scaricare i numeri usciti da più di sei mesi.