



Con il patrocinio di:

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia



In collaborazione con:



CONSULTA REGIONALE



impaginazione
Francesco Bernasconi

© copyright Edizioni Università di Trieste, Trieste 2015

Proprietà letteraria riservata.
I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale e parziale di questa pubblicazione, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm, le fotocopie e altro) sono riservati per tutti i paesi.

ISBN 978-88-8303-644-6 (print)
eISBN 978-88-8303-645-3 (online)

EUT - Edizioni Università di Trieste
Via E. Weiss, 21 - 34128 Trieste
<http://eut.units.it>
<https://www.facebook.com/EUTEdizioniUniversitaTrieste>

Sicurezza accessibile
La sicurezza
tra salute mentale
e disabilità intellettive
Strategie per migliorare
approcci e comunicazione
in caso di emergenza
Giornata di studi
Trieste, 23 ottobre 2013
a cura di
Giorgio Scip



Giornata di studi

“SICUREZZA ACCESSIBILE”

LA SICUREZZA TRA SALUTE MENTALE E DISABILITÀ INTELLETTIVE
strategie per migliorare approcci e comunicazione in caso di emergenza

MERCOLEDÌ 23 OTTOBRE 2013

Aula De Finetti Edificio D - I piano - Campus di piazzale Europa, 1 - Trieste

PROGRAMMA

INDIRIZZI DI SALUTO

- 14.00 Saluto Autorità**
Francesca LARESE - Delegato del Rettore per la Qualità degli ambienti e delle condizioni di lavoro, salute e sicurezza dei lavoratori
Patrizia ROMITO - Delegato del Rettore per il Riequilibrio delle opportunità, necessità didattiche speciali e disabilità
Roberta TARLAO - Assessore alle Politiche Giovanili, Politiche Sociali, Disabilità e Immigrazione Provincia di Trieste
Fabio SAMANI - Direttore Generale ASS n.1 Triestina
Vincenzo ZOCCANO - Presidente Consulta Regionale Disabili

INTERVENTI

- 14.20 Introduce**
Giorgio SCLIP
 Responsabile Servizio Prevenzione, Protezione e Disabilità
 Università degli Studi di Trieste - membro del Focal Point per l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro
SicurezzaAccessibile: la sicurezza per tutti tra buone pratiche e opportunità

I SESSIONE: SICUREZZA E SALUTE MENTALE

- Modera*
Assunta SIGNORELLI Direttrice DSM - ASS n. 1 Triestina
- 14.40 Assunta SIGNORELLI** - ASS n. 1 Triestina
Salute mentale, stigma, pregiudizio e sicurezza: conoscere è strategico
- 15.00 Novella COMUZZI** - Rappresentante "Articolo 32" Gruppo di protagonismo per il diritto alla salute mentale
Salute mentale, stigma, pregiudizio e sicurezza: il punto di vista delle persone con problemi di salute mentale
- 15.20 Antonino RIOLO** - Psichiatra Centro di salute mentale ASS1
Salute mentale: la clinica orienta o disorienta?
- 15.40 Laura TACCA** - Psicologa Centro di salute mentale ASS1
Salute mentale, sicurezza e valutazione dei rischi: quali criticità nell'accesso al diritto ad essere aiutati. Come progettare una sicurezza inclusiva?

- 16.00 Livia BICEGO** - Dirigente Infermieristica DSM-ASS1 Triestina
Salute mentale, situazioni critiche, strategie comunicative e pratiche. Operatori addetti alla sicurezza e il ruolo di affiancamento. Percepire sicurezza

pausa

II SESSIONE: SICUREZZA E DISABILITÀ INTELLETTIVE

- Modera*
Corrado NEGRO - Medico Competente Università di Trieste
- 17.00 Michele FRANZ** - Centro Regionale di Informazione e formazione sulle Barriere Architettoniche
Sicurezza e accessibilità: requisiti essenziali per una progettazione attenta alle esigenze delle persone con disabilità mentale
- 17.20 Stefano ZANUT** - Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Pordenone
Disabilità mentale tra sicurezza e soccorso: l'esperienza dei Vigili del Fuoco
- 17.40 Alessia GIORGIUTTI** - Progettista del Laboratorio di Architettura Angiolini di Trieste
Le specifiche problematiche della sicurezza nelle case di riposo per persone anziane con problemi di demenza e Alzheimer
- 18.00 Cinzia RAFFIN** - Presidente della Fondazione Bambini & Autismo di Pordenone
Soccorso alle persone con Disturbi dello Spettro Autistico: dalla conoscenza della sindrome alle modalità di intervento
- 18.20 Massimo ZUCCHIATTI** - Associazione Down Friuli Venezia Giulia Sezione di Udine
Pianificare l'Emergenza di Persone con sindrome di Down: dalla conoscenza della Sindrome alle modalità di intervento
- Domande e confronto**
- 19.00 Conclude**
Carlo DALL'OPPIO
 Comandante Provinciale Vigili del Fuoco di Trieste

Con il patrocinio di:

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia



In collaborazione con:



PER INFORMAZIONI

Servizio Prevenzione, Protezione e Disabilità
 prevenzione@units.it - Tel. 040 558 3553/3086/3255



Sommario

- Giorgio Sclip*
9 “Sicurezza Accessibile”:
la sicurezza per tutti
tra buone pratiche
e opportunità
- Assunta Signorelli*
19 Sicurezza tra salute
mentale e disabilità
intellettiva: strategie
per migliorare approcci
e comunicazione in caso
di emergenza
- Antonino Riolo*
23 Salute mentale: la clinica
orienta o disorienta?
- Livia Bicego*
31 La sicurezza
tra salute mentale
e disabilità intellettive
- Michele Franz*
Valentina Cainero
39 Sicurezza e accessibilità:
requisiti essenziali
per una progettazione
attenta alle esigenze delle
persone con disabilità
intellettive
- Stefano Zanut*
53 Disabilità mentale
e soccorso: l’esperienza
dei Vigili del Fuoco
- Enzo Angiolini*
59 Le specifiche
problematiche della
sicurezza nelle case
di riposo per persone
anziane con problemi
di demenza e Alzheimer
- Sabrina Burato*
69 Soccorso alle persone
con Disturbi dello spettro
Autistico: dalla conoscenza
della sindrome alle
modalità di intervento
- Massimo Zucchiatti*
79 Pianificazione delle
Emergenze con le
persone con “sindrome
di Down”
- Carlo Dall’Oppio*
101 Conclusioni

“Sicurezza Accessibile”: la sicurezza per tutti tra buone pratiche e opportunità

GIORGIO SCLIP

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE, PROTEZIONE E DISABILITÀ

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

MEMBRO DEL FOCAL POINT

PER L'AGENZIA EUROPEA PER LA SICUREZZA E LA SALUTE SUL LAVORO

LA NORMALITÀ CONTIENE L'ECCEZIONE

Abbiamo tutti bisogno di regole di abitudini che ci rassicurino del regolare corso delle nostre vite, ma sono le eccezioni che rendono più umane le nostre vite. Eccezioni che bisogna saper gestire con intelligenza e creatività. Questo vale in generale nella quotidianità, così come durante la gestione di un'emergenza.

Parlare di salute mentale e disabilità intellettiva, accostando questo tema alla sicurezza intesa come tutela della persona può sembrare un'inutile alchimia piuttosto che un difficile tentativo di indagare su tematiche che non hanno poi apparentemente concrete ricadute. In realtà non è così. Due citazioni illuminate possono aiutare a capire perché: la prima, attribuita a Franco Basaglia, recita “visto da vicino, nessuno è normale”; la seconda “abituarsi alla diversità dei normali è più difficile che abituarsi alla diversità dei diversi” di Giuseppe Pontiggia. Come a dire che a parte le forme di disabilità codificate ed evidenti a tutti, per le quali si sono già indi-

viduate delle modalità per garantire la tutela della persona, vi è un mondo inesplorato o comunque molto poco conosciuta, sul quale merita certamente una approfondita riflessione.

Riflessione che deve poi inevitabilmente portare a garantire un accomodamento ragionevole¹, ossia all'individuazione e adozione di quelle modifiche e adattamenti necessari ed appropriati, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali sulla base dell'eguaglianza con gli altri. Questo in conseguenza al principio che pur essendo diverse, tutte le persone hanno diritto di essere tutelate per quello che sono in uguale maniera, senza alcuna discriminazione.

L'accomodamento ragionevole va utilizzato solo quando questo sia necessario. Questo significa che, ordinariamente, non bisogna prevedere soluzioni speciali per le persone con disabilità ma - già quando si pensa a come offrire un bene o un servizio, tener conto anche delle esigenze delle persone disabili. È necessario ragionare considerando che la normalità contiene l'eccezione.

Questo volume si prefigge in primo luogo di porre l'attenzione su questo tema, con l'obiettivo di contribuire ad arricchire un dibattito, una riflessione che porti a affrontare queste problematiche oltre che ad individuare delle possibili soluzioni.

La cronaca ci insegna che ai giorni nostri le persone che purtroppo rimangono coinvolte e subiscono le conseguenze peggiori in una eventuale situazione di emergenza, sono inevitabilmente le persone che necessitano di particolari esigenze per riuscire a porsi in salvo.

È opportuno sottolineare che quando si parla di disabilità, bisogna intendere non solo quello che è etichettato e univocamente codificato. La disabilità è un concetto in continua evoluzione; esso peraltro deve venire inteso nel senso più ampio possibile: non solo coloro che risultano affetti da patologie permanenti e codificate, ma anche quelli che si trovano temporaneamente in condizioni di non completa autonomia come gli anziani con difficoltà di movimento, le persone con bambini, le donne in stato di gravidanza, le persone che hanno subito traumi, ecc., ovvero tutti coloro che, sebbene risultino autosufficienti in condizioni normali, necessitano di un

¹ Il concetto di adattamento ragionevole è stato introdotto dalla Convenzione sui diritti umani delle persone con disabilità delle Nazioni Unite nel 2006

aiuto particolare quando si presentano circostanze in cui è richiesta l'attuazione di procedure di emergenza.

I dati statistici² indicano con evidenza che ad esempio nella città di Trieste, ma anche in Italia e più in generale in tutta Europa, la popolazione è destinata ad invecchiare gradualmente: particolarmente accentuato entro i prossimi trenta anni è l'aumento del numero di anziani: gli ultra 65enni, oggi pari al 20,3% del totale, nello scenario previsto aumenteranno fino al 2043, anno in cui oltrepasseranno il 32%.

Ciò è dovuto prevalentemente all'invecchiamento atteso della popolazione che, con l'aumento dell'età media, presenta una contestuale riduzione delle capacità di autonomia.

Conseguenza inevitabile di questa situazione è il riscontrare una realtà sempre più ricca e frammentata relativamente alla disabilità.

Inevitabilmente se questi temi non sono ancora al centro dell'attenzione lo diventeranno, non fosse altro per il fatto che interesseranno concretamente la vita di milioni di persone.

Garantire la sicurezza di tutti i lavoratori è un obbligo di ogni datore di lavoro, ma, considerando in particolare le persone disabili, si deve oggettivamente prendere atto che molti ambienti presentano livelli di sicurezza diversi a seconda delle abilità fisiche, sensoriali e mentali di chi li occupa³.

Le difficoltà sono presenti ogni giorno, in ogni ambiente: dalla propria abitazione al luogo di lavoro, per la carenza di accorgimenti e di servizi dedicati.

Spesso si considera un traguardo importante la sola possibilità di garantire l'accesso ad un edificio, dimenticandosi invece dell'importanza di dover assicurare a tutti la condizione di potersi allontanare nel caso in cui circostanze sfavorevoli lo dovessero rendere necessario⁴. Il caso dell'emergenza è la situazione indubbiamente più critica⁵.

2 Per maggiori informazioni e approfondimenti vedi <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica>

3 G. Sclip in "Disabili e persone con compiti di affiancamento: una diversa percezione del rischio" ISL 2007 n. 11

4 Vedi anche di G. Sclip "Lavoro e disabilità: stato dell'arte su accessibilità e sicurezza", in ISL, 2005, n.2 e anche di G. Sclip "Disabili e utenza allargata: gestione delle emergenze, assistenza e soccorso" in ISL, 2005, n. 5

5 C. Agnesi in "Le indicazioni progettuali di sicurezza per le persone con sordità" Antincendio aprile 2013 EPC Editore

Elementi oggi troppo trascurati e marginali nella cultura progettuale e gestionale dominante della nostra società, ma che già sulla base della semplice evidenza dei fatti dovrebbe essere sufficientemente presi seriamente in considerazione con assoluta urgenza.

Di fronte a questa frammentazione e moltiplicazione di esplicite e potenziali difficoltà quotidiane, è importante dare evidenza delle possibili esigenze delle persone con disabilità e far sì che dalla loro descrizione possano emergere indicazioni utili affinché la persona disabile possa non essere più uno dei soggetti a maggior rischio e possa vivere in una società sempre più inclusiva.

L'O.M.S., in un rapporto del 2010, definisce le persone con disabilità mentale, uno dei gruppi più vulnerabili al mondo e richiama governi e società civile ad attuare strategie per migliorare le loro condizioni di sicurezza e la qualità di vita.

In questo particolare ambito è necessario delineare un percorso che, dall'identificazione dei profili di esigenze, intese come caratteristiche cognitive, comportamentali, ma anche come aspettative, attitudini e desideri.

Questo allo scopo di far emergere le migliori soluzioni tecnologiche possibili da attuare in fase progettuale, che possano poi essere nuovo punto di partenza per attivare un circolo virtuoso che stimoli le capacità residue delle persone disabili che possono diventare un'ulteriore risorsa per tutti⁶.

Considerare questi aspetti come elementi prioritari da affrontare e risolvere è uno degli obiettivi a cui "SicurezzaAccessibile" si propone di concorrere a contribuire. "SicurezzaAccessibile" è uno slogan che sta a rappresentare che non esiste accessibilità senza sicurezza e viceversa, sottolineando nel contempo il fatto che i due aspetti sono estremamente collegati tra di loro. La sicurezza per essere tale deve essere accessibile a tutti, altrimenti non è sicurezza nel senso pieno del termine. Un'uscita di sicurezza non accessibile o un segnale di allarme che non viene percepito non garantiscono la sicurezza.

Nella disabilità mentale e intellettiva i modelli di comportamento non sono affatto codificabili, prevedibili e risultano poco appro-

6 T. Villani in "Autismo e interpretazione dell'allarme: il sistema di comunicazione" Antincendio aprile 2013 EPC Editore

fonditi soprattutto gli effetti psico-fisici che le diverse forme di interazione ambientale possono provocare.

È utile delineare le maggiori forme di vulnerabilità che le varie patologie determinano alle quali, attraverso soluzioni progettuali efficaci, offrire una risposta in termini di prestazioni.

Successivamente alla fase di una quanto più adeguata progettazione, il secondo momento importante su cui focalizzare gli sforzi è il soccorso che può essere alterato da diversi fattori. Parlando di sicurezza a persone con disabilità mentale e intellettiva, un argomento centrale sono le strategie di approccio e comunicazione. Questo per superare la criticità dell'incomunicabilità, dovuta non solo alle particolari condizioni ambientali come gli spazi poco illuminati, non segnalati in modo idoneo, o poco fruibili dal punto di vista dell'orientamento ma anche a una comunicazione dell'emergenza scorretta, equivoca ed incomprensibile.

Generalmente la difficoltà di portare soccorso alle persone con disabilità mentale e intellettiva è dovuta, più che alla carenza di mezzi o alla inadeguatezza delle strutture, all'impreparazione del soccorritore nei riguardi del disabile o all'inefficace organizzazione della sicurezza nei luoghi che ospitano queste persone.

In questi casi infatti i problemi più ricorrenti sono determinati proprio dalla incapacità, da parte del soccorritore, di entrare in sintonia con la persona disabile o dalla difficoltà, da parte di quest'ultima, di percepire tempestivamente e agire conseguentemente e correttamente rispetto la situazione di emergenza⁷.

È importante realizzare appositi corsi di formazione e sensibilizzazione del personale per fornire una informazione corretta e seguire semplici regole di comportamento, nonché imparare a comunicare in tempi adeguati e soprattutto senza generare panico ulteriore, facendosi trovare preparati in ogni evenienza⁸

La tutela della persona deve essere accompagnata al rispetto a alla massima dignità della persona.

7 S. Zanut "La comunicazione con persone disabili in situazioni di soccorso: l'esperienza dei vigili del fuoco" in G. Scip (a cura di), "Comunicazione in emergenza: esperienze a confronto su tecnologie, ausili e buone prassi nella comunicazione con persone con sordità" EUT 2011

8 G. Scip in "Così l'Università di Trieste garantisce la sicurezza delle persone disabili" Antincendio aprile 2013 EPC Editore

È evidente che in caso di necessità i soccorritori faranno tutto quello che è necessario per porre in salvo la persona, ma è altrettanto importante capire che in situazioni dove questo sia possibile, perché le condizioni di contorno lo permettono, è necessario prevedere il massimo rispetto della persona e della dignità umana. Questo si concretizza nell'organizzare preventivamente una condizione su come gestire la situazione di emergenza e far partecipare attivamente la persona così da ottenere un quanto più possibile consapevole coinvolgimento.

SICUREZZACCESSIBILE:

UN PERCORSO DI STUDIO E RICERCA

PER GARANTIRE UN ACCOMODAMENTO RAGIONEVOLE

ANCHE IN SITUAZIONI DI EMERGENZA

In apertura di questo volume appare opportuno ricostruire il percorso che attraverso gli anni ci porta ad essere qui oggi: “SicurezzaAccessibile” nasce nel 2008 con l'obiettivo di indagare su tematiche legate alla sicurezza, cercando di metterle in relazione con le problematiche delle persone con disabilità. Questo non tanto per evidenziare le differenze nel modo di trattare il medesimo problema, quanto piuttosto per cercare di individuare e diffondere soluzioni condivise, che garantiscano con pari dignità la sicurezza a tutti.

Da un punto di vista grafico la scelta di unire l'ultima lettera di “sicurezza” con l'inizio di “accessibile” sottolinea che i due aspetti sono strettamente collegati tra di loro e che non esiste l'accessibilità senza sicurezza e viceversa.

Le giornate di studio “sicurezzaAccessibile” sono diventate in questi anni un percorso di ricerca, un momento di incontro e confronto e allo stesso tempo uno strumento di sensibilizzazione, di trasferimento delle conoscenze.

Le principali tappe:

- Anno 2008 “la sicurezza delle persone con disabilità: buone prassi tra obblighi e opportunità⁹”. L’attenzione era incentrata in particolare sulla sicurezza delle persone con disabilità di tipo motorio, la disabilità che con maggiore evidenza dimostra il suo limite, e probabilmente grazie a questo è quella maggiormente tenuta in considerazione anche da un punto di vista normativo.
- Anno 2009 “accorgimenti e strategie per migliorare la leggibilità e la comunicabilità ambientale¹⁰”. È stato interessante scoprire come sia possibile adottare degli accorgimenti anche minimi che permettono di semplificare e migliorare il senso di orientamento di una persona con disabilità visiva nella quotidianità, e rendersi conto che in una situazione di emergenza reale in cui per esempio il fumo invade un locale può essere proprio la persona cieca a essere più a suo agio, al punto da poter essere presa addirittura come riferimento per l’evacuazione.
- Nel 2011 “comunicazione in emergenza: esperienze a confronto su tecnologie, ausili e buone prassi nella comunicazione con persone con sordità¹¹” dove insieme alla conoscenza degli strumenti utilizzati dai professionisti del soccorso si è approfondita la conoscenza di mezzi e gli strumenti alla portata di tutti che permettono di realizzare una comunicazione efficace con una persona sorda, per trasmettere quel minimo di informazioni che possono permettere quantomeno di gestire correttamente la prima fase di una situazione di emergenza.

Una constatazione emersa in maniera trasversale nei precedenti appuntamenti è che spesso i dettami normativi o non sono suffi-

9 Il volume è reperibile presso Edizioni Università di Trieste EUT 2008, scaricabile gratuitamente al link <http://www.openstarts.units.it/dspace/handle/10077/2970>.

10 Il volume è reperibile presso Edizioni Università di Trieste EUT 2009, scaricabile gratuitamente al link <http://www.openstarts.units.it/dspace/handle/10077/8524>

11 Il volume è reperibile presso Edizioni Università di Trieste EUT 2011, scaricabile gratuitamente al link <http://www.openstarts.units.it/dspace/handle/10077/7949>. È disponibile anche il video della giornata di studi al link <http://www.units.it/gallery/?a=sicacc102011>

cienti o, se esistono, vi sono dei seri problemi nella loro applicazione pratica. Anche se in generale si registra una accresciuta sensibilità, occorre certamente investire ancora molto sulla cultura della sicurezza e dell'accessibilità, perché la constatazione che dal progetto al collaudo di un'opera l'incisività di amministratori, tecnici, progettisti e cittadini verso queste tematiche risulta nei fatti poco concreta non può lasciare soddisfatti. Si assiste troppo spesso a nuove realizzazioni prive anche delle minime caratteristiche di accessibilità. Il concetto di accessibilità che si è inteso far emergere da questi appuntamenti sottintende il fatto che rendere accessibili spazi e strutture pubbliche non vuol dire solamente abbattere le barriere architettoniche che impediscono l'accesso ai disabili motori, ma significa migliorare la fruibilità di tali spazi per chiunque.

L'Università di Trieste ha, nel settore della sicurezza delle persone disabili, una buona pratica consolidata, secondo la quale ogni capo struttura è chiamato ad individuare preventivamente delle persone con compiti di affiancamento alle persone disabili in situazioni di emergenza: questo per garantire la tutela delle persone abitualmente¹² presenti ma anche degli studenti che la frequentano¹³.

L'Università, così come una scuola è infatti un luogo pubblico e di lavoro molto particolare, dove entrano ogni giorno personale, genitori e studenti di ogni età e capacità, che deve quindi affrontare le emergenze non in modo generico ("evacuare la scuola"), bensì plasmando e adattando nel tempo la propria organizzazione della sicurezza, in relazione allo specifico contesto, alle attività che vi si svolgono, alla tipologia e al numero di studenti ed insegnanti che vi operano¹⁴.

12 Il documento "Il soccorso alle persone disabili: indicazioni per la gestione dell'emergenza", a cura del Ministero dell'Interno - Dipartimento dei Vigili del fuoco del soccorso pubblico e della difesa civile. è stato pubblicato nel 2004 e contiene le linee-guida per misure di prevenzione e di organizzazione e gestione delle emergenze sui posti di lavoro ove siano presenti persone con disabilità

13 Vedi anche Giorgio Scip, Il ruolo degli addetti alla sicurezza in affiancamento ai disabili nelle emergenze, in ISL, 2006 n. 12

14 Nella definizione di questa strategia si è tenuto in debito conto il concetto di onere sproporzionato introdotto dalla già citata Convenzione sui diritti Umani delle persone con disabilità delle Nazioni Unite. Il problema non è identificare la soluzione di minor costo ma la soluzione più adeguata. È onere sproporzionato

Per quanto riguarda l'assistenza personale a disabili in situazioni di emergenza, non esistono particolari indicazioni normative riferite a persone con disabilità mentali.

Si riportano le indicazioni contenute nel documento “Il soccorso alle persone disabili: indicazioni per la gestione dell'emergenza¹⁵”, nella parte in cui si suggeriscono le misure riferite alla disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nel riconoscere o nell'essere motivate ad agire, in caso di emergenza, da parte di personale di soccorso non addestrato. Esse possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni piuttosto complesse e che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni. In situazione di pericolo (incendio, fumo, pericolo di scoppio, etc.) un disabile cognitivo può esibire un atteggiamento di completa o parziale o nulla collaborazione con coloro che portano soccorso.

Può accadere che in una situazione nuova e sconosciuta, manifesti una reazione di totale rifiuto e disconoscimento della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi auto o etero diretti nei confronti di coloro che intendono prestare soccorso.

In tali evenienze il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante con il disabile, farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo e decidere rapidamente sul da farsi. La priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, ed il ricorso ad un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

In questo ambito diventa necessaria e fondamentale l'esercitazione ad agire in situazioni di emergenza simulata.

Ecco qualche utile suggerimento:

- può non aver raggiunto la capacità di percepire il pericolo;
- molti di loro non posseggono l'abilità della lettoscrittura;

quello che, in base al fine da raggiungere (cioè la necessità di garantire quella specifica situazione), mette in campo troppe risorse. Il parametro principale da tenere presente per individuare una sproporzione è l'adeguatezza dei mezzi rispetto a fine proposto e non l'economicità della misura.

15 G. Scip in “Gli addetti alla sicurezza con compiti di affiancamento: l'esperienza dell'Università degli Studi di Trieste” in G. Scip (a cura di) “Sicurezza accessibile. La sicurezza delle persone con disabilità: buone prassi tra obblighi e opportunità” a cura di G. Scip edizioni EUT2008

- la loro percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il loro senso di direzione può essere limitato e potrebbero avere bisogno di qualcuno che li accompagna;
- le istruzioni e le informazioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate molto pazienti;
- bisogna usare segnali semplici o simboli immediatamente comprensibili, ad esempio segnali grafici universali;
- spesso nel disabile cognitivo la capacità a comprendere il linguaggio parlato è abbastanza sviluppata ed articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Si raccomanda pertanto di verbalizzare sempre e direttamente con lui le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto che ha un problema di apprendimento;
- non parlate loro con sufficienza e non trattateli come bambini.

Il presente volume intende essere un ulteriore contributo nella direzione di aumentare e far emergere sempre più la sensibilità e il dibattito su queste tematiche, per condividere le soluzioni già individuate e riflettere insieme sulle nuove sfide.

La speranza è che i contenuti e gli spunti proposti risultino utili a quante più persone possibili, aumentando la consapevolezza che la relatività dei punti di vista è una risorsa e non un problema.¹⁶

16 Giorgio Scip in “Sicurezza e accessibilità: la ricchezza della relatività dei punti di vista” di G. Scip (a cura di) in “comunicazione in emergenza: esperienze a confronto su tecnologie, ausili e buone prassi nella comunicazione con persone con sordità”

Sicurezza tra salute mentale e disabilità intellettiva: strategie per migliorare approcci e comunicazione in caso di emergenza

ASSUNTA SIGNORELLI
DIRETTORA DSM - ASS N. 1 TRIESTINA

Sicurezza, salute mentale, disabilità, parole che non siamo abituati a coniugare insieme come punti di riferimento di un discorso sull'organizzazione del vivere comunitario dal momento che le percepiamo come contrapposte richiedendo, nel pensiero comune, la disabilità psichica e fisica un surplus di sicurezza per difendere/rassicurare la normalità.

Surplus che nel passato si è concretizzato nella costruzione di luoghi per rinchiudere le molteplici differenze che contemporaneamente garantivano la sicurezza per tutti e tutte!

Ma la storia ha dimostrato che nella vita non esiste soluzione di continuo, che la normalità può disabilitarsi in tempi e modi mai prevedibili: pensiamo solo alla questione dell'invecchiamento, all'infortunistica sul lavoro, alla molteplicità dei traumi che possono attraversare la vita di chiunque.

Per questo è importante, invece assumere la questione nella sua complessità e affrontare il tema della sicurezza nello svolgersi quotidiano della vita che fra abilità e disabilità si muove.

Franco Basaglia sosteneva che l'unico buon servizio territoriale era quello capace di accogliere gli ultimi, perché solo questo garantiva l'accesso per tutti e tutte, ultimi compresi. Su questa convinzione abbiamo in questi anni costruito i servizi del dipartimento di Salute Mentale ben sapendo che la questione non si risolveva soltanto con l'abbattimento delle barriere architettoniche, pur necessario, ma che dovevamo abbattere le barriere mentali, sicuramente anche nostre, che innalzano muri "invisibili", confini, recinti fra noi e l'altro, altra da me quando lo sento diverso, sconosciuto e perciò stesso pericoloso. Le politiche securitarie, così come generalmente intese, sono, infatti, sinonimo di barriere, confini e recinti fra me e l'altro, altra che non conosco.

Politiche securitarie che, lungi dal raggiungere il loro scopo, aumentano l'incertezza e la violenza impedendo, nel concreto, ogni reciprocità.

La parola sicurezza porta, nel suo etimo, la parola cura, e allora, forse, è necessario affrontare il tema della sicurezza come necessità di prendersi cura dell'altro altra da me uscendo dal terreno difensivo che nell'immaginario collettivo la parola evoca.

Riflettiamo per un momento sulla campagna in atto per la presenza di personale armato davanti ai servizi, campagna nata dall'uccisione di una psichiatra all'interno di un CSM di Bari.

Eppure la cronaca racconta che l'autore del reato è stato tranquillamente seduto per circa 45 minuti in attesa del suo turno, che nell'ambulatorio la dottoressa era sola e che solo dopo essere entrato e aver chiuso la porta si è scagliato contro la psichiatra.

Comportamento, questo appena descritto, che è difficile pensare come originato da un raptus ma che, anzi parla di premeditazione e volontà consapevole.

Mi chiedo: se davanti l'ingresso del CSM ci fossero stati agenti in divisa e armati cosa sarebbe cambiato? Poco o nulla. Invece molto sarebbe cambiato o, forse, il fatto non sarebbe avvenuto, se la psichiatra non fosse stata sola in quell'ambulatorio, se invece di una sala d'attesa squallida e con le sedie appoggiate al muro ci fosse stato un luogo ben arredato, con personale presente destinato all'accoglienza e impegnato in uno scambio mirato a una condivisione delle difficoltà individuali di tutte le persone presenti. Questo avrebbe

permesso un diverso declinarsi delle cose: con persone presenti e coinvolte in un reciproco raccontarsi, forse l'autore del gesto avrebbe avuto qualche remora ad agire.

La psichiatria non è certo una scienza esatta, già Benedetto Croce la definiva “un guazzabuglio”, forse non è nemmeno una scienza cambiando i suoi riferimenti teorici nel corso delle diverse epoche storiche a seconda delle ideologie politiche e religiose dominanti.

Da sempre regimi politici autoritari rinchiudono in manicomio le persone che si oppongono, anche le religioni incidono in modo significativo sul destino di chi è “diverso, altro”. Basti pensare alle mistiche del medioevo, senza dubbio alcune di quelle allora definite sante oggi sarebbero oggetto di cura presso qualche servizio per i disturbi del comportamento alimentare!

In fondo la questione risiede “nell’alterità” che nella follia si esprime.

Alterità spesso incomprensibile per la normalità e perciò stesso temuta.

E non è un mistero che ciò che non si conosce, che non si comprende genera paura e, di conseguenza, necessità di difesa.

La follia, così come tutto ciò che proviene da mondi e culture sconosciute, pone come centrale la questione della “comprensione”. Ed è su questo che la scienza psichiatrica interviene trasformando la propria incapacità di comprendere ed accogliere nell’incapacità d’intendere della persona che soffre! Ma la scienza, quella vera, procede in modo contrario: laddove non riesce a spiegare i fenomeni, li approfondisce, li scompone, ne cerca le cause e le radici mai li dichiara incomprensibili pena la decadenza dal proprio mandato.

La psichiatria, invece, proiettando il proprio limite e la propria incapacità sul suo oggetto di studio, costruisce lo stigma e il pregiudizio intorno alla malattia mentale, inducendo nelle persone non psi, la paura che l’ignoto, da sempre, genera.

Su questa paura, sullo svelamento dell’inganno psichiatrico bisogna procedere se davvero si vuole affrontare in termini positivi la questione della sicurezza. Tocca a noi, operatori ed operatrici della salute mentale assumere la questione della necessità di comprendere, accogliere l’altro da noi senza respingerlo o costringerlo nella categoria della estraneità.

Reciprocità e sintonia sono le due categorie dell'ascolto che permettono di entrare in relazione con l'altro, altra da me e di scoprire i valori e i contenuti che ciascuno, ciascuna porta con sé.

Per questo sicurezza come prendersi cura dell'estraneità e permetterle di declinarsi ed esprimersi in tutte le sue potenzialità. Per questo luoghi dell'accoglienza come luoghi belli, amicali, dove i mobili e gli oggetti parlano del quotidiano e non luoghi asettici, trascurati che comunicano abbandono e indifferenza! Le cose parlano e i mobili rotti o vecchi, le pareti scrostate (elementi spesso presenti nei servizi destinati agli ultimi) mi comunicano rifiuto e disprezzo e allora perché meravigliarsi se le distruggo?

In quest'ottica cambia anche il senso di parole come emergenza, urgenza in psichiatria. In passato nei manicomi il personale era assunto secondo i parametri della forza fisica e della capacità di contrastare la violenza. Oggi non è più così e questo perché si è capito che il dolore e l'angoscia che la sofferenza psichica genera in chi la vive ha bisogno di accoglienza e condivisione non di violenza! Chi soffre ha paura e si difende: è l'istituzione, le sue forme organizzative che predeterminano le forme in cui questa paura si manifesta. Se l'istituzione è capace di entrare in sintonia con chi soffre, comprendere e avvolgere la sofferenza ("la sofferenza si abbraccia..." dice Holderleine) allora la questione dell'emergenza si scioglie, può capitare che questa comprensione non riesca, segnale del nostro limite ma anche della nostra umanità ed allora dobbiamo sapere che la rottura che l'angoscia determina è espressione dell'umanità che in ciascuno, ciascuna alberga.

Diffidenza e pregiudizio sono terreno di coltura per reazioni di rottura.

Si provi a immaginare il sentire di chi, diverso per motivi i più vari, attraversa i luoghi della "normalità" sopportando il peso e l'angoscia che il pregiudizio e la diffidenza generano. Quanto è poco sicura una persona che porta su di sé i segni della sofferenza psichica quando si trova nei luoghi normali e sa che, qualunque cosa in negativo accada, può essere a lei imputata. Domandatevi per un attimo cosa può significare sentire il peso della diffidenza giorno dopo giorno per tutto lo svolgersi della propria vita. Una sola è la risposta possibile: o c'è reciprocità e condivisione o la sicurezza è parola vuota e impossibile.

Salute mentale: la clinica orienta o disorienta?

ANTONINO RIOLO

DIRIGENTE MEDICO DI PSICHIATRIA

CENTRO DI SALUTE MENTALE "DOMIO" - ASS N. 1 TRIESTINA

Storicamente il malato mentale è stato sempre considerato sin dagli albori dell'istituzione manicomiale come di per sé fattore di insicurezza per lui e soprattutto per la società tutta, tanto da doverne restringere il campo d'azione delimitandolo entro il perimetro di quegli stabilimenti "ospedalieri", deputati a svolgere una funzione di controllo e di garanzia rispetto anche ad una evoluzione (prognosi) della malattia che si presumeva essere poco o nulla favorevole. La "clinica" praticata per secoli in quei contesti era pertanto ancillare rispetto ad una idea di pericolosità assurda a dogma, venendo applicata scrupolosamente a tutto quanto veniva giudicato diverso (altro) dalla cosiddetta normalità o dai poteri forti di questa o quella epoca storica.

Nella Roma del '600 una autorità indiscussa come Francesco Barberini, cardinale protettore del Santa Maria della Pietà, si premurava di raccomandare al Capo dei Guardiani di ulteriormente sottoporre a limitazioni della libertà di movimento gli internati mediante catene o altri mezzi di contenzione.

In realtà più che in funzione di un ragionamento clinico, ancora di là da venire, si statuiva che il “pazzo” fosse elemento destabilizzante per la pubblica quiete e sicurezza come era dato leggere, ad esempio, nel regolamento leopoldino del ‘700, ispirato dal famoso medico Vincenzo Chiarugi, entrato in vigore nel Granducato di Toscana per normare i due spedali fiorentini di Santa Maria Nuova e Bonifazio.

In uno degli articoli di questo documento si coglie, tra l’altro, un timido accenno ad una sorta di riguardo e/o protezione nei confronti degli internati perché non fosse introdotto”...né fuoco, né lumi, né genere di arnese o utensile che possa in qualche maniera nuocere al demente...”, laddove venivano assegnate mansioni di sicurezza generale ai cosiddetti serventi, sorta di infermieri dell’epoca.

In realtà sappiamo che i manicomi potevano preservare la società ma di certo non salvaguardavano la sicurezza dei ricoverati che riuscivano ugualmente a fabbricare strumenti con i quali togliersi la vita o attentare a quella di altri ricoverati.

Anche nell’ottocento, stavolta sotto le insegne sabaude ma in una prospettiva che voleva già essere di uniformità nazionale, non mancarono iniziative simili come il progetto di legge Bertini, ispirato da un altro medico tal Giovanni Stefano Bonacossa, poi non approvato in via definitiva dal parlamento solo per l’incalzare di vicende storico-politiche sfavorevoli, che intendeva giustificare il ricorso alla custodia dei cosiddetti mentecatti compromettenti l’ordine e la sicurezza pubblica nonché quella delle famiglie. Qui il razionale “clinico” poggiava sull’“evidenza” che prima si rinchiudeva il mentecatto nel manicomio e meglio era per lui e per la società, in funzione di un precoce evitamento di comportamenti rischiosi da parte degli alienati che potevano commettere reati contro le cose o contro le persone.

Il modello clinico che orientava queste espressioni del pensiero sociale era puramente organicista nel senso di presagire un oscuro meccanismo cerebrale che presiedeva alle alterazioni mentali e, malgrado la ricerca psico-biologica non fosse neppure a livello embrionale, si dava per assodato che tutto dipendesse da una causa organica.

L’obbligatorietà del ricovero in manicomio per tutti coloro che fossero risultati pericolosi o scandalosi era finalizzata a motivi di

custodia e di sicurezza, oltre che di cura (?), come veniva definito dalla legge italiana del 14 febbraio 1904; ancora una volta la clinica, ispirata dalle teorie lombrosiane circa la pericolosità congenita del malato di mente, attraverso l'iscrizione degli infermi al casellario giudiziale, l'interdizione obbligatoria e lo stesso obbligo per i medici privati di denunciare alle autorità i loro assistiti che dessero anche solo sospetto di essere pericolosi, orientava il Legislatore per un intervento che doveva privilegiare non già la cura bensì la sicurezza sociale.

Solo l'intuizione basagliana della complessità della clinica in cui confluiscono elementi biologici-psicologici-familiari-relazionali-sociali-contestuali, approdata nella legge di riforma del dicembre 1978, poté togliere il bavaglio alla medicina della mente basata unicamente sul modello neuropatologico dei disturbi psichici che aveva trasformato gli psichiatri in secondini delle passioni umane e che, ancor oggi, rischia di farci apparire i controllori/garanti della sicurezza sociale.

La legge "Basaglia" non ha tuttavia intaccato, in questi trentacinque anni dall'entrata in vigore, quel patto scellerato che ha unito a doppio filo clinici e politici, impedendo tra l'altro di archiviare l'istituto dell'ospedale psichiatrico giudiziario, sopravvissuto allo sconsigliamento del binomio modello neuropatologico=pericolosità sancito dalla riforma e che rischia di perpetuarsi in altre forme anche qualora con il 2014 si dovesse dar corso alla abolizione dei "manicomi criminali" operanti ancora a pieno regime in Italia.

Qui, in verità, occorre soffermarsi un attimo sul senso del nostro richiamo geo-storico in quanto la questione ovviamente travalica i confini nazionali e per quanto gli Stati si siano dotati di dispositivi di legge più moderni e avanzati in materia di salute mentale dei cittadini, persistono a tutt'oggi prassi che riportano indietro le lancette della storia, riproponendo l'ancestrale equivalenza pazzo=insicurezza.

Non volendo in questa sede commentare il dato europeo che vede comunque moltiplicarsi ogni anno il numero di posti letto nelle strutture a basso, medio o alto grado di sicurezza per i malati autori di reati, basti pensare a quanto occorso nel nostro Paese, laddove un collega è stato condannato con sentenza passata in giu-

dicato per l'omicidio commesso da un assistito, del quale aveva la responsabilità del progetto terapeutico-riabilitativo, verso un operatore della Comunità nella quale questo paziente era inserito.

Euro Pozzi, questo il nome del collega psichiatra, ebbe a scrivere alcuni anni fa in un suo articolo dal titolo esemplare "Microfisica dell'Insicurezza" che "...la clinica non può contribuire alla sicurezza sociale né attraverso gli psicofarmaci né attraverso i ricoveri volontari o meno (trattamenti sanitari obbligatori)...mentre la relazione con il paziente, se svincolata da finalità di prevenzione, cura e riabilitazione può innescare in entrambi i protagonisti della relazione medesima timori ingiustificati e insicurezza".

L'orizzonte basagliano aperto alla complessità del lavoro clinico, cioè al lavoro che si fa a vantaggio del malato, stavolta inteso come soggetto che ha diritto a ricevere delle cure per un suo problema/disagio di salute, non deve essere frainteso nel senso di aver trovato negli strumenti terapeutici, scientificamente provati, le chiavi di un più efficace e stringente controllo sociale che deve impedire sempre e comunque atti penalmente rilevanti ai danni di terzi o tragici gesti di autonocumento, riproponendo le vecchie logiche, almeno qui in Italia, dello spirito antecedente la riforma. È come se si fosse passati dalla pericolosità/insicurezza congenite alla pericolosità/insicurezza condizionate alle cure (ciò che esce dalla porta rientra dalla finestra).

Del resto le cronache riportano di vicende nelle quali anche colleghi di altre nazioni sono sottoposti a interrogazioni o procedimenti giudiziari per i reati commessi dai pazienti o perché i familiari si appellano alle Autorità in riferimento al suicidio dei loro congiunti.

Lo spettro della sicurezza/insicurezza agita ancora l'inconscio collettivo e l'opinione pubblica, riproponendo drammaticamente questioni più profonde che non possono trovare risposte esaustive né definitive, finendo solo con l'iper-responsabilizzare le figure sanitarie che ogni giorno prestano la loro opera nella organizzazione dei servizi di salute mentale distribuiti sul territorio grazie all'intuizione di Franco Basaglia.

Ecco, allora, che lungo il solco basagliano è stato possibile riconoscere il malato come portatore di diritti, incluso quello della sicurezza per sé, come soggetto introdotto nella pluralità, non più

alieno ma facente parte integrante della società, mescolato ad essa senza che il tessuto sociale si lacerasse minimamente o che fosse in pericolo per la presenza del malato di mente.

Questo è avvenuto anche perché la clinica si è fatta ermeneutica, discorso, narrazione, e non più classificazione tra chi è pericoloso e chi non lo è, e ancora comprensione psicopatologica e non già giudizio diagnostico, forzandosi a conoscere l'uomo nella sua interezza bio-psico-sociale e non solo nel suo funzionamento sinaptico, indagando sul senso di percorrenza del malato, sul suo progetto di mondo, sul modo di vivere la propria corporeità e quella degli altri, sulle relazioni familiari, interpersonali e sociali.

Nonostante questi progressi, serpeggia tuttora una certa mitologia dell'insicurezza che vuole riassegnare al malato psichico la patente di pericolosità e che si arricchisce di nuovi simbolismi, evocativi nell'immaginario sociale di un rischio specifico per l'incolunità di chi ha rapporti di prossimità con il malato.

In particolare negli ambiti condominiali soprattutto urbani, abitati o frequentati da persone con disturbi psichici, si vanno diffondendo preoccupazioni crescenti circa le modalità di conduzione dei luoghi di vita dei soggetti fragili e degli spazi comuni; frequenti le segnalazioni di casigliani che esperiscono un senso di insicurezza e chiedono interventi alle Istituzioni per "sedare" quest'ansia e/o per risolvere radicalmente con un allontanamento del "malato" una presenza che è fonte di insicurezza.

Posto che ormai gli operatori della salute mentale sono in possesso di tutto lo strumentario atto a ridurre i livelli di stigma nei confronti di chi trovasi in condizioni transitorie o più durature di fragilità, individuandone di volta in volta le ragioni che non dipendono certo da una oscura causa biologica, possiamo affermare che generalmente le psicosi non si associano ad una minorità intellettuale o a un deterioramento cognitivo che può limitare la comprensione e l'esercizio della propria sicurezza e di quella degli altri.

Sono piuttosto alcune dimensioni psicopatologiche e non le diagnosi cliniche a poter essere predittive di un rischio relativo alla sicurezza che deve coinvolgere in prima battuta proprio il clinico per porre in essere ogni provvedimento terapeutico e/o socio-assistenziale ritenuto utile per la persona che sta male.

Per esempio il disturbo borderline di personalità comprende la dimensione psicopatologica dell'impulsività: in certe condizioni l'aumento dell'impulsività può portare il soggetto ad attuare condotte a rischio come il lanciare oggetti o mobili o elettrodomestici dalla finestra che devono però trovare risposte terapeutiche specifiche, ancor prima di appiccicare etichette di pericolosità/insicurezza.

Un secondo esempio è dato dal paziente in fase di eccitamento maniacale che può spingerlo, attraverso la facile distraibilità associata, a sottovalutare un rischio generico o specifico: guidare di notte a fari spenti prima di essere intercettati dalle Forze dell'Ordine o superare i limiti di velocità sono evenienze rare ma che possono verificarsi e che devono essere affrontate in primis da chi si prende cura di questi disturbi in armonia con i dispositivi di legge che accomunano tutti i cittadini.

Un terzo esempio lo riscontriamo nei pazienti affetti da gravi stati depressivi che possono ricorrere al gas domestico per attuare gesti anti-conservativi: trattasi di una fattispecie che deve essere attentamente valutata dal clinico qualora siano emersi riferimenti storico-personali richiamanti una simile possibile evenienza ma che non può essere fonte pre-costituita di insicurezza.

Quarto esempio trova applicazione in alcuni pazienti con problemi alcol-correlati che si addormentano con la sigaretta accesa e relativo rischio di incendio: anche qui, la conoscenza delle abitudini voluttuarie dei soggetti fragili deve orientare il clinico, in sinergia con altre Agenzie Sociali e Sanitarie, a predisporre ogni presidio idoneo a ridurre tale rischio che investe ovviamente la sicurezza del soggetto e di possibili terzi.

Quinto esempio è rintracciabile nel contesto psicogeriatrico in riferimento a persone anziane con disturbi correlati al decadimento cognitivo laddove il deficit mnesico può riguardare anche la memoria procedurale: il pensiero della pentola lasciata sul gas acceso non può non attivare in chi si prende cura di questa età della vita gli opportuni provvedimenti per neutralizzare siffatti timori.

Come si vede da questa breve carrellata, affatto esaustiva delle molteplici possibilità con le quali oggi si pone il tema della sicurezza nel campo della salute mentale, non è la diagnosi ad orientare quanto piuttosto la condizione psicopatologica della persona; ciò che vor-

remmo contribuire a sviluppare risiede nel concetto e nella prassi che occorre dedicare più attenzione e ricavare maggiori conoscenze circa il *modus vivendi* dei soggetti fragili, a partire dal fatto che non ci sono statuti speciali per la psichiatria in materia di sicurezza.

Il passaggio culturale che ha portato a liberarci della stolidità associazione tra malato mentale e pericolosità non è dato una volta per tutte e non si rinnova automaticamente quando ci si imbatte nelle difficoltà della vita quotidiana, spesso frutto di abbandoni, rinunce, sfiducia.

Occorre sempre riconnettere i dati dell'esperienza clinica con le fattispecie con cui ci confrontiamo, una clinica che non si fa più a letto del malato ma nei luoghi di vita delle persone, negli spazi aperti del territorio ove opera la Psichiatria di Comunità.

Momenti di studio e di approfondimento come questo non devono rimanere isolati ma fungere da trampolino di lancio per far crescere la consapevolezza che anche in salute mentale ci si pone il problema della sicurezza sia su piccola scala, relativamente alla modalità di condurre il proprio abitare, sia in contesti allargati e fin qui poco o nulla attenzionati come quelli della sicurezza nei luoghi di lavoro (pensiamo a tutti i pazienti in borsa lavoro) o rispetto a grandi eventi catastrofici che possono occorrere nella vita e riguardare un numero elevato di soggetti, inclusi soggetti fragili.

Gli esempi dei terremoti come quello in Abruzzo o in Emilia-Romagna, per rimanere in Italia, e le modalità di affrontamento da parte delle persone con disturbi psichici di tali accadimenti meriterebbero adeguati livelli di conoscenza che al momento mancano.

Nondimeno la stessa sicurezza nei luoghi di ricovero e certi anacronistici strumenti di intervento che ancora sono in voga come la contenzione meccanica richiedono una decisa riconsiderazione circa il loro essere disattese e in merito al razionale di impiego, ispirate ad una "classificazione clinica" dei pazienti psichiatrici come cittadini di serie B, alquanto disorientante.

Vorremmo riorientarci con le parole di Eugenio Borgna il quale afferma che: "... non c'è esperienza psicotica o nevrotica che non si accompagni alla esperienza del dolore che lacera l'anima; un'esperienza che non può essere decifrata se non immedesimandosi nella profondità della persona umana".

L'auspicio è che il giubbotto contenitivo imposto coattivamente nel chiuso dei manicomi rimanga solamente un pezzo da esposizione museale, vigilando affinché non si intraprendano percorsi a ritroso che distorcano il senso della propria e altrui sicurezza.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

G.Pantozzi. *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*. Erickson, Trento, 1994.

E.Pozzi. *Microfisica dell'insicurezza*. "Rivista Sperimentale di Freniatria" CXXXII, 3, 73-86, 2008.

E.Borgna. *Di armonia risuona e di follia*. Feltrinelli, Milano, 2012.

A.Borzacchiello e A.Ferraro (a cura di). *Delitto e follia; pazzi e delinquenti; manicomio e carcere; l'anomalia dei manicomi giudiziari*. Ministero di Grazia e Giustizia-Direzione Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa. Aversa (CE), 1997.

D.Di Diodoro, I.Bizzarri, G.Ferrari. "Se non son guariti non possiamo ritirarli..." *Il manicomio e la famiglia del pazzo violento nella seconda metà del XIX secolo*. "Rivista Sperimentale di Freniatria" CXIX, 2, 281-91, 1995.

A.Fioritti. *Psichiatria forense in Italia: la storia continua*. "Psichiatria di Comunità" VII, 1, 7-13, 2008.

R. Ariatti, G.Neri. Il giudizio di pericolosità. "NOOS. Aggiornamenti in Psichiatria" 4, 2, 143-50, 1998.

La sicurezza tra salute mentale e disabilità intellettive

LIVIA BICEGO

DIRIGENTE INFERMIERISTICA DSM - ASS N. 1 TRIESTINA

La sicurezza negli ambienti pubblici e di lavoro è un diritto anche per le persone che presentano una sofferenza ed un disturbo della propria salute mentale?

La risposta ovviamente è sì, ma non sono altrettanto ovvie e concretizzate le strategie e le pratiche di risposta a questo diritto nonostante che, per lo meno a parole, da tutti venga riconosciuto.

Dopo questa prima domanda, è bene chiedersi se esistano strategie specifiche, comunicative e pratiche, efficaci ed efficienti per migliorare l'accoglienza, l'approccio e la comunicazione in caso di emergenze e situazioni critiche che vedono coinvolte persone con l'esperienza del disturbo mentale.

Ed ancora: quale deve essere, o dovrebbe essere, il ruolo degli operatori addetti alla sicurezza, quale il ruolo di affiancamento per le persone con difficoltà nell'area della salute mentale. Come riuscire a far percepire sicurezza e fiducia quando il tempo per la relazione non c'è.

Approcci, richieste, dubbi e domande del tutto nuove in un panorama di sofferenza tanto antico quanto diffuso come quello dei disturbi nell'area della salute mentale.

Si tratta di questioni ed approfondimenti sui quali, da quanto noto, molto di rado altre istituzioni prima dell'Università degli Studi di Trieste con questo seminario si sono soffermate ed interrogate. Tutto ciò testimonia e denota una sensibilità istituzionale francamente lodevole e meritevole, di sviluppi futuri coinvolgenti anche altre realtà pubbliche.

L'evento assume particolare importanza se si considerano l'epidemiologia del disagio e del disturbo mentale e la sempre maggiore integrazione nel tessuto sociale, e quindi anche nel mondo del lavoro, delle persone con l'esperienza della sofferenza e del disturbo mentale.

La contraddizione che emerge a questo punto può essere riassunta nella domanda: come mai, se la sicurezza accessibile è un diritto per tutti e tutte, in ogni condizione di fragilità, anche mentale, sin'ora se ne è parlato così poco? Se ne parla, così poco? Come mai così poca attenzione, ricerca, letteratura ed esperienze in merito?

Una risposta a questa contraddizione si può ritrovare nel fenomeno drammatico che da sempre riguarda la salute mentale delle persone ossia l'elevatissima diffusione dello stigma e dei pregiudizi che la sconvolgono e ne fanno ancor'oggi una delle condizioni di fragilità dove i diritti, anche i più elementari, vedono una negazione estrema.

Altra contraddizione, forse ancor più stridente: nonostante il silenzio assordante di cui brevemente si è detto poco sopra, la "follia", i comportamenti "strani", fuori dalla norma... sono da sempre vissuti principalmente come un problema di sicurezza ed accompagnati da una richiesta di controllo e normalizzazione.

La comunità in genere, da sempre, non ha mai accettato la follia e da sempre ha sostenuto che la questione, l'obiettivo, era il voler controllare, normare, stabilizzare, appiattare... finalizzato non alla cura ma alla garanzia della sicurezza.

Ma la sicurezza di chi? Mai della persona sofferente, ma sempre dell'altro, della società e della comunità che il *malato* allontanava.

Della persona sofferente, del suo disturbo, del suo disagio, è sempre interessato poco o nulla. La sicurezza della quale ci si occupava era quella degli altri, dell'altro da lui e da lei.

Oggi finalmente ci si interroga, ci si interessa della sicurezza di tutte le persone, anche di quelle con l'esperienza del disturbo mentale.

Per addentrarci un po' di più nella questione, quindi, è fondamentale analizzare e riconoscere da dove veniamo e quello che facevamo.

I *folli* venivano rinchiusi in luoghi lontani, alle estreme periferie delle città, rinchiusi all'interno di luoghi *altri* circondati da alte mura. Luoghi che servivano a nascondere la diversità, in cittadelle autosufficienti e *sicure*, dove vivevano, tra gli altri, il principio di autorità. Il direttore, infatti, agiva un potere sovrano sul soggetto. In queste cittadelle del tutto separate ed autonome dal resto del mondo, dove chi entrava, per lo più, usciva solo dopo morto, vigeva il principio cardine di assoluta sfiducia verso le persone internate.

Stiamo parlando dei manicomi che venivano concepiti e proposti come luoghi assolutamente sicuri e di prevenzione della criminalità.

Alla psichiatria, storicamente, è stato sempre attribuito un ruolo ed un mandato di controllore sociale. La psichiatria tradizionale si è sempre resa disponibile ed ha sempre risposto affermativamente a questa funzione.

La legge, e per molti versi ancor oggi è così, sanciva un legame molto forte tra malattia mentale, pericolosità e sicurezza sociale.

Le persone erano considerate pericolose e/o scandalose. L'obiettivo era la custodia e la sicurezza. Non certo la cura.

L'ammissione in ospedale psichiatrico avveniva con provvedimento del pretore, del sindaco o della pubblica sicurezza. Alla valutazione, spesso seguiva il ricovero, ancor più spesso a carattere definitivo, durante il quale il direttore doveva riferire al tribunale.

La persona veniva interdetta, perdeva i diritti civili e politici, veniva dichiarata pericolosa con un atto giuridico vero e proprio. Si procedeva con l'iscrizione in ben 2 registri: quello della procura e quello del tribunale.

Dopo le rare dimissioni, le persone ex internate, venivano comunque sorvegliate dalla polizia.

All'interno degli ospedali generali, non vennero create sezioni psichiatriche in quanto l'obiettivo, sia pur non esplicitato chiaramente, era quello di separare e di garantire la disgiunzione tra

il mondo dei sani e quello dei folli... per la sicurezza dei primi, ovviamente!

Le “cure” offerte e praticate erano quelle convulsivanti (malario-terapia, insulino-terapia, elettroshock), ma anche la terapia chirurgica come ad esempio la lobotomia transorbitale... tutte terapie violente, drastiche, durissime, ma soprattutto annientanti, annullanti... di negazione della dignità e della soggettività. “Cure” che molto spesso non consentivano il ritorno al proprio sé.

Gli effetti ed i retaggi culturali di tutto ciò, appaiono ancor’oggi molto forti, evidenti, ma soprattutto ancora molto attivi, dotati di forza dirompente e negativa che si manifesta e traduce in particolare nel mancato accesso alle cure.

Filogenesi dell’operatore psichiatrico.

Risulta evidentemente non appropriato che risposte e politiche per la sicurezza, quando è implicata la salute mentale, siano determinate più dalle preoccupazioni per supposti comportamenti violenti o ipotizzate impossibili comprensioni, che dalle necessità di disporre di risorse e interventi adeguati di dimostrata efficacia.

Le persone hanno il diritto di ricevere risposte adeguate alla complessità del loro vivere e del loro bisogno.

Oggi è largamente dimostrata l’efficacia della cultura dell’accoglienza, dell’inclusione e dell’elevata personalizzazione, mentre risulta chiaro che risposte pre-definite, standardizzate e di attesa, ben che veda, si rivelano inefficaci.

La sicurezza appare fortemente legata alla partecipazione attiva e alla percezione di accoglienza ed attenzione.

La risposta non si trova in un’impersonale sorveglianza, in eccessiva concentrazione su diagnosi e sintomi, in attente letture di comportamenti, in approcci e risposte frammentate, garantite da telecamere, campanelli, allarmi. Tutto questo non garantisce la sicurezza di nessuno, ma separa, congela, annulla le relazioni possibili, impoverisce e indebolisce... e soprattutto, restituisce *insicurezza*.

Risposte, servizi, climi chiusi e rigidi, si rivelano sempre luoghi di esercizio e scuola di violenza.

Il *manicomio*, che doveva garantire la sicurezza di chi stava dentro e di chi stava fuori, in realtà non era altro che *alta scuola di specializzazione in violenza, crudeltà e pericolosità*.

D'altra parte Lo stesso accade ancor oggi, come è sempre, accaduto nelle carceri ed in tutte le istituzioni totali.

Analizzare e scoprire quante e quali circostanze possono produrre o sostenere rischi e pericoli, è importante, ma va tenuto presente che malattia mentale non è sinonimo di pericolosità.

La prevenzione dei livelli di violenza e di aggressività si ottiene con l'accoglienza, non con procedure, protocolli, telecamere, guardie giurate, campanelli d'allarme...

Riconoscere le persone nelle loro singolarità appare come il modo (ed il mondo!) migliore di (e nel quale) combattere incomprendimenti, aggressività e pericolosità.

Le persone che soffrono per un disturbo mentale, il più delle volte, si presentano e si propongono, chiedono aiuto e sicurezza, sottovoce, non urlando. Tutte le persone, per lo più, fanno così, a prescindere dallo stato di malattia mentale. Ma questo accade tanto più, in caso di fragilità nell'area della salute mentale, servono quindi tecnici e servizi che sappiano ascoltare, dotati di sensori sensibilissimi.

Spesso si dice che non c'è tempo! Ma questa è l'unica risposta possibile, ma soprattutto, l'unica ad essere efficace e pure efficiente.

Sicurezza e salute mentale, ricapitolando, non è separare, distinguere, frammentare, stereotipare... sicurezza è "abitare la soglia", riconoscere e dare significato a gesti, sguardi, parole, anche se apparentemente strani, diversi, incomprensibili. Sicurezza è comprendere, accogliere e, se del caso, restituire modificato, ma prima accogliere!

Anche in salute mentale, *Sicurezza* può essere intesa come limitare il rischio ed il verificarsi di reazioni avverse e negative. Ed anche in salute mentale, a tutto questo si deve mirare e si può raggiungere partendo da:

- Ascolto
- Comunicazione
- Mediazione
- Attenzione
- Disponibilità
- Chiarezza

- Condivisione
- Rispetto
- Considerazione
- Garanzia della dignità
- Alleanza
- Autorevolezza

È importante precisare tutto questo perché troppo spesso questi civili e “normali” presupposti, quando ci si occupa e ci si rivolge a persone con problemi di salute mentale, vengono disattesi. A volte per superficialità, a volte per ignoranza ed incompetenza, a volte per sbrigatività, leggerezza, genericità... molto spesso per infondata supponenza ed ingiustificati ed insostenibili atteggiamenti di arroganza dettati da pregiudizi, dalla presunzione di sapere.

A questo punto, in estrema sintesi, potremmo dire che *Sicurezza in salute mentale è soprattutto relazione*.

Va considerato a questo proposito, come nella relazione molto spesso i legami più forti e soprattutto più efficaci sono quelli intangibili, quasi invisibili ... ma che quando e se ci sono, si percepiscono benissimo: sguardi attenti, atteggiamenti rispettosi, intesa, disponibilità, sensibilità, attenzione, interesse, accuratezza, correttezza...

Forse il concetto può essere tradotto in pratiche da una comunicazione corretta e professionale dove è strategico trovarvi accoglienza, ascolto, capacità d'interpretazione, desiderio e realizzazione di sinergie.

Ma quando il disagio è manifesto? Quando si presenta con i colori più sgargianti e più vivaci, con i suoni ed i toni più allarmanti ed acuti della vita delle persone?

Quando l'obiettivo è aumentare l'adesione, facilitare i processi d'aiuto e gli interventi in caso di emergenze, nei tempi più rapidi possibili?

La strategia è sempre la stessa: a partire dalla considerazione dei vissuti personali attraverso la relazione, a partire dall'avvedutezza che la persona è sempre la massima esperta della propria sofferenza. Tra l'altro, nel momento dell'emergenza, oltre ad essere la massima esperta che abbiamo a disposizione, spesso è pure l'unica!

A quel punto, rapidamente, il sapere del tecnico va declinato con l'esperienza soggettiva della persona puntando verso una sintesi efficace ed efficiente per la soddisfazione di entrambe le parti.

Infondere sicurezza attraverso l'accoglienza, la considerazione, tranquillizzare considerando ed accompagnando. Informando con spiegazioni corrette e semplici senza esprimere giudizi e senza sbrigatività. Aiutando a tollerare la frustrazione, l'ansia, la paura, l'incertezza. Cercando attivamente ed intenzionalmente la forma più adeguata di relazione che contempi fermezza ed autorevolezza senza concedere sconto alcuno alla dignità ed al dovuto rispetto.

Ansia e aggressività, violenza, sono fenomeni per lo più legati e conseguenti al panico... è importante stemperare, sdrammatizzare, e quindi affrontare con successo l'imprevisto... disinnescando ogni possibile circuito di panico ... accogliendolo.

A questo punto, appare evidente e fondamentale il ruolo e la funzione di facilitatore e promotore la comunicazione, di favorente la percezione di sicurezza.

Di un professionista quindi, che scegliendo di volta in volta, il linguaggio più adeguato e calzante nelle situazioni più critiche e più diverse, indossando una sorta di veste di mediatore sociale competente, si muova e si proponga in una cornice di appropriatezza: il gesto giusto, al momento giusto, con la persona giusta...

Si potrebbe dire: ma è troppo! Non c'è tempo! Eppure è di questo che abbiamo bisogno per garantire la sicurezza in un campo così indefinito, il più delle volte delicato, molto di rado aspro e cruento, come quello della salute mentale: abbiamo bisogno di alta professionalità, di elevatissima e diversificata preparazione e competenza. Abbiamo bisogno di un professionista della sicurezza. Di una funzione e di un ruolo delicatissimo e del quale livello di preparazione abbiamo assoluta consapevolezza e riconoscimento.

Nell'estrema consapevolezza dei limiti delle conclusioni, ma in coerenza con la brevità e di certo l'insufficienza dell'elaborato, potremmo affermare che garantire la Sicurezza in situazioni di emergenza e di urgenza per le persone che soffrono per un problema di salute mentale, è possibile attraverso l'accoglienza, la relazione e la professionalità unite, di volta in volta, alle competenze tecniche richieste dalle diverse situazioni.

Sicurezza e accessibilità: requisiti essenziali per una progettazione attenta alle esigenze delle persone con disabilità intellettive

MICHELE FRANZ

REFERENTE CENTRO REGIONALE DI INFORMAZIONE
SULLE BARRIERE ARCHITETTONICHE - CRIBA FVG

VALENTINA CAINERO
ARCHITETTO

L'obiettivo di questo intervento dal titolo *“Sicurezza e accessibilità: requisiti essenziali per una progettazione attenta alle esigenze delle persone con disabilità intellettive”* è quello di valutare congiuntamente gli aspetti di sicurezza e accessibilità, mettendo in relazione le esigenze delle persone, in particolare quelle con disabilità di tipo intellettuale, con l'ambiente circostante.

La scelta degli organizzatori del convegno di unire due temi estremamente rilevanti quali “sicurezza” e “accessibilità” è particolarmente significativa e deriva dal presupposto che un *ambiente più accessibile è un ambiente più sicuro per tutti*.

È ormai riconosciuta l'importanza di progettare in maniera universale, per garantire una piena integrazione e inclusione delle persone con disabilità: non devono esistere locali e spazi accessibili a loro riservati, bensì locali e spazi accessibili a tutti.

IL CONCETTO DI ACCESSIBILITÀ E LA PROGETTAZIONE UNIVERSALE

Recentemente l'approccio alla tematica dell'accessibilità è stato modificato e ridefinito, sia rispetto alla terminologia che rispetto ai concreti contenuti progettuali, da tre elementi condivisi a livello internazionale, per alcuni aspetti rivoluzionari:

1. La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle persone con disabilità¹, "*UN Convention on the rights of persons with disabilities*"². L'Assemblea delle Nazioni Unite ha approvato la Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità il 13 dicembre 2006. Attraverso i suoi 50 articoli, la Convenzione indica la strada che gli Stati del Mondo devono percorrere per garantire i diritti di uguaglianza e di inclusione sociale di tutti i cittadini con disabilità. Il 24 febbraio 2009, la Convenzione è stata ratificata dal Parlamento Italiano, diventando legge dello Stato e, il 23 dicembre 2010, la Convenzione è stata ratificata dall'Unione Europea.

La Convenzione dedica al tema dell'accessibilità l'articolo 9, nel quale enuncia che *"Al fine di consentire alle persone con disabilità di vivere in maniera indipendente e di partecipare pienamente a tutti gli aspetti della vita, gli Stati Parti adottano misure adeguate a garantire alle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri, l'accesso all'ambiente fisico, ai trasporti, all'informazione e alla comunicazione, compresi i sistemi e le tecnologie di informazione e comunicazione, e ad altre attrezzature e servizi aperti o forniti al pubblico, sia nelle aree urbane che in quelle rurali."*

L'articolo 11 si riferisce invece alle situazioni di rischio ed emergenze umanitarie, ed afferma che *"Gli Stati Parti adottano, in conformità agli obblighi derivanti dal diritto internazionale, compreso il diritto internazionale umanitario e le norme internazionali sui diritti umani, tutte le misure necessarie per garantire la protezione e la sicurezza delle"*

1 <http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/ConvenzioneONU/Pages/default.aspx>

2 <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

persone con disabilità in situazioni di rischio, incluse le situazioni di conflitto armato, le emergenze umanitarie e le catastrofi naturali.”

2. L'Universal Design, o progettazione universale, cioè la “progettazione di prodotti, ambienti e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza bisogno di adattamenti o progettazioni specializzate”³: tale filosofia progettuale considera le esigenze di tutte le persone senza distinzione di età, sesso e abilità. L'approccio si basa su sette principi, elaborati negli Stati Uniti dal *The Center for Universal Design*⁴ nell'ambito di un gruppo di lavoro interdisciplinare costituito da architetti, designer, assistenti tecnici e ricercatori, che servono a valutare i progetti esistenti, condurre i processi di progettazione ed educare progettisti e consumatori sulle caratteristiche di prodotti e spazi maggiormente utilizzabili. I Principi universali di utilizzo sono:

Principio 1: Uso equo. Il progetto è utilizzabile e commerciabile per persone con differenti abilità.

Principio 2: Uso flessibile. Il progetto si adatta ad una ampia gamma di preferenze e di abilità individuali.

Principio 3: Uso semplice ed intuitivo. L'uso del progetto è facile da capire indipendentemente dalle esigenze dell'utilizzatore, dalla conoscenza, dal linguaggio, o dal livello corrente di concentrazione.

Principio 4: Percettibilità delle informazioni. Il progetto comunica le necessarie ed effettive informazioni all'utilizzatore, in modo indifferente rispetto alle condizioni dell'ambiente o alle capacità sensoriali dell'utilizzatore.

Principio 5: Tolleranza all'errore. Il progetto minimizza i rischi e le conseguenze negative o accidentali o le azioni non volute.

Principio 6: Contenimento dello sforzo fisico. Il progetto può essere usato in modo efficace e comodo con la fatica minima.

Principio 7: Misure e spazi per l'avvicinamento e l'uso. Appropriate dimensioni e spazi sono previsti per l'avvicinamento, per l'accessibilità, la manovrabilità e l'uso sicuro indipendentemente dalla statura, dalla postura e dalla mobilità dell'utilizzatore⁵.

3 Definizione tratta dall'Articolo 2- Definizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità “Convention on the rights of persons with disabilities”.

4 <http://www.ncsu.edu/ncsu/design/cud/>

5 http://www.ncsu.edu/ncsu/design/cud/pubs__p/docs/poster.pdf

L'*Universal Design* si propone, quindi, di offrire soluzioni che possono adattarsi a chiunque, a costi limitati rispetto alle tecnologie ed ai servizi dedicati. L'atteggiamento mentale del progettista deve venire incontro alle esigenze del maggior numero possibile di persone, pur essendo a conoscenza dell'impossibilità di progettare in modo specifico per ogni disabilità.

3. ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute⁶, classificazione elaborata nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che si pone l'obiettivo di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati, in relazione anche agli ambiti esistenziali delle persone (sociale, familiare, lavorativo), al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità. L'ICF fornisce quindi un'analisi dello stato di salute degli individui ponendo in correlazione salute e ambiente, e definendo la "disabilità" come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo stesso.

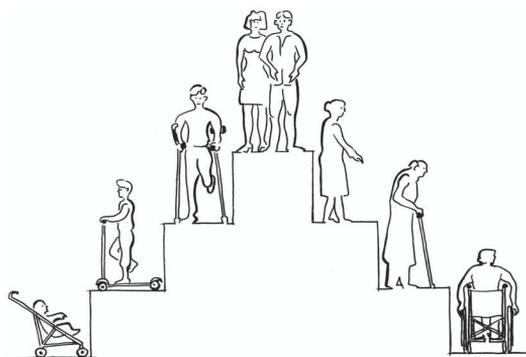
Lo strumento descrive tali situazioni adottando un linguaggio standard ed unificato, cercando di evitare fraintendimenti semantici e facilitando la comunicazione fra i vari utilizzatori in tutto il mondo. Dall'approccio dell'ICF emerge che la disabilità non può essere considerata come un problema di un gruppo minoritario all'interno di una comunità, ma un'esperienza che tutti, nell'arco della vita, possono sperimentare.

LE PERSONE CON DISABILITÀ E LA DISABILITÀ INTELLETTIVA

Le *persone*, che possono avere variegate esigenze, si scontrano quindi con *ambienti* che presentano ostacoli (o barriere architettoniche): la *disabilità* è il risultato dell'interazione tra le esigenze della persona e gli ostacoli presenti nell'ambiente.

⁶ *International Classification of Functioning, Disability and Health*

Questo nuovo approccio culturale ha determinato il superamento di alcuni termini, presenti in numerose norme nazionali e tuttora di uso comune, quali ad esempio *handicapato*, *portatore di handicap*, *diversamente abile*, *invalido*, *menomato* e *minorato*, privilegiando invece l'utilizzo della terminologia “*persona con disabilità*”.



I tecnici hanno utilizzato, per lungo tempo, come parametro della loro progettazione architettonica ed urbana, la persona adulta, in buone condizioni di salute, che rappresenta però solo una piccola parte dell'umanità, una minoranza rispetto agli utenti complessivi. L'umanità è stata rappresentata dall'architetto e docente dell'*École nationale supérieure d'architecture de Paris-La Villette*, Louis-Pierre Grosbois, in un grafico di forma piramidale in base all'età: la *Piramide delle Età*⁷.

Il vertice è rappresentato dall'adulto in buone condizioni di salute, mentre la parte inferiore della piramide e quindi, la più ampia, è rappresentata da bambini e persone anziane. Le esigenze delle persone mutano dalla nascita fino alla vecchiaia, per questo, i genitori che usano il passeggino per i propri figli incontrano difficoltà comparabili alle persone che si spostano su sedia a ruote; chi ha difficoltà motorie dovute all'età o a malattie incontra problemi simili a chi deve trasportare un bagaglio pesante.

A livello mondiale, l'ONU stima che le persone con disabilità (motoria, sensoriale, psico-cognitiva, ecc.) siano circa 650 milioni, pari al 10% della popolazione⁸. In Europa, la percentuale rappresenta il 16% della popolazione in età lavorativa⁹, mentre in Italia il 12%

7 Conception universelle, méthodologie - Louis-Pierre Grosbois, Architecte - Ecole d'Architecture de Paris la Villette, www.progettarepertutti.org/formazione/progettazione/grosbois__A.pdf

8 <http://www.un.org/en/globalissues/disabilities/>

9 Dato riportato nella “Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni COM(2005) 604 -La situazione dei disabili nell'Unione europea allargata: il piano d'azione europeo 2006-2007”,

della popolazione. La percentuale di persone con disabilità in Italia, sale circa al 50% considerando un'età superiore agli 80 anni¹⁰, ed inoltre, uno studio del 2012 sulla popolazione di Trieste, afferma che nei prossimi 15 anni le persone con più di 80 anni cresceranno del 30% circa¹¹. Si tratta quindi di percentuali in continuo aumento, che fanno riflettere su come sia fondamentale pensare un nuovo modo di progettare gli spazi rendendoli da subito accessibili e sicuri al maggior numero di utenti possibile.

La sfida è particolarmente complessa visto che in taluni casi le esigenze di alcune persone confliggono con quelle di altre, e soprattutto che col termine “persona con disabilità” ci si può riferire ad una enorme varietà di soggetti, tutti con necessità differenti e che necessitano di risposte in parte differenti.

Rimanendo nel solo campo delle disabilità di tipo intellettivo (che a loro volta sono una parte delle disabilità cognitive, le quali includono anche i disturbi di apprendimento, i disturbi dell'attenzione e molti altri, che non sempre comportano prestazioni inferiori in test d'intelligenza), va evidenziata una grande variabilità delle stesse: possono avere una natura genetica, derivare da malattie o incidenti, riguardare lo sviluppo incidendo sulle capacità di relazione e interazione con gli altri, sulla comunicazione, sul linguaggio. Inoltre molto ampia è anche, ovviamente, la variabilità relativa alla gravità della disabilità intellettiva stessa.

La molteplicità delle forme con cui si manifestano le disabilità intellettive è caratterizzata da particolari profili ognuno con propri punti di forza e di debolezza: nella sindrome di Down, ad esempio, la memoria visuo-spaziale è migliore di quella verbale, mentre nella sindrome di Williams si ha il contrario.¹² Ciò pone notevoli difficoltà nel tentare di definire dei criteri progettuali, valevoli per tutti, che garantiscano una piena accessibilità degli spazi e rispondano adeguatamente ai criteri di sicurezza nell'utilizzo degli stessi.

10 Fonte: Indagine ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari” – 2004-2005

11 Fonte: “La popolazione ieri, oggi e domani” Ufficio Statistica Comune di Trieste – novembre 2012

12 Si veda a tal proposito www.disabilitaintellettive.it

SICUREZZA E ACCESSIBILITÀ

Il termine sicurezza ha una molteplicità di significati, ma può essere generalmente definita come azione “*senza preoccupazione*” (dal latino “*sine*” senza e “*cura*” preoccupazione).

La sicurezza totale, concetto assoluto e difficilmente traducibile nella realtà, si ha in assenza di pericoli. Per ovvie ragioni è praticamente impossibile raggiungere tale livello di sicurezza: è più facile raggiungere, invece, un alto livello di sicurezza, grazie all’applicazione di norme di comportamento che limitano i possibili rischi.

Quando si parla di edifici sicuri, si fa fundamentalmente riferimento a tre ambiti della sicurezza: sicurezza strutturale, sicurezza al fuoco e sicurezza in uso. Quest’ultimo ambito è il più recente ed indica tutto ciò che ha a che fare con la sfera delle azioni che si compiono nello spazio architettonico, compresi gli incidenti che in questo si possono verificare¹³.

Una buona progettazione ha una forte potenzialità ai fini della prevenzione degli incidenti che potrebbero accadere, al fine della salvaguardia dell’incolumità delle persone, nelle condizioni di emergenza che si possono verificare in tale contesto.

Il pedissequo rispetto delle norme relative ad accessibilità e sicurezza non assicura però una buona qualità dell’ambiente costruito: non è sufficiente rispettare la normativa per fruire di uno spazio sicuro ed accessibile, ma sono necessari accorgimenti ulteriori e un’approfondita riflessione sugli utenti che fruiranno principalmente dello spazio in oggetto. Tale affermazione assume ancora maggiore valore se ci si riferisce alle persone con disabilità intellettuale, termine che, come accennato nel paragrafo precedente, definisce una grande varietà di persone con esigenze molto differenti: per tale motivo risulta assai difficile creare norme e regole che valgano per tutti.

In Italia, ad esempio, le principali norme in tema di accessibilità sono rappresentate dalle Legge n. 13/1989 e dal relativo Decreto

13 Conti C., Garofolo I., Percezione e Sicurezza: il ruolo del Progetto di Architettura, pagg.43-54 in Sicurezza accessibile Comunicazione in emergenza, Esperienze a confronto su tecnologie, ausili e buone prassi nella comunicazione con persone con sordità, a cura di Giorgio Scip, EUT, Trieste, 2012

Ministeriale n. 236/1989, nonché dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 503/1996: all'interno di queste norme, pur ribadendo che l'obiettivo è rimuovere gli ostacoli fonte di disagio per chiunque, nulla viene detto nello specifico per garantire una migliore accessibilità alle persone con disabilità intellettiva.

Gli interventi seguenti curati da altri relatori, che si concentrano nello specifico su alcune tipologie di disabilità intellettive (le persone anziane con problemi di demenza e Alzheimer, le persone con Disturbi dello Spettro Autistico, le persone con sindrome di Down), fanno emergere proprio la grande variabilità delle risposte ideate in funzione delle esigenze specifiche della persona, ed anche la non funzionalità di alcune per altre tipologie di persone.

IN CASO DI EMERGENZA

Tentando di realizzare un discorso valevole per la maggior parte delle persone, si può affermare che in caso di emergenza, bisogna porre l'attenzione su alcuni aspetti. Il primo problema che si pone è *far capire l'emergenza*; successivamente, è necessario comprendere *come agire, come comportarsi* ed infine, *come recarsi in un luogo sicuro* (con il relativo problema dell'accessibilità del percorso da seguire per raggiungere tale luogo).

Capire l'emergenza è il primo aspetto fondamentale: grazie alla presenza di diverse tipologie di allarme (sonoro, visivo, ecc.) il riconoscimento dello stato di emergenza è più semplice. Per alcune persone con disabilità intellettiva, però, queste tipologie di allarme non agevolano la percezione del segnale, ma addirittura possono comportare una situazione di disagio e nervosismo (pensiamo ad esempio ad una persona con disturbo dello spettro autistico lasciata da sola in una stanza in cui si attiva un forte allarme sonoro o un segnale luminoso lampeggiante). Per tale motivo riveste un'importanza ancora maggiore la comunicazione da parte del soccorritore, che deve necessariamente essere chiara e non confondibile.

Il passaggio successivo è *come agire*: è fondamentale creare uno *schema di comportamento* che garantisca la salvezza e la protezione della persona.

Il Dipartimento dei Vigili del Fuoco ha pubblicato nel febbraio 2004 il volume “*Il soccorso alle persone disabili: indicazioni per la gestione dell'emergenza*”¹⁴ sul comportamento più indicato da adottare a seconda delle tipologie di disabilità. Le indicazioni nel caso di disabilità intellettive, però, sono limitate proprio a causa dell'impossibilità di generalizzare le stesse per i motivi sopra riportati, rendendo molto difficile la codifica di azioni standard da seguire. Il volume ricorda che è fondamentale il ruolo del soccorritore, il quale deve utilizzare messaggi semplici e rassicuranti, anche perché le persone con disabilità intellettive possono avere difficoltà nel riconoscere la situazione di emergenza o nell'essere motivate ad agire (anche in relazione al non possesso di abilità di lettura, alla difficoltà di percezione visiva di istruzioni scritte o pannelli). Inoltre la persona con disabilità cognitiva può avere difficoltà nell'eseguire istruzioni piuttosto complesse ed esibire un atteggiamento di nulla collaborazione con coloro che portano soccorso, manifestando una reazione di totale rifiuto e disconoscimento della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi auto o etero diretti nei confronti di coloro che intendono prestare soccorso. In tali casi i Vigili del Fuoco suggeriscono che il soccorritore mantenga la calma, parli con voce rassicurante, e ricorra eventualmente ad un intervento coercitivo di contenimento per salvaguardare l'incolumità della persona.

L'elemento fondamentale che può fare la differenza nel garantire la sicurezza è rappresentato da una continua esercitazione, effettuata insieme alle persone con disabilità intellettiva, ad agire in situazioni di emergenza simulata.

In sequenza, l'ultimo aspetto da affrontare è come proteggere l'incolumità della persona, facendole raggiungere un luogo sicuro. È importante quindi essere in grado di determinare la propria posizione nello spazio e comprendere i modi ed i metodi per spostarsi da un luogo ad un altro. Questi processi sono definiti da due termini specifici: l'*Orientamento* ed il *Wayfinding*.

Con il termine *Orientamento* si intende la *capacità di determinare la propria posizione nello spazio*¹⁵, mentre con il termine *Wayfinding*,

14 www.vigilfuoco.it/allegati/biblioteca/legge__disabili.pdf

15 Arthur P. Passini R, *Wayfinding: people, signs and architecture*, Mc Graw Hill Book, NewYork, 1992

si individuano “i modi ed i metodi attraverso cui le persone si orientano all’interno dello spazio fisico allo scopo di spostarsi da un luogo ad un altro, in relazione ai meccanismi di percezione sensoriale dell’ambiente ed alle condizioni qualitative dello stesso”¹⁶.

In questi casi, il progettista, può avere un ruolo fondamentale nell’aiuto della conoscenza degli spazi, con tecniche che permettono di rendere immediatamente accessibili messaggi anche per le persone che presentano difficoltà di lettura o comprensione. Il progettista deve quindi pensare ad un ambiente realmente fruibile dal maggior numero di persone possibile, con la consapevolezza che l’accessibilità universale non potrà essere facilmente raggiunta, usando accorgimenti analoghi a quello riportato nell’immagine sottostante.¹⁷

Nel raggiungimento di un luogo sicuro emerge anche il prioritario aspetto dell’accessibilità del percorso, che non deve presentare ostacoli e che in tale maniera diverrà comodo e fruibile da parte di tutte le persone. Con piccoli accorgimenti, alcune opere nate esclusivamente con il fine di eliminare le barriere architettoniche sono divenute percorso preferenziale per tutti: si pensi ad esempio al caso delle rampe di accesso ai locali, che sono preferite e maggiormente utilizzate rispetto ai gradini delle scale e che possono rappresentare un percorso d’esodo più sicuro per tutti.



Nonostante una corretta progettazione, spesso però, il problema principale è la reale e concreta fruibilità degli spazi o dei percorsi: non sono rari i casi in cui, locali completamente accessibili di fatto

16 Carattin E., Tatano V., Zanut S., “Analisi di sistemi di orientamento spaziale e wayfinding per il progetto di ambienti a elevata complessità ambientale” in http://www.academia.edu/801362/Analisi_dei_sistemi_di_orientamento_spaziale_e_wayfinding_per_il_progetto_di_ambienti_a_elevata_complessita_ambientale

17 <http://blog.asisignage.com/2010/12/23/great-wayfinding-blog-post-about-using-visual-clues-to-guide-people/>

non lo sono a causa di porte difficilmente manovrabili, percorsi ingombri di materiali, assenza di cartellonistica, ecc.

Ad esempio alcuni elementi critici da valutare per garantire la sicurezza, anche delle persone con disabilità intellettive, sono relativi a:

- porte: presenza di porte utilizzabili come uscita di sicurezza, senso di apertura verso l'esterno, sempre liberamente e agevolmente apribili;
- percorsi: liberi e sgombri da oggetti, complanari e di adeguate misure per il passaggio, dotati di illuminazione di emergenza...;
- rampe inclinate e scale: dotate di pavimentazione non sdruciolevole, con corrimano e parapetto, assenza di piccoli gradini e soglie non facilmente rilevabili...

Infine è fondamentale ricordare che un luogo si può definire sicuro se è ben progettato e realizzato ma anche se è utilizzato con le dovute attenzioni: facendo una breve ricerca sul web si reperiscono con facilità decine di immagini relative ad uscite di emergenza bloccate con catene o da auto parcheggiate di fronte alle stesse, luoghi di lavoro come nella foto sottostante in cui una bicicletta posizionata davanti alla porta d'uscita d'emergenza ne impedisce la fruizione, o alberghi in cui l'uscita di emergenza è bloccata da mobili accatastati in prossimità della stessa.



ACCESSIBILITÀ E SICUREZZA NELLE SCUOLE

In relazione alle tematiche della sicurezza e dell'accessibilità, il Centro Regionale di Informazione sulle Barriere Architettoniche - CRIBA FVG con l'Unione Italiana Lotta Distrofia Muscolare - UILDM sezione di Udine e con Cittadinanza attiva, ha partecipato nel 2013 al progetto *“Assente ingiustificato”*, una campagna nazionale di sensibilizzazione e informazione per le scuole italiane, con l'obiettivo di contribuire alla messa in sicurezza e all'ottenimento dell'accessibilità delle scuole, conclusosi con il *“XI Rapporto su sicurezza, qualità e accessibilità a scuola”*¹⁸.

I dati raccolti da 155 monitori attraverso 446 indicatori, sono relativi a 165 scuole di 18 regioni (tutte ad eccezione di Valle D'Aosta e Liguria).

Tale lavoro è particolarmente significativo anche perché è stata rilevata la presenza di almeno un alunno con disabilità intellettiva in ogni scuola esaminata.

Da aprile 2013, in Provincia di Udine, sono stati effettuati sopralluoghi in 20 scuole secondarie di primo grado ed interviste ai Responsabili della sicurezza, al fine di valutare la presenza di barriere architettoniche, la messa in sicurezza degli stabili e la salubrità degli stessi. I risultati del progetto verranno presentati nel corso del 2014.

Oltre a questa attività, il CRIBA, nato nell'ottobre 2009 su proposta del Comitato Provinciale di Coordinamento delle Associazioni dei Disabili di Udine, grazie alla volontà della Consulta Regionale delle Persone con Disabilità e delle loro famiglie Onlus, offre un servizio gratuito ad enti pubblici e privati, di consulenza tecnica ed informazione sui temi dell'accessibilità e della progettazione accessibile, su aspetti normativi e su concessione di contributi, organizzando seminari e convegni di formazione, promuovendo iniziative di ricerca e sviluppo correlate al tema dell'accessibilità ed offrendo un'ampia raccolta di documentazione scientifica.

Gli obiettivi della Consulta Regionale sono il raggruppamento, in un unico polo, delle attività di formazione e promozione delle tematiche legate alla progettazione urbanistica, edilizia ed oggettualmente rispettosa dei bisogni di tutti, in particolare delle categorie di

¹⁸ Il rapporto è consultabile sul sito internet: www.cittadinanzattiva.it

utenti definite deboli. L'intento è ottenere una maggiore accessibilità e fruibilità del territorio, contribuendo alla promozione di una migliore qualità della vita per tutti.

Disabilità mentale e soccorso: l'esperienza dei Vigili del Fuoco

STEFANO ZANUT

CORPO NAZIONALE VIGILI DEL FUOCO - COMANDO PROVINCIALE DI PORDENONE

Affrontare un tema complesso come quello della gestione di scenari emergenziali dove sono coinvolte persone con disabilità mentale rappresenta una vera e propria sfida sia per un soccorritore, come nel caso dei vigili del fuoco, sia per quanti s'interessano più genericamente dei temi connessi con la sicurezza e della elaborazione di piani di emergenza. Inoltre la specifica normativa e la letteratura tecnico-scientifica disponibile risultano assolutamente insufficienti a rappresentare problematiche di questo tipo, preso atto che solitamente si manifestano con variabili e sfaccettature difficilmente codificabili a priori.

Una su tutte può essere l'estrema difficoltà di identificare la persona interessata prima di mettersi in relazione con lei. Solo per fare un esempio, una persona con disabilità motoria può manifestare le proprie difficoltà in modo visivo, mentre una persona con autismo no: nel primo caso il potenziale soccorritore sarà in grado di strutturare le più idonee modalità d'intervento sulla base di alcuni indicatori che sono chiaramente in grado di caratterizzare la per-

sona e la sua possibile risposta (ad esempio l'eventuale l'ausilio o le sue modalità di movimento), nel secondo, invece, dovrà essere in grado di modulare la propria azione sulla base dei feed-back che via via riceverà dalla persona che sta aiutando. In entrambi i casi sarà necessaria una specifica formazione del soccorritore, ma strutturata su necessità radicalmente diverse, così come diverse dovranno essere le modalità operative.

Per cercare di far fronte a scenari del genere il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ha pubblicato le linee guida sul soccorso alle persone disabili¹, nel cui ambito sono anche fornite indicazioni sulle *“Misure riferite alla disabilità cognitiva”*, con l'obiettivo definire alcune semplici indicazioni da considerare in presenza di persone che *“possono avere difficoltà nel riconoscere o nell'essere motivate ad agire, in caso di emergenza, da parte di personale di soccorso non addestrato”*.

In tale contesto le persone con disabilità cognitiva vengono sostanzialmente descritte in base alle loro possibili risposte agli stimoli ambientali e del soccorritore, oltre che a particolari comportamenti. Per fare un esempio: *“... esse possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni piuttosto complesse e che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni. In situazione di pericolo (incendio, fumo, pericolo di scoppio, etc.) un disabile cognitivo può esibire un atteggiamento di completa o parziale o nulla collaborazione con coloro che portano soccorso.*

Può accadere che in una situazione nuova e sconosciuta, manifesti una reazione di totale rifiuto e disconoscimento della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi auto o etero diretti nei confronti di coloro che intendono prestare soccorso.

In tali evenienze il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante con il disabile, farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo e decidere rapidamente sul da farsi. La priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, ed il ricorso ad un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione”.

Per rimanere sul tema degli aspetti comportamentali, non va dimenticato che le persone coinvolte in un evento emergenziale po-

¹ La pubblicazione ha per titolo *“Il soccorso alle persone disabili: indicazioni per la gestione dell'emergenza”* ed è disponibile gratuitamente su <http://www.vigilfuoco.it/asp/ReturnDocument.aspx?IdDocumento=369>

trebbero assumere atteggiamenti diversi da quelli ordinari e non essere sempre in grado di rispondere correttamente, adottando, di fatto, comportamenti tali da configurarsi come condizioni transitorie di disabilità. Va da se che le predette indicazioni generali potrebbero risultare utili anche in queste ultime circostanze.

Nella formazione di base di un soccorritore, o più in generale di una persona chiamata a prestare un aiuto a un'altra con disabilità mentale, possono tornare utili le seguenti indicazioni generali:

- bisogna essere consapevoli che:
 - la persona coinvolta potrebbe non avere la capacità di percepire il pericolo;
 - potrebbe non possedere abilità della letto-scrittura;
 - la sua percezione visiva di istruzioni scritte o di segni grafici potrebbe essere confusa;
 - il suo senso direzionale potrebbe essere limitato e per questo necessitare di qualcuno che l'accompagni;
- le istruzioni e le informazioni da fornire devono essere proposte in semplici fasi successive (bisogna essere molto pazienti!);
- può risultare utile impiegare modalità di comunicazione con segnali semplici o simboli immediatamente comprensibili, ad esempio usandone alcuni che siano in grado di rappresentare la situazione;
- nel caso abbia capacità di comprendere il linguaggio parlato, anche se con qualche difficoltà espressiva, la raccomandazione è di verbalizzare sempre e direttamente le operazioni che si intendono effettuare;
- va trattata come una persona adulta che ha un problema di apprendimento e, pertanto, non ci si deve rivolgere a lei con sufficienza, né trattata come fosse un bambino.

Gli aspetti appena delineati, sebbene in modo sintetico, sono stati affrontati dal Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco nel contesto generale della sicurezza delle persone disabili, a cui ha dedicato una certa attenzione che a partire dalle conoscenze generali sul proble-

ma sono state utilizzate per elaborare percorsi formativi dei propri operatori, oltre che norme di sicurezza.

Per fare qualche esempio, considerando le persone con Alzheimer sono state elaborate specifiche modalità da considerare in caso di ricerca di persone disperse² in ambienti di particolare estensione e complessità, come montagne, boschi, greti di fiumi, ecc.; così è stato anche considerando la ricerca di persone con autismo. Entrambe sono contenute nei manuali dedicati alle tecniche TAS (Topografia Applicata al Soccorso) che devono conoscere tutti gli operatori dei vigili del fuoco a partire dai percorsi di accesso al ruolo.

Sul tema dell'autismo c'è da qualche tempo una certa attenzione, tanto da aver intrapreso specifici percorsi di collaborazione con strutture di riferimento sull'argomento per la formazione di tutto il personale sull'argomento e l'elaborazione di specifiche modalità d'intervento. In altra parte di questa pubblicazione saranno analizzati gli esiti della collaborazione tra il Comando provinciale dei Vigili del Fuoco di Pordenone e la Fondazione Bambini e Autismo della stessa città, dove saranno indicate le modalità operative che i vigili del fuoco dovranno attuare negli scenari di soccorso dove sono coinvolti persone autistiche.

In condizioni critiche come un incendio dovranno essere considerati alcuni aspetti particolari connessi con la risposta della persona autistica in questa situazione di stress: molto probabilmente cercherà di fare cose che possono farla stare meglio e per questo cercherà situazioni e luoghi a lei più congeniali.

Proviamo a rappresentare una situazione da incendio, in cui un bambino autistico si trova coinvolto in una situazione in cui c'è molto caldo, fumo, caos e un essere spaventoso vestito di nero (il vigile del fuoco in tenuta da intervento) si avvicina velocemente a lui: certamente scapperà rifugiandosi nel luogo

2 Dalla relazione 2014 del Commissario straordinario del Governo per le persone scomparse: *“Fra i maggiorenni, desta particolare allarme la categoria delle persone anziane. Gli ultra sessantacinquenni scomparsi alla data del 30 giugno 2014 sono 1.568 (1.320 italiani e 248 stranieri), 75 in meno rispetto al 31.12.2013 (1.643). Molto spesso si tratta di malati di Alzheimer o di adulti affetti da malattie neurologiche”*. Per questo all'interno della stessa relazione viene dedicato un apposito capitolo, dal titolo *“La prevenzione delle scomparse dei malati di Alzheimer: geolocalizzazione e disciplinare operativo di ricerca”* (http://www.interno.gov.it/sites/default/files/xi_relazione_personale_scomparse.pdf).

a lui più congeniale (magari la sua cameretta), con la possibilità che incrementi la pericolosità dello scenario.

Potrebbe verificarsi la possibilità che cerchi di rientrare nel luogo in cui si trovava prima (magari la casa in fiamme) rifiutando il tentativo di aiuto.

Nella relazione di soccorso va posta attenzione a queste dinamiche, per cui bisogna evitare di urlare, imprecare e correre verso queste persone, che potrebbero leggere tale atteggiamento come un'aggressione da cui difendersi. La situazione va quindi gestita, ovviamente per quanto possibile, con molta calma. Nel caso sia necessario prendere in braccio il bambino vanno poste le medesime attenzioni, avendo cura di spiegare con calma ciò che si sta facendo e perché.

Estratto da "Fire rescue", in AA.VV. "Dangerous encounter - Avoiding perilous situations with autism" (2002), in cui si evidenziano le difficoltà di un intervento per incendio dov'è presente un bambino autistico.

Diverse saranno invece le modalità considerate nel caso di un soccorso in cui è coinvolta una persona Down, quando non sono da sottovalutare alcune caratteristiche fisiche che la caratterizzano come l'impaccio motorio, la scarsa coordinazione e a volte il sovrappeso. Va inoltre posta attenzione al fatto che in una persona con questa sindrome l'età intellettiva non corrisponde a quella anagrafica, quindi la relazione comunicativa dovrà essere semplice, rassicurante e diretta con la proposizione di messaggi chiari e semplici, uno alla volta. Normalmente un down aderisce con facilità al pensiero del soccorritore (o di chi porta la divisa) senza porsi troppe domande.

Infine, alcuni aspetti sono stati considerati in modo trasversale anche nell'ambito della normativa di sicurezza. Attenzione è stata posta, ad esempio, al controllo delle uscite di sicurezza al servizio di luoghi dove sono presenti persone che non possono allontanarsi autonomamente (è il caso, ad esempio, dei Centri Alzheimer o comunque luoghi in cui possono essere presenti persone con questa problematica). Così si esprime nel merito il D.M. 18/9/2002 (Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, costruzione ed esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private), che vi dedica il punto 4.9 (Sistemi di apertura delle porte e di eventuali infissi): *"Qualora, per necessità connesse a particolari patologie dei ricoverati, sia necessario cautelarsi da un uso improprio*

delle uscite, è consentita l'adozione di idonei e sicuri sistemi di controllo ed apertura delle porte alternativi a quelli sopra previsti. In tali casi, tutto il personale addetto al reparto deve essere a conoscenza del particolare sistema di apertura ed essere capace di utilizzarlo in caso di emergenza”.

Ovviamente la strutturazione ambientale e, di conseguenza, le scelte connesse con la sicurezza, deriveranno da un'attenta analisi delle problematiche presenti e delle specifiche necessità dei potenziali utenti. Per questo non va sottovalutata l'importanza di un loro coinvolgimento e degli operatori che li seguono, preso atto che questi ultimi conosceranno probabilmente meglio di altri le specifiche necessità delle persone interessate. Giova per questo ricordare le indicazioni delle circolari n. 4/2002 (Linee guida per la valutazione della sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro dove siano presenti persone disabili), che sebbene riferite ai luoghi di lavoro sono ispirate dai seguenti principi generali:

- “prevedere ove possibile (ad esempio, quando sono già presenti lavoratori disabili), il coinvolgimento degli interessati nelle diverse fasi del processo;
- considerare le difficoltà specifiche presenti per le persone estranee al luogo di lavoro;
- conseguire adeguati standard di sicurezza per tutti senza determinare alcuna forma di discriminazione tra i lavoratori;
- progettare la sicurezza per i lavoratori con disabilità in un piano organico, che incrementi la sicurezza di tutti, e non attraverso piani speciali o separati da quelli degli altri lavoratori”.

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).

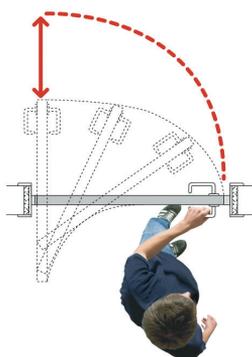


Foto 11 e 12:
porta rototraslante

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.

Soccorso alle persone con Disturbi dello spettro Autistico: dalla conoscenza della sindrome alle modalità di intervento

SABRINA BURATO
FONDAZIONE BAMBINI E AUTISMO ONLUS

L'EMERGENZA E LE PERSONE DISABILI

Il termine Emergenza identifica una situazione, un momento critico o un imprevisto che comporta rischio per le persone che si trovano in un ambiente, oppure per l'ambiente stesso. La risposta organizzata al verificarsi dell'emergenza identifica il piano di emergenza, che ha come obiettivo quello di ridurre le conseguenze. Nel D.M. 10/3/1988, "Criteri generali di sicurezza antincendio per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro", e più specificatamente nel suo allegato VIII, vengono finalmente formalizzate con estrema chiarezza le procedure da attuare in situazioni di emergenza. Ma è solo nel 2002 che vengono forniti i primi documenti applicativi dedicati alla gestione delle emergenze in presenza di persone con disabilità (circolare del Ministero dell'Interno n.4 del 1 marzo 2002, "Linee guida per la valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro ove siano presenti persone disabili"). Da notare che nel D.M. 10/3/1988 il concetto di "disabilità" viene correlato con quello di

“difficoltà”, nel senso che il problema non è tanto individuato nella persona, quanto nelle condizioni ambientali. Tale presupposto assume un significato di particolare importanza nel riconsiderare il concetto di disabilità, che non è tanto legato all’individuo, quanto all’eventuale condizione di svantaggio ad esso imposta.

SOCCORSO ALLA PERSONA

I Vigili del Fuoco ricevono una formazione generica in merito a svariate situazioni di emergenza, tra queste, oltre a pericoli insiti nell’ambiente come l’incendio, l’alluvione ecc.. essi si trovano di fronte le persone da soccorrere e trarre in salvo. Tra queste vi possono essere per l’appunto persone con disabilità di ogni genere: disabilità motorie, sensoriali, cognitive e transitorie. Pertanto le condizioni in cui i Vigili del Fuoco si trovano ad intervenire sono imprevedibili, e solo l’esperienza sul campo può andare ad arricchire il bagaglio di nozioni ricevute durante la formazione e gli addestramenti.

Soccorso alla persona significa entrare in relazione con essa. Per poterlo fare è necessario prima di tutto comprendere le necessità specifiche dell’individuo che si ha di fronte, poi trovare la modalità più efficace per comunicare un primo e rassicurante messaggio ed infine agire garantendo alla persona la massima sicurezza e autonomia possibile anche dopo averla tratta in salvo.

Quando un Vigile si trova a dovere far ciò nei confronti di una persona con disabilità è chiaro che deve quantomeno essere in possesso di una serie di informazioni per poter, in primo luogo, capire che tipo di difficoltà presenta la persona e successivamente essere a conoscenza delle linee guida di comportamento per la gestione del problema. Solo dopo è nelle condizioni di intervenire nel modo adeguato.

È proprio su questa necessità di formazione ed esperienza che poggia il lavoro svolto dalla Fondazione Bambini e Autismo di Pordenone e dai Vigili del Fuoco del Commando di Pordenone che di seguito verrà illustrato.

SOCCORSO ALLA PERSONA CON AUTISMO

Partendo dal *modus operandi* dei Vigili del Fuoco e dalle necessità delle persone con Disturbo dello Spettro Autistico (di seguito anche ASD), si è proceduto alla stesura di un Protocollo Sperimentale al quale hanno collaborato l'equipe della Fondazione Bambini e Autismo ONLUS di Pordenone, coordinata dalla dott.ssa Cinzia Raffin, e il Commando dei Vigili del Fuoco di Pordenone, con referente l'Arch. Stefano Zanut.

Come affermato da Zanut stesso, parlando in rappresentanza del Commando dei Vigili del Fuoco di Pordenone, "La collaborazione con la Fondazione Bambini e Autismo ONLUS di Pordenone va ad aggiungere il capitolo Autismo alle Procedure di Soccorso alle persone con disabilità". Zanut inoltre ci spiega che "Per un Vigile del Fuoco, ogni esperienza diversa è fondamentale per arricchire la formazione teorica, pertanto ogni esperienza specifica (in questo caso relativa a emergenze che coinvolgano persone con Autismo) può essere estesa a qualsiasi situazione in cui si ravvisi la necessità di un intervento simile".

SOCCORSO ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO: DALLA CONOSCENZA DELLA SINDROME ALLE MODALITÀ DI INTERVENTO

Cosa significa essere autistici? Utilizzando una metafora, potremmo provare a raccontarlo così:

"Immaginatevi di essere dei piccoli marziani sbarcati da una astronave su un pianeta sconosciuto dove vi sono tanti esseri del tutto somiglianti a voi che parlano, si muovono, ridono piangono per motivi a voi sconosciuti. Non conoscete il loro linguaggio, ma non capite neanche i loro gesti. Vi sembra che si muovano secondo certe regole a voi del tutto sconosciute, non riuscite ad intuire praticamente nulla di quel mondo, però avvertite che potrebbe essere molto pericoloso, non sapete leggere nel volto di quegli esseri se saranno ostili o se vi lasceranno in pace, così siete sempre carichi di angoscia, sempre in una situazione di allarme. Avete dei sensi

molto sviluppati, molto più dei loro, così sentite molto più di loro rumori, odori, gusti. La vostra vista è così acuta che vedete dettagli che loro non percepiscono nemmeno e alcuni di questi vi preoccupano alquanto, mentre lasciano del tutto indifferenti quegli esseri: sirene, fischi, bagliori, persino un vestito inusuale o un profumo che non avete mai sentito può mettervi in crisi, qualsiasi cosa che cambi nell'ambiente che vi pareva di incominciare a conoscere, vi mette in uno stato di agitazione. L'imprevedibilità è il nemico peggiore e tutto quello che non avete ancora esperito in quel pianeta sconosciuto rappresenta per voi un imprevisto. E quel che è peggio è che gli abitanti di quel pianeta non si accorgono che voi siete degli alieni e così si rivolgono a voi parlandovi, gesticolando, incalzandovi, non capiscono perché siete spaventati, non capiscono perché non vi comportate come loro, non capiscono perché non rispondete, vi isolate o fate gesti strani, perché emettete versi ripetitivi, perché spostate gli oggetti o li rimettete al loro posto. Questa è la vostra condizione. Questo è essere autistici”.

Siamo dei buoni ospiti per i nostri amici “alieni”?

Lo siamo solo se comunichiamo, non con il nostro linguaggio, ma con il loro. E se insegniamo loro a capire il nostro mondo, non come l'abbiamo capito noi, ma considerando il loro stile cognitivo.

Ormai è risaputo che l'Autismo è una patologia tutt'altro che rara, le ultime ricerche stimano l'incidenza di 1 caso di Autismo ogni 100 nati, e negli ultimi dieci anni le conoscenze che si hanno su tale sindrome si sono ormai diffuse. Quello che ancora si sta cercando di fare è di dare delle risposte univoche ed efficaci a questa condizione che attanaglia molte famiglie e rende difficoltosa l'integrazione delle persone con Autismo nel tessuto sociale, a causa delle loro peculiari difficoltà di comprensione della realtà e delle relazioni sociali. Inoltre le persone con Autismo hanno modalità particolari di percezione e processazione degli stimoli ambientali che, se non conosciute, comportano degli svantaggi per la persona anche in molte situazioni comuni. Ma possiedono anche delle abilità dalle quali partire per capire il loro modo di ragionare.

Punti di debolezza

*Processazione
informazioni verbali*

Mancanza di flessibilità

*Difficoltà di
generalizzazione*

Difficoltà di visione globale

Punti di forza

*Processazione
informazione visiva*

Apprendimento di routine

*Discriminazione
percettiva*

Attenzione per i dettagli

Quale reazione può avere una persona con Autismo in caso di emergenza?

Anche in situazioni “normali” la persona autistica può incontrare delle difficoltà - come di fronte ad un passante ignaro che le rivolge delle domande e gesticola o nel caso in cui le sue routine vengano interrotte (ad esempio a causa della sospensione della scuola o del lavoro) anche se per motivi piacevoli come una vacanza - e può manifestare questo disagio con reazioni esagerate di angoscia o rabbia. È quindi veramente difficile prevedere quale possa essere la reazione di una persona con autismo in situazioni di emergenza quali terremoti, incendi o simili. Potrebbe non riconoscere il pericolo, ostinarsi a svolgere le proprie attività rifiutandosi di interromperle anche a scapito della propria o altrui sicurezza, spaventarsi e avere delle crisi comportamentali peggiorando la situazione, ecc.

Più che per qualsiasi altra persona, per la persona affetta da Autismo potrebbe essere difficile affrontare la situazione di emergenza perché potrebbe non avere l'intuizione di capire la situazione in base agli indizi dell'ambiente e di conseguenza non saper adottare un corretto modo di agire. Ecco allora che, per garantire maggiore sicurezza alle persone con Autismo, è necessario formarle sulle situazioni di pericolo secondo le loro necessità, insegnando loro a riconoscere ed affrontare le situazioni di emergenza ed è necessario farlo con modalità di insegnamento efficaci.

La Fondazione Bambini e Autismo, partendo dalla realtà porde-
nonese, punta ad ottenere un alto livello di integrazione di queste

persone nella vita comunitaria del loro territorio. In quanto cittadino, la persona con Autismo ha diritto alla sicurezza. È necessario a tal fine promuovere una inclusione che non si limiti ai “contenitori” classici, quali scuola, casa e centri specifici, ma che coinvolga e riguardi sempre nuovi contesti, soggetti e ambiti e – di conseguenza - diritti.

Considerare la persona con Autismo, ma più in generale tutte le persone con disabilità, in primo luogo dei cittadini aventi dei diritti tra i quali *anche* quello alla sicurezza, è un forte segno di civiltà!

Per rendere tutto ciò concreto, è necessario che la persona con ASD, venga presa in carico nella sua globalità, e che venga per prima formata su quanto accade nel mondo, sulle regole che vigono nella società e sulle situazioni in cui può incappare. Pertanto, oltre ad un Progetto globale individualizzato è fondamentale anche la collaborazione del territorio.

Tra le iniziative che la Fondazione Bambini e Autismo ha promosso in questo senso vi sono: il “PROTOCOLLO DI PRIMO SOCCORSO” (*Autismo - vol. 2013/1. Giornale italiano di ricerca clinica e psicoeducativa. Edizioni Erickson*) e il “DISCIPLINARE DI COLLABORAZIONE TRA FORZE DELL’ORDINE E LA FONDAZIONE BAMBINI E AUTISMO ONLUS” firmato il 2 aprile 2013 presso la Prefettura di Pordenone.

Quello che verrà illustrato di seguito è invece il Progetto Pilota in collaborazione con i Vigili del Fuoco, denominato “TI AIUTO A SOCCORRERMI” del quale si sta ultimando la stesura del protocollo.

PROTOCOLLO CON I VIGILI DEL FUOCO “TI AIUTO A SOCCORRERMI”

La formazione delle persone con Autismo dovrà prevedere azioni coordinate con le quali ad essere istruiti non saranno solo i bambini e gli adulti con autismo, ma anche i soccorritori e, prima ancora, i progettisti, le famiglie e così via.

Le azioni previste nel protocollo per la preparazione all’emergenza tra Fondazione Bambini e Autismo e Comando dei Vigili del Fuoco di Pordenone constano quindi di diverse fasi.

Una fase prevede la formazione teorico pratica per le squadre dei vigili del fuoco, con i seguenti obiettivi:

- apprendere gli indicatori per il riconoscimento di una persona con Autismo e conoscere l'Autismo nelle sue caratteristiche principali;
- acquisire esperienza con diverse persone con Autismo attraverso simulazioni pratiche e video;
- redigere linee guida per la gestione dell'intervento al fine di evitare i principali problemi che si potrebbero presentare in situazioni di emergenza ove siano coinvolte persone con Autismo e garantire la messa in sicurezza delle stesse;

Una ulteriore fase, parallela alla formazione dei Vigili del Fuoco, è la formazione delle persone con autismo:



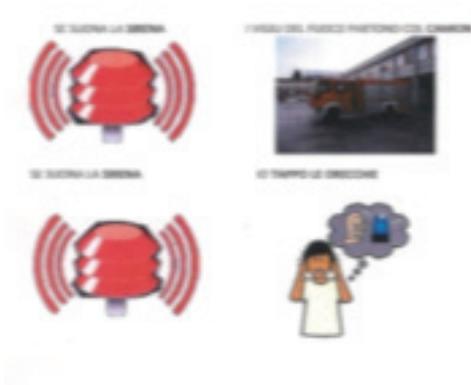
Si è proceduto individuando un gruppo di persone seguite dalla Fondazione Bambini e Autismo, di diverse età e con ASD di diversa gravità. Sono state seguite metodologie educative e riabilitative basate sull'utilizzo di supporti visivi quali foto e pecs, e sono stati costruiti materiali ad hoc per insegnare alla persona con Autismo quali sono le situazioni di emergenza, ad esempio ricorrendo a storie illustrate, video e/o situazioni virtuali.

In questa fase alla persona sono state inoltre illustrate e fatte esperire, con visite presso la caserma dei Vigili del Fuoco, le procedure di intervento dei soccorritori. Di seguito alcuni esempi di materiali didattici:

- Vestizione dei vigili del fuoco



- Mezzi di trasporto e sirena



Dopo la preparazione teorica, che serve ad anticipare ciò che succederà, in modo da attutire l'impatto negativo che hanno sull'autismo gli imprevisti e le novità, si è passati all'insegnamento dei corretti comportamenti da tenere attraverso simulazioni sempre più realistiche.

Si è partiti dal creare momenti di incontro con i Vigili del Fuoco per far entrare le persone con Autismo in relazione con i soccorritori durante situazioni neutre, fino ad arrivare alla simulazione di situazioni di emergenza, eseguendo vere e proprie prove di evacuazione. Il tutto è stato filmato in modo da avere materiale utile per le fasi di apprendimento successive.

L'esito di questa fase sperimentale del progetto è stato molto positivo per ambo le parti. Per i Vigili del fuoco si è trattato di una preliminare formazione sull'Autismo che ha riscosso molto interesse, in linea con le modalità di addestramento già previste per svariate situazioni di emergenza. Per i Vigili la possibilità di incontrare e

relazionarsi con diverse persone con Autismo ha conferito quel valore aggiunto che solo l'esperienza concreta può dare.

I ragazzi con Autismo che sono stati coinvolti in questa fase del progetto hanno manifestato interesse per i materiali presentati e hanno interagito in modo adeguato con i Vigili del fuoco che hanno incontrato. Inoltre hanno accettato di eseguire le prove di evacuazione senza dare segni di ansia e tenendo un comportamento molto collaborativo.

Questa esperienza è la dimostrazione che conoscendo il problema e con gli strumenti e le nozioni giuste si possono superare le difficoltà e trasformarle in buone prassi da condividere ed esportare per il benessere di tutti, sia delle persone con disabilità che di chi si trova ad interagire con loro nelle condizioni più svariate.

Pianificazione delle Emergenze con le persone con “sindrome di Down”

MASSIMO ZUCCHIATTI
ASSOCIAZIONE DOWN FRIULI VENEZIA GIULIA
SEZIONE DI UDINE

LA SINDROME DI DOWN - TRISOMIA 21: COS'È ?¹

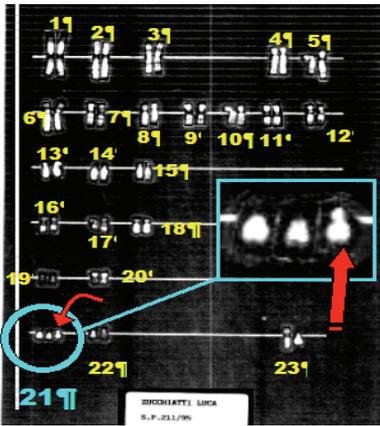
Inizierei scrivendo cosa non è .

Non è una malattia, infatti dalla sindrome di Down non si guarisce, non è contagiosa, non è ereditaria, ad oggi non esiste una cura, non esiste una prevenzione.

Si chiama sindrome di Down (d'ora in poi SD) perché “sindrome” indica un insieme di caratteristiche simili nelle persone con SD, e “Down” – con l’iniziale maiuscola- perché è il cognome del dottor Langdon Down, medico britannico che nel 1866 ne individuò per primo le principali caratteristiche.

Si chiama più correttamente “Trisomia 21” perché nella 21a coppia di cromosomi di ogni cellula, invece di 2 cromosomi se ne trovano 3. Tale scoperta avvenne nel 1959 grazie al professore francese Jerome Lejeune.

¹ Estratto dalla Tesina di 3^a media di Luca Zucchiatti



Mappa cromosomica con Trisomia 21

ma è un campo prettamente clinico che, chi desidera, potrà approfondire personalmente.

La SD è una situazione genetica che caratterizza la persona per tutta la sua vita. In Italia si può stimare la presenza di circa 38.000 persone con SD e circa 1 bambino ogni 1000 nuove nascite.

Le persone con Trisomia 21- sindrome di Down sono prima di tutto persone, l'extra cromosoma le caratterizza per quanto riguarda questo tipo di disabilità e le difficoltà che essa comporta.

Come dicevo al Convegno , il corretto modo di esprimersi modifica il nostro comportamento verso le persone con SD anche durante un'emergenza o la "Pianificazione delle Emergenze" (Tratto da COORDOWN ONLUS).

Questo cromosoma in più causa difficoltà intellettive più o meno accentuate, difficoltà linguistiche, motorie, talvolta problemi alla vista, all'udito, al cuore o all'apparato digerente. Le difficoltà e la loro importanza sono diverse tra le persone con SD.

Ci sono almeno tre tipi di Trisomia: libera, traslocazione e mosaicismo, che accentuano o attenuano le conseguenze,

Cose da non dire	Cose da dire...	Perché
Mongoloide	Persona (bambino/ ragazzo/ adulto) con la SD	Il termine "mongoloide" ha assunto sempre più nel tempo una accezione dispregiativa. All'inizio, e per molto tempo, ha permesso di "riconoscere" le persone con SD attraverso la presunta somiglianza dei tratti somatici con quelli della popolazione mongola con cui non ha nessuna relazione.

affetto da SD o malato di SD	ha la SD con la SD	La SD non è una malattia ma una situazione genetica. È inesatto parlare dunque di malattia, che è un concetto completamente diverso, che implica in sé tra l'altro, una possibile evoluzione verso la guarigione. La SD è una situazione genetica che caratterizza la persona per tutta la sua vita.
Una persona, bambino figlio Down	Una persona/ bambino/figlio con la SD o che ha la SD	Scrivere “persona Down”, significa identificare quella persona con la sua condizione. Le persone con SD sono prima di tutto Persone, la SD è una situazione che le caratterizza ma non le annulla nella loro specificità.
Ritardato/ Handicappato mentale	Persona con disabilità intellettiva	Riguarda ancora l'identificazione della persona con la sua situazione.
Malattia, handicap	Situazione o condizione genetica	La SD non è una malattia. L'handicap è il possibile rischio di esclusione che può derivare dall'aver la SD. Due persone con SD a Roma e a Canicattì hanno entrambe la SD ma non lo stesso handicap.

LA PIANIFICAZIONE DELLE EMERGENZE CON LE PERSONE CON SINDROME DI DOWN

Pianificare significa organizzare qualcosa seguendo, o facendo seguire, un piano o un programma sulla base di dati acquisiti e di competenze specifiche.

Sappiamo dunque che ci sono parecchie persone con SD: bimbi, adolescenti, ragazzi, adulti, anziani; sono nei nostri paesi, nelle nostre città, scuole, luoghi diversi; sono figli o parenti di amici, o nostri parenti, o semplici conoscenti.

Sono persone che incontriamo e possiamo immaginare che in passato siano state coinvolte, più o meno direttamente, in situazio-

ni di emergenza: incidenti domestici, a scuola, sul posto di lavoro, incidenti stradali, oppure in situazioni di emergenza straordinarie quali incendi, terremoti, inondazioni, frane, ecc. Possiamo ipotizzare che, se ancora non è loro mai accaduto, potrebbe accadere in futuro.

Scrivo nell'intento di fornire alcune indicazioni pratiche ed operative a chi dovesse organizzare delle Prove di Evacuazione preventive di esercitazione, o si trovi davanti a situazioni di emergenza reali in presenza di persone con SD.

Sappiamo già che ogni persona con SD è diversa da un'altra e quindi le indicazioni sono generiche, ma derivano da esperienze vissute e sperimentate con numerose persone.

Nell'insegnamento, nelle prove di evacuazione, nell'informazione e nell'educazione alla Pianificazione delle Emergenze non possiamo prescindere dal definire delle ABILITÀ di BASE quali:

- Insegnare una buona COMUNICAZIONE per poter chiedere aiuto in caso di bisogno, anche facendosi aiutare da insegnanti di sostegno, logopedisti o altri operatori specializzati;
- Insegnare ad ORIENTARSI all'interno ed all'esterno di un fabbricato, nella strada, in città, anche di notte;
- Insegnare un COMPORTAMENTO STRADALE in sicurezza.
- Insegnare come ci si accorge di essersi persi...
- Insegnare a ritrovare la strada giusta;
- Insegnare a chieder aiuto;²
- Durante l'insegnamento ai bambini o ragazzi con SD gli atteggiamenti fondamentali di cui tener conto devono essere:
- utilizzare un linguaggio semplice e chiaro (che non significa povero...);
- riconoscere le loro conquiste durante l'apprendimento e manifestare apprezzamento;
- creare un rapporto basato sulla realtà e sul concreto;
- coinvolgere direttamente ed attivamente i ragazzi con SD.

2 Dal Libro VERSO L'AUTONOMIA di Anna Contardi.

Le persone con SD, come tutte le altre persone, vivono in ambienti diversi a seconda della loro età, anche le Emergenze saranno vissute e trattate in modo diverso secondo l'età della persona con SD: dalla nascita fino a 3 - 6 anni, oppure bambino, o adolescente, adulto oppure anziano.

I bimbi con SD, come tutti i bimbi, stanno per lo più con i genitori, o all'asilo nido, o alla scuola materna, ma sempre e comunque sotto la stretta sorveglianza di adulti senza disabilità...conclamate.

Dai 6 a 14 anni i ragazzini con SD trascorrono la mattinata a scuola ed il pomeriggio in casa, sempre sotto la sorveglianza di adulti siano essi insegnanti, genitori, parenti o altro.

Dai 15 ai 19 anni i ragazzi con SD al mattino frequentano la scuola, molti frequentano le Scuole Superiori, altri frequentano corsi professionali. I pomeriggi possono essere trascorsi in casa, o in attività organizzate (attività sportive, doposcuola, oratorio, centro di aggregazione, gruppo scout, ecc.) per permettere loro di acquisire un'autonomia maggiore, per socializzare e vivere come tutti i ragazzi fanno

A questa età i ragazzi con SD non sempre si trovano assieme ad adulti o ad altri ragazzi, molte sono volte da soli in strada, in altri luoghi o in edifici diversi dalla loro abitazione.

Gli adulti con SD possono trovarsi in situazioni diverse: chi a casa con i genitori, chi al lavoro, chi in un centro diurno per persone con disabilità (C.S.R.E: Centri Diurni, Case di riposo, centri "speciali"). In quest'ultimo caso le persone con SD sono quasi sempre assieme a persone adulte "specializzate": educatori, infermieri, operatori sanitari, volontari, ecc.

Ci sono adulti con SD che vivono autonomamente, in piccoli gruppi di tipo familiare e con minima supervisione da parte di educatori.

Le persone anziane con SD generalmente vivono in famiglia con i fratelli o ancora con i genitori, o in strutture protette come le case di riposo, i centri diurni, centri specializzati per persone con disabilità intellettive ed altre disabilità.

Per queste persone la Pianificazione delle Emergenze dipende dalle persone loro vicine: parenti, operatori sanitari, infermieri, volontari, educatori, ecc.

- Pianificare un'emergenza "con" le persone con SD significa sapere come io, adulto senza disabilità, posso aiutare durante e dopo un'emergenza la persona con SD che è vicina a me.

Anche le persone con SD, come tutti noi, sono diverse tra loro e potremmo trovarci vicino a bimbi, ragazzini, adolescenti o adulti aperti al dialogo, oppure vicino a qualcuno chiuso in sé stesso (talvolta la SD si associa all'autismo), calmi oppure disorientati, spaventati o agitati, a volte con difficoltà ad esprimersi, spesso con problemi sensoriali di vista e/o di udito, oppure con problemi di deambulazione (lentezza a muoversi, a camminare, a scendere le scale, incapacità di correre) tutte caratteristiche che possono amplificarsi in una situazione di emergenza.

Può capitare che le persone con SD non rilevino spontaneamente la situazione di improvviso pericolo, può essere per loro necessario conoscere in anticipo ciò che potrebbe accadere affinché possano organizzarsi lo spazio temporale e fisico in tempo utile.

Spiegando loro le cose con calma e motivandole, parlando semplicemente e chiaramente, si avrà certamente una buona relazione con le persone con SD, una loro buona *performance* durante la simulazione di Prove di Evacuazione o nelle emergenze reali. È indispensabile che l'insegnante, l'infermiere, l'educatore o il familiare si eserciti preventivamente, praticamente e ripetutamente affinché la sua comunicazione risulti efficace e davvero utile in caso di emergenza.

Parlare della gestione di un'emergenza, di come "salvarsi" è un insegnamento esattamente come l'insegnamento dell'italiano o di qualsiasi altra materia.

È di primaria importanza imparare a proteggersi durante un terremoto, che ci si trovi in casa, a scuola, sul luogo di lavoro, in un centro commerciale o altrove. È buona abitudine saper osservare e memorizzare la posizione delle vie di uscita quando si entra per la prima volta in un edificio, semplice o complesso.

Possiamo pensare che 2 sole prove di evacuazione in un anno scolastico, per di più preannunciando data e ora delle stesse, siano davvero sufficienti a formare le persone (anche senza SD) per questa importante finalità?

Le persone con SD spesso hanno più difficoltà a comprendere la necessità immediata di uscire da un locale, di interrompere bruscamente un'attività interessante (lettura di un libro, ecc) e scappare immediatamente per correre all'esterno, dove magari fa freddo, piove, ecc.

Le persone con SD spesso non sono veloci nel correre, o scendere le scale (quel cromosoma in più) e possono rallentare l'evacuazione anche di altre persone.

Le emergenze poi possono essere SIMULATE o REALI.

Per quelle SIMULATE ci riferiamo alle Prove di Evacuazione in una scuola, in un ambiente con altre persone, con adulti che programmano la prova, i tempi, i luoghi, le persone e le azioni di ognuno, magari dopo un tranquillo *coffee-break* nel quale si è programmato tutto

Per Emergenze REALI intendiamo situazioni di pericolo "VERO", che possono mettere a dura prova anche il comportamento delle persone senza disabilità, generando incertezza sul da farsi, incertezza su chi deve fare cosa e come, confusione, panico ...

Prendiamo in esame le Emergenze SIMULATE e le Prove di Evacuazione all'interno di un edificio pubblico (scuola, centro diurno, ecc..) che serviranno ad acquisire comportamenti e competenze importanti in caso di Emergenze reali.

Per la scuola dell'Infanzia l'insegnante di sostegno con gli altri insegnanti curricolari della classe, assieme ad un consulente per la sicurezza (RSPP, ASPP, tecnico) spiega, in modo adeguato all'età di chi ascolta, che ci potrebbero essere delle situazioni di pericolo a seguito delle quali, se si rimanesse dentro l'aula, la mensa, ecc., ci si potrebbe far male. Parlando del terremoto, ad esempio, si potrebbe simulare la situazione con semplici "effetti": oscillazione e caduta di un armadietto, di soprammobili, anche sulla testa della maestra.

È necessario spiegare pacatamente e chiaramente che, quando la maestra dice forte: "ATTENTI! SOTTO AL TAVOLO!" tutti devono proteggersi la testa e la schiena mettendosi velocemente sotto un tavolo, un banco, sotto la cattedra, sotto un cuscino. È importante proteggersi la testa anche con un libro o qualsiasi altra cosa a portata di mano, se non ci si può riparare sotto un tavolo e non si ha niente in mano si deve andare subito vicino ad una parete SENZA

FINESTRE (indicandole chiaramente) poi accovacciarsi e mettersi le mani sulla testa.

Poi, quando la MAESTRA dirà: "TUTTI FUORI!" tutti dovranno uscire in fila, SENZA DARSI LA MANO E SENZA METTERE LA MANO SULLA SPALLA O PRENDERSI AL BRACCIO O ALLA SPALLA DEL COMPAGNO e andare fuori, lontano dalla scuola (o dall'edificio). Per la scuola dell'Infanzia quanto sopra vale sia per i bimbi con SD che per quelli senza disabilità.

Per la scuola Primaria è importante che le suddette spiegazioni vengano ripetute più volte ai bambini con SD e vengano effettuate delle prove ulteriori solo con loro.

Per la scuola secondaria di 1° grado valgono le stesse indicazioni, le spiegazioni andranno ripetute più volte ai ragazzini con disabilità, sapendo che i ragazzini senza disabilità saranno più veloci, ma che è molto importante il rispetto di tutti, soprattutto di chi ha più difficoltà. Si noterà allora che le Prove di Evacuazione dove partecipano anche alunni con disabilità responsabilizzano gli alunni senza disabilità, i quali impareranno, in modo quasi spontaneo, ad aiutare chi ha più bisogno.

Per la scuola secondaria di 2° grado (le Superiori) le indicazioni sono analoghe. I ragazzi con SD che frequentano le Superiori si trovano in edifici molto più grandi, con centinaia se non migliaia di altri studenti. Gli allarmi (simulati o reali) non vengono più dati con il fischiotto, tamburello, voce della maestra o campanella suonata dal bidello (utilizzo il termine bidello perché più familiare, ricordando l'antico significato antico di guardia, sorvegliante), ma con sirene che possono spaventare, specialmente se il ragazzo con SD non le conosce, sirene che spesso non si sentono in tutti i locali dell'edificio, o che lo studente con SD non può sentire chiaramente perché ha problemi di ipoacusia, ecc.

Recentemente mi trovavo in una scuola superiore di media grandezza -in Provincia di Udine - e uscendo dopo una riunione (è accaduto a gennaio, a 4 mesi dall'inizio dell'anno scolastico) ho trovato un ragazzo senza disabilità che, al piano terra, cercava disperatamente i servizi igienici. Gli ho chiesto se fosse la prima volta che entrava in quella scuola e lui mi ha risposto di essere un alunno della scuola ma, trovandosi in un'aula nuova, non era più in grado di orientarsi.

Anche alle Superiori, quindi, le spiegazioni devono essere date più e più volte, a tutti gli studenti, le prove di evacuazione devono essere ripetute con i ragazzi con SD , ed in più situazioni: aula, palestra, aula informatica, aule speciale, aula di sostegno, laboratori, mensa e anche dalle toilette!

I ragazzi con SD che frequentano le Superiori talvolta saranno da soli nei corridoi, durante la ricreazione (ancora non sono molti i ragazzi che si fermano con loro a parlare, purtroppo), nei servizi igienici, quindi le spiegazioni devono comprendere anche queste situazioni di vita reale. I ragazzi con SD fanno più fatica a capire certe informazioni, hanno bisogno di più tempo.

È indispensabile spiegare ripetutamente cosa fare quando si sente suonare l'allarme, far capire come possono essere dati gli “allarmi” , spiegare come uscire da un fabbricato complesso come, a volte, può essere una scuola secondaria di 2° grado, il tutto ripetuto almeno ogni mese. Ricordo che in Giappone le persone “normali” fanno prove di evacuazione ogni settimana!

- Pianificare un'emergenza “per” le persone con SD significa sapere come io, adulto senza disabilità, posso aiutare la persona con SD in un'eventuale emergenza che possa accaderle quando è da sola.

Se è stato compiuto il percorso sopra indicato le indicazioni, i consigli per un'efficace pianificazione sono piuttosto semplici. Mancando il percorso sopra indicato la pianificazione rimane una parola scritta, del tutto inutile per le persone con disabilità.

Dal Libro VERSO L'AUTONOMIA di Anna Contardi nel capitolo a cura del dott. Canevaro si legge:

Un soggetto che impara vive alcune condizioni:

- Trova un senso nel tempo e nella situazione di apprendimento;
- Vive un'abilità cognitiva con una strategia personale;
- Sa organizzarsi per poter utilizzare la strategia personale;
- Sa collegare una nuova abilità con altre;
- Ha la dimostrazione di aver conseguito o meno un risultato.

Le persone con SD che si trovino da sole e coinvolte in un'emergenza

genza, se preventivamente e adeguatamente preparate, sapranno comportarsi adeguatamente o almeno mettersi al riparo da pericoli allontanandosi da eventuali situazioni pericolose: un piccolo incendio in cucina, un corto circuito in un cavo elettrico, la caduta di oggetti pesanti, una scossa di terremoto, un allagamento.

Ad esempio, qualche anno fa, Pordenone si trovò allagata. Alcuni adulti con SD si trovavano da soli in un appartamento per l'autonomia abitativa. Nonostante la situazione pericolosa, imprevista e sconosciuta hanno saputo portare in salvo dall'acqua alcuni oggetti preziosi, salire al 1° Piano e chiamare i soccorsi in modo appropriato. Tutto ciò proprio perché gli era stato insegnato come comportarsi in caso di bisogno, di pericolo di fronte a qualcosa che poteva danneggiarli – istruzioni ed insegnamenti forniti dal gruppo del dottor Ferraresso assieme all'Associazione Down FVG di Pordenone.

È chiaro che parlare, spiegare e sperimentare più volte, tramite simulazioni, situazioni di possibili emergenze con le persone con SD sin dall'infanzia permetterà loro di interiorizzare i comportamenti adeguati per mettersi in sicurezza.

Come se fosse un gioco i bambini proveranno a interrompere bruscamente la loro attività, sia essa il gioco preferito, una lettura appassionante, oppure lasciare il piatto prelibato che hanno davanti per allontanarsi rapidamente da un pericolo che forse non vedono (il terremoto non si vede). Sperimentando ogni mese situazioni diverse, spiegando loro sempre qualcosa in più, in maniera semplice - quant'è difficile farlo - i bambini con SD diventeranno ragazzi, e poi adulti, consapevoli e informati sul da farsi.

Durante incontri e corsi sulla Pianificazione delle Emergenze non di rado noto fastidio, noia, disinteresse, indifferenza e apatia sia da parte di insegnanti che di genitori o di lavoratori o persone comuni che assistono al corso, come se certe situazioni potessero accadere solo ad altri e mai a noi stessi, che stiamo faticosamente seduti lì, davanti a qualcuno che ci spiega come salvarci in caso di emergenze particolari che tanto, a noi, non capiteranno mai.

Questo disinteresse preoccupa poiché, pur augurando ovviamente a tutti di non trovarsi mai in situazioni di emergenza, ci fa capire quanto poco si comprenda tuttora l'importanza che ha per ogni cittadino l'acquisizione di tali competenze.

Anche noi tecnici del settore sappiamo quanto sia difficile interessarsi alla corretta informazione, formazione e Pianificazione delle Emergenze di altre persone, specialmente se queste non capiscono subito, non fanno immediatamente ciò che gli si dice, sembra vivano in un loro mondo (mi riferisco a persone con difficoltà intellettive come possono esserlo le persone con SD).

Noi tecnici della Prevenzione, RSPP, consulenti, VVF, Volontari della Protezione Civile, genitori, docenti, ecc. dobbiamo impegnarci maggiormente verso le persone che hanno necessità particolari e, allora, la Pianificazione delle Emergenze sarà cosa di tutti i giorni.

Sappiamo che quando vengono effettuate Simulazioni di Emergenze da parte della Protezione Civile, VVF, Comuni non è facile trovare persone che vi partecipino, mentre i cittadini dovrebbero parteciparvi spontaneamente e con entusiasmo se venissero maggiormente sensibilizzati sull'argomento: una cultura civica da incrementare!

Le simulazioni di emergenza servono a pianificare le emergenze, fornendo informazioni utili e corretta ed efficace formazione ai cittadini, per rendere maggiormente efficienti i soccorsi e ridurre il numero delle vittime in caso di calamità!

Dopo un terremoto, un'inondazione, un'alluvione, una frana, un incendio capita ancora troppo spesso di rilevare che ci sono state difficoltà e problemi nelle operazioni di soccorso e sfollamento dovute alla scarsa collaborazione e preparazione delle persone coinvolte in tali eventi particolari che, purtroppo, accadono tutt'altro che raramente nel nostro Paese.

Anche la non accurata Pianificazione dei Soccorsi può rappresentare un grosso problema, ma ciò spesso deriva dall'insufficiente o mancata preparazione, informazione preventiva, formazione pratica, dal non aver effettuato ripetute simulazioni, ecc.

Si pensi all'impreparazione di molte persone anche nelle "piccole emergenze": caduta di alcuni centimetri di neve in città, foratura di un pneumatico, mancanza di energia elettrica in casa (come si apre un cancello elettrico se non si trova la chiavetta sblocca-motore?...). E quanti di noi sanno quali sono i "muri portanti" sicuri durante un terremoto a casa propria?

Come si può capire le mancate simulazioni, ovvero le Prove di Evacuazione, in caso di emergenze reali generano: confusione, di-

sordine, incidenti, feriti e a volte morti evitabili se solo le persone, con o senza disabilità, fossero state preparate !

Come i bambini, gli anziani o persone con altre disabilità intellettive, comportamentali, sensoriali o fisiche, anche le persone con SD hanno bisogno di sperimentare concretamente prove e simulazioni di emergenze e, soprattutto, necessitano di chiare spiegazioni *ad personam* ed *in situazione*, della corretta comprensione delle quali il tecnico, o chi per lui, dovrà sempre accertarsi.

I bambini, ragazzi ed adulti con SD, prima di tutto, devono comprendere cosa vogliamo fare, perché e come lo dobbiamo fare.

Durante la scuola dell'obbligo i bambini e i ragazzi, in un arco di tempo lungo 11 anni, imparano molte cose, dalla matematica alla musica, dall'italiano all'educazione fisica..., ma quante prove di evacuazione faranno gli alunni in questi 11 anni, pari a 99 mesi, ovvero 2500 giornate circa trascorse a scuola? Forse 15 o 20, se va bene...

E quante verifiche di matematica faranno ? Circa 80 (una al mese, esclusa l'infanzia) alle quali sommare altre 300÷400 verifiche nelle altre materie...

Come dicevo più sopra è importantissimo saper fare una divisione e capirla sarebbe altrettanto importante avere una buona formazione per sapersi salvare, e aiutare altri a farlo, in caso di pericolo.

La scuola è un luogo fondamentale, importantissimo per preparare, informare, formare tutte le persone a saper fronteggiare le possibili emergenze.

In un futuro prossimo alcune di queste persone potranno pianificare e coordinare con efficienza un'emergenza neve, un *black-out*, ecc. Certamente ricordiamo il 30 settembre 2003, quando l'Italia rimase al buio per il grande *black-out*...accadde di tutto..., molti ospedali non sapevano neppure far funzionare i generatori di corrente d'emergenza...!

Se avremo fornito una formazione come sopra indicato avremo dei ragazzi e degli adulti con SD preparati ad affrontare una emergenza.

La pianificazione potrà essere fatta dalla stessa persona con SD, se sarà stata adeguatamente preparata, quand'era a scuola, in famiglia o in corsi per l'Autonomia come quelli organizzati, ad esempio, dall'AIPD (Associazione Italiane Persone con sindrome di Down.),

se avrà ricevuto spiegazioni chiare ed esaurienti sulle situazioni di emergenza ipotizzabili nel suo abituale contesto di vita (non si ipotizzerà la caduta di un aereo sulla casa né uno tsunami se si abita lontano dal mare, bensì il terremoto con i danni conseguenti, un *black-out* di energia elettrica, o una rottura dell'impianto idraulico, una copiosa nevicata, un allagamento, una possibile alluvione, ecc.).

Un problema non facilmente risolvibile si pone quando la persona con SD, di qualsiasi età, non riesce a comunicare verbalmente in modo sufficientemente comprensibile oppure non è in grado di leggere e/o scrivere (talvolta accade, ad esempio, che una persona con SD sia in grado di leggere solo lo stampato maiuscolo...).

Persone con queste difficoltà, che si riscontrano anche in disabilità diverse dalla SD, solitamente sono più seguite dagli adulti e lasciate poco da sole. In questi casi una pianificazione delle emergenze può essere più difficile ma non impossibile. Saranno necessarie una maggiore informazione e, soprattutto, una maggiore formazione, ovvero provare e riprovare più situazioni emergenziali diverse, facendosi anche aiutare da persone con capacità ed esperienza (non intendo consigliare i soliti "esperti" i quali – da definizione – "sono quelle persone che hanno commesso tutti gli errori possibili in un campo molto ristretto"...).

Relativamente alle difficoltà di linguaggio e di comunicazione si può ricorrere a soluzioni anche di tipo tecnologico quali cellulari semplici da utilizzare e con messaggi preregistrati, cartellini colorati con frasi prestampate: "Mi chiamo...., ho bisogno di..., il numero telefonico di casa mia è..."

Con persone con SD, o altre disabilità intellettive, e con persone che hanno difficoltà di comunicazione il compito di formarle sarà più impegnativo, ma sicuramente le soddisfazioni saranno sensibilmente maggiori ed è importante iniziare con entusiasmo, determinazione, ascolto e sensibilità verso la persona.

EMERGENZE ESPERIENZE PRATICHE CON PERSONE CON SD

Storia:

“Giovanni si è perso, probabilmente l'autobus ha saltato la sua fermata o era distratto, ma adesso scende in un luogo che non conosce. Che fare? Gli abbiamo insegnato che:

- - deve sempre avere un documento e dei soldi con sé
- - può chiedere aiuto (“come faccio ad andare a..”)
- - può telefonare ai suoi genitori o a..
- - deve scoprire dov'è (può chiedere, ma se è in difficoltà nel farsi capire l'interlocutore al tel gli suggerisce di entrare in un negozio o se non c'è di avvicinarsi ad un passante ed eventualmente passarlo al telefono)”

È fondamentale insegnare a chiedere aiuto in modo consapevole. Alcuni anni fa 3 ragazzi adolescenti si stavano recando da soli al club dei ragazzi dell'AIPD con la metropolitana da luoghi diversi di Roma e ci fu un black out, tutte le metro si fermarono e i passeggeri invitati a scendere nel luogo dove erano. Reazioni dei 3: Il 1° chiedendo ai passanti ha trovato un mezzo alternativo di superficie ed è arrivato a destinazione, il 2° ha tel. a casa e la madre è andata a prenderlo, il 3° ha chiamato l'operatore ed è stato guidato telefonicamente a risolvere il problema. Non c'è una reazione univoca, è frutto delle caratteristiche individuali e del percorso educativo fatto.

Anna Contardi, coordinatrice nazionale Associazione Italiana Persone Down Roma

Sappiamo già che è fondamentale iniziare raccontando con chiarezza alla persona con disabilità che cosa si andrà a fare e per quale motivo lo si farà. Nell'esperienza personale riscuote costantemente successo il far provare direttamente al bambino, o ragazzo, con SD ad “organizzare” la Prova di Evacuazione nella propria scuola, spiegandogli quale comportamento dovranno tenere lui (o lei), i suoi compagni e gli insegnanti; sarà la stessa persona con SD a far suonare gli allarmi e far evacuare compagni e maestre, e sarà importante farlo partecipare attivamente.

Nelle prove successive lui (o lei) starà assieme ai compagni e agirà come loro. Forse ci vorrà più di una prova ma, se si iniziamo a fare le Prove di Evacuazione in settembre (e non a Natale), si avrà tutto l'anno scolastico davanti.

La partecipazione attiva funziona molto bene, anche perché così si mostra il “dietro le quinte”, si fa vedere dove si trova il campanello d'allarme, che cosa fanno “i grandi”, come lo fanno, ecc.

ALCUNI CONSIGLI PRATICI

1. Nei primi giorni di scuola provate ad assegnare come compito a casa: “Simula una prova di evacuazione a scuola e poi racconta cosa è successo.” (Perché no? Se c'è qualche insegnante o RSPP di scuola che sta leggendo questo articolo, lo prego, batta un colpo!)
2. È pensiero comune ritenere che “ il terremoto capiterà solo ad altri ..non a me! Non nella mia scuola!” Sappiamo che non è così. Consiglio, pertanto, di fare una prova di evacuazione al mese, in situazioni diverse: in mensa prima del pranzo o durante, in aula, in palestra, d'inverno a ricreazione quando fuori piove e tutti sono dentro a giocare, rincorrersi, parlare nei corridoi o nell'atrio (non è indispensabile uscire all'esterno e bagnarsi tutti, è sufficiente concludere la prova davanti al maniglione antipanico delle U.S.), al 1° piano nell'aula di informatica, o nel seminterrato nella “palestrina” di psicomotricità, ai servizi igienici o al laboratorio di meccanica, o nelle ore serali (alle “serali” delle scuole superiori, di solito, non si fanno mai prove di evacuazione la sera: perché?) o quando ci sono “Scuole Aperte” (una buona immagine della serietà della scuola, e dunque, perché no?): il terremoto non aspetta che tutti siano in classe!

Le Prove di Evacuazione, per essere davvero utili, andrebbero fatte, e lo ribadisco, almeno una al mese e non le sole 2 in un anno previste dalla norma (DM 26 agosto 1992: Norme di prevenzione incendi per l'edilizia scolastica). In una scuola una prova può durare da 2 a 5 minuti, e poi tutti sono nuovamente in classe. Questi preziosi 5 minuti al mese farebbero entrare tutti gli studenti di oggi, e gli adulti di domani, nella “cultura della sicurezza”. Inoltre, fare la prima prova verso Natale preavvisando tutti perché è la prima prova, è come far risolvere un compito di matematica fornendo anticipatamente la soluzione perché è il primo compito!

Poi si aspetta la bella stagione e la seconda provetta si fa più o meno il “6 maggio” o giugno, di nuovo preavvisando tutti poiché, da Natale a maggio, si suppone che si siano dimenticati tutto. Ritengo utile prendere in considerazione le possibili situazioni di pericolo sin dall'inizio dell'anno scolastico, perché sappiamo che un terremoto, un incendio, ecc.. accadono senza preavvisarci: non esiste la “prevenzione dal terremoto”, ma esiste la protezione della propria ed altrui persona che, con la giusta informazione e formazione, la larghissima maggioranza delle persone può mettere in atto. Simulazioni ed esercitazioni ripetute permettono di formare cittadini che, in caso di pericolo reale, sapranno attivare tempestivamente i corretti comportamenti di sfollamento e messa in sicurezza.

3. Le Prove di Evacuazione potrebbero essere attuate anche da una sola classe, dove magari si era rilevata una maggiore necessità: provano, escono, rientrano in pochissimi minuti: perché no?
4. Quando un insegnante o un RSPP di scuola ha nella classe anche un alunno con disabilità le prove di evacuazione non diminuiscono di numero, ma aumentano. È importante discutere tutti insieme su come aiutare il compagno con la SD, che è più “lento”, che non vuole interrompere l'attività che sta facendo, non vuole lasciare il suo banco forse soprattutto perché nessuno gli ha ancora spiegato chiaramente cosa si sta facendo, nessuno lo ha informato prima, nessuno gli ha dimostrato anticipatamente cosa deve fare e perché. I compagni impareranno che non tutti sono uguali
5. Nella scuola dell'Infanzia si può adottare anche la “corda per l'evacuazione”. Si tratta di una semplice corda colorata (costa pochi Euro) che deve essere molto lunga e deve trovarsi in ogni aula. I bambini sperimenteranno che, in caso di necessità di evacuazione, la prenderanno e, creando automaticamente una fila, usciranno dalla classe fino all'esterno. È una soluzione che ho ben sperimentata e che in Giappone, Svezia, Belgio e Stati Uniti viene utilizzata molto spesso con bimbi dai 3 ai 5-6 anni. I bimbi possono prenderla e scorrere le mani senza tirarsi o spingersi, non la lasciano perché la corda ha un significato molto profondo per un bimbo (dal punto psicoanalitico ricorda il cordone ombelicale ed ha un fascino particolare per i bimbi piccoli), essi

restano perfettamente in fila ed escono ordinatamente assieme, come durante un bel gioco. Dopotutto, a quell'età, le prove di evacuazione e la pianificazione delle emergenze devono essere per loro come un "bel gioco"! La lunga corda colorata può essere utilizzata anche nelle gite fuori dalla scuola con sicurezza e tranquillità delle maestre.

6. "BOLLINO VERDE ZUCCHIATTI"! Trattasi di una mia "invenzione", a costo zero, che dal 1999 presento alle scuole, piaciuta a tutti ma poco applicata (forse perché non ha costi?). Si invitano nelle scuole i tecnici comunali e/o i loro progettisti con una piantina dell'edificio dove sono indicati i "PUNTI SICURI" della costruzione in caso di terremoto (pareti portanti, architravi, angoli sicuri, pareti senza finestre, ecc.), poi gli insegnanti fanno disegnare un



"BOLLINO VERDE (Zucchiatti...)" che viene posto bene in vista nei "Punti Sicuri". In caso di terremoto questi luoghi facilmente individuabili in ogni locale, stanza o aula saranno i punti più sicuri ove rifugiarsi durante la scossa per chi, in quei momenti, non si trovasse in classe e non avesse vicino a sé un banco o tavolo sotto al quale trovare riparo. Il "BOLLINO VERDE (Zucchiatti)" potrebbe essere adottato nelle scuole, negli ospedali, nelle case, ecc. Alcune scuole lo hanno già adottato. L'idea mi era venuta oltre 10 anni fa perché, leggendo diversi opuscoli delle Protezioni Civili, VV.F., ecc. trovavo sempre le diciture "muratura portante", "architrave" e simili, scritte da tecnici per...tecnici. Mi sono chiesto: "Ma siamo tutti "ingegneri strutturali"? Siamo sicuri che tutti (persone normali, dirigenti scolastici laureati in lettere, insegnanti di storia o di inglese, ecc.) sappiano riconoscere rapidamente e con certezza una muratura portante o un'architrave in un edificio? Sfido chiunque a dirlo ed indicarlo in 2 secondi durante un terremoto, sfido anche l'ingegnere che sta scappando durante una "scossa".

Il "BOLLINO VERDE ZUCCHIATTI" è un'idea per risolvere il problema anticipatamente. (www.ilterremoto.it/emergenza-bollo-verde-zucchiatti-per-la-sicurezza-nelle-scuole/).

7. Ho anche ideato le “Hostess/Steward della sicurezza” nelle scuole (altra idea a costo zero). Ovvero il 1° giorno di scuola, e deve proprio essere il 1°, in ogni plesso scolastico uno o più Volontari della protezione civile di quel comune si presenta a scuola e salutando tutti invita a “osservare” le uscite di sicurezza di quella scuola e fornisce brevissime indicazioni sui comportamenti da attivare in caso di evacuazione (proprio come fanno le hostess o gli steward sugli aerei, prima di partire, anche se gli aerei sono molto meno complessi di un edificio scolastico). Finita la brevissima presentazione dopo un paio di minuti saluta tutti ed invita gli insegnanti a mostrare le altre “protezioni” della scuola (estintori, idranti, altre uscite) che possono essere viste nei giorni seguenti e spiegate semplicemente, con poche parole e in brevissimo tempo, da qualsiasi insegnante anche se non specializzato.
8. Alle scuole dell’Infanzia e alle Primarie si eviti di far prendere l’abitudine di tenersi per mano o di appoggiare la mano sulla spalla del compagno durante la Prova di Evacuazione, succede che ...uno tira l’altro...e si cade!
9. È utile che ciascun plesso scolastico acquisti alcuni caschi da cantiere da dare in dotazione a chi è su una sedia a ruote, per chi ha la gamba ingessata e non può andare sotto un tavolo o sotto una sedia (un casco “a norma” costa circa 4 o 5 Euro!) o per chi può uscire solo lentamente per altri motivi (disabilità). Ovvio che il casco segue l’alunno quando è a scuola altrimenti diventa un inutile sovrappiù).
10. È importante vietare di appendere gli zaini alle sedie o di lasciarli sparpagliati a terra. È opportuno allinearli addossati ad una o più pareti dell’aula, si eviteranno inciampi e cadute che possono essere “addebitati” all’insegnante presente, laddove non sia proprio Lei/Lui a inciampare e cadere
11. APRIFILA e CHIUDIFILA : evitare di nominare alunni di una classe Aprifila e Chiudifila . In questo modo le prove di evacuazione potranno essere svolte anche quando metà classe è assente per l’influenza. L’APRIFILA sarà sempre e comunque (in qualsiasi aula-palestra-mensa, ecc.) , il 1° della fila e il CHIUDIFILA sarà l’ultimo. L’alunno con SD potrà essere il CHIUDIFILA (un compito coinvolgente e di responsabilità);

12. REGISTRO SI - REGISTRO NO: non sapendo a priori come potrà comportarsi l'insegnante adulto che "comanda" o dovrebbe "comandare" la classe in una evacuazione SIMULATA o REALE quando ansia, paura, panico prendono il sopravvento (sappiamo purtroppo che anche il Comandante di una nave non è detto che rimanga sulla nave sino a che questa affonda) e non sappiamo se in quel momento si ricorderà di prendere con sé il registro di classe, si consiglia di assegnare ad ogni alunno/studente di ogni singola classe un numero progressivo. In questo modo quando alla fine dell'evacuazione tutti si ritroveranno all'esterno, chiamando numero dopo numero si saprà con certezza il "numero" (alunno/studente) mancante. In molte scuole, poi, si è passati al "registro elettronico" eliminando di fatto il "vecchio" Registro di Classe;
13. ALUNNI CON DISABILITÀ motorie, intellettive gravi, sensoriali ecc.: in caso di prova di evacuazione, se è possibile portare all'esterno l'alunno con disabilità lo si faccia ovviamente nel modo più sicuro per lui/lei e per chi lo aiuta nominando le persone addette e provando più volte l'evacuazione stessa (portare all'esterno un bimbo su sedia a ruote non è sempre facile) È preferibile affidare l'incarico a persone adulte o ad altri studenti se di età idonea (superiori) con lettera di manleva (ipotesi) da parte dei genitori. Nel caso , invece, non si possa portare facilmente all'esterno l'alunno ("Michele" che pesa 75 kg su sedia a ruote con peso di 20 kg , si trova al 1° piano nell'aula di informatica), la scuola provvederà all'acquisto di un "caschetto da cantiere" che durante l'anno scolastico accompagnerà l'alunno in tutti i suoi spostamenti e verrà messo in testa dall'alunno stesso o da chi gli è vicino se lui è impossibilitato. L'alunno con caschetto verrà collocato vicino ad una "parete portante" (o BOLLINO VERDE ZUCCHIATTI) o nell'angolo tra due pareti senza finestre e lontano da armadi, in sicurezza, in attesa di soccorsi mentre la classe esce all'esterno. Questa operazione non è un "abbandono di minore", ma una presa di coscienza delle difficoltà oggettive e logistiche di quella situazione ed è l'unica soluzione possibile per cercare di salvare la vita di "Michele". Nel caso un insegnante dichiari la propria disponibilità a restare (...) con "Michele" siano all'arrivo dei soccorsi, si acquisterà un caschetto anche per questa persona, se poi, nel trambusto questa

persona abbandonerà a sua volta “Michele” scappando a “gambe levate” avremo solo sprecato 5 euro per un caschetto.

Certamente non posso immaginare tutti gli scenari possibili, ma resto personalmente a disposizione di chi volesse discutere e cercare soluzioni a problemi specifici o particolari fornendo la mia mail per le discussioni: massimo.zucchiatti@gmail.com



Cultura della Sicurezza....



*Sicurezza della Cultura
(foto scattata in una scuola)*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

2009 Tesina di 3^a media di Luca Zucchiatti con SD (figlio dell'autore dell'articolo).

Indicazioni del COORDOWN ONLUS su come parlare della SD.

LIBRI CONSIGLIATI

Anna Contardi, *Verso l'autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Carocci.

Anna Contardi, Daniele Castignani, *Da soli in città senza mamma e papà. In strada tra orientamento, attraversamenti e mezzi pubblici*, Centro Studi Erickson.

Anna Contardi, *Libertà possibile. Educazione all'autonomia dei ragazzi con ritardo mentale*, Carocci.

Giorgio Sclip (a cura di), *Sicurezza accessibile. Comunicazione in emergenza. Esperienze a confronto su tecnologie, ausili e buone prassi nella comunicazione con persone con sordità*, EUT.

Giorgio Sclip (a cura di), *Sicurezza accessibile. La sicurezza delle persone con disabilità: buone prassi tra obblighi e opportunità*, EUT.

Giorgio Sclip (a cura di), *Sicurezza accessibile. Disabilità visiva: accorgimenti e strategie per migliorare la leggibilità e la comunicabilità ambientale*, EUT.

Donald A. Norman, *La caffettiera del masochista. Psicopatologia degli oggetti quotidiani*, Giunti Editore (collana Saggi Giunti).

Conclusioni

CARLO DALL'OPPIO
COMANDANTE PROVINCIALE
VIGILI DEL FUOCO DI TRIESTE

L'odierna giornata di studi si aggiunge a quelle precedenti del 2008, del 2009, del 2011 e del 2012 relative, la prima, in particolare, alle problematiche della sicurezza per le persone con disabilità, la seconda alla disabilità visiva, la terza inerente alle persone con problematiche di sordità e la quarta, in specifico, relativa all'informazione, formazione e addestramento alla sicurezza, con particolare riferimento agli obblighi e alle strategie tra buona prassi e novità.

In questa quinta giornata di studi è stato ampliato il campo alle problematiche relative alla sicurezza tra salute mentale e disabilità intellettive.

Nel corso della giornata sono stati affrontati argomenti estremamente interessanti, a partire dall'illustrazione di alcune esperienze personali, per poi passare ad un excursus storico relativo alla sicurezza delle persone con problemi di salute mentale.

Dalle situazioni prospettate nel corso delle relazioni è emerso come sia l'importante che l'interlocutore si metta in sintonia con gli altri per capirli, superando innanzitutto l'incapacità e le difficoltà di comprensione e cercando di dismettere i pregiudizi spesso presenti.

Infatti, le persone con disabilità intellettiva avrebbero bisogno di una rete sociale che le sopporti, composta dalle persone a loro vicine e dai familiari, dai servizi, nonché dalle istituzioni e dal territorio di riferimento.

A tal fine, viene ribadito come sia compito degli operatori del servizio sociale quello di identificare e determinare un progetto individuale, basato sui bisogni delle persone, finalizzato ad incoraggiare lo sviluppo delle capacità di integrazione e di partecipazione alla vita sociale e civile.

Occorre, quindi, partire dal soggetto e non dalla sua malattia, con un processo di destituzionalizzazione, anche finalizzato a superare le difficoltà “nell’accesso al diritto ad essere aiutati”.

Purtroppo, la comunità difficilmente accetta la follia e conseguentemente tende ad affrontare le tematiche relative alla sicurezza finalizzandole alla sola ricerca della “sicurezza” dei terzi e non dell’individuo con problemi di salute mentale.

Quest’ultimo, invece, è una persona che ha pari diritto ad ottenere sicurezza, oltretutto esiste una svariata casistica casi di persone con problemi di salute mentale inserite nel mondo del lavoro con risultati positivi.

Occorre, quindi, pensare ad una progettazione attenta alle esigenze e ai bisogni delle persone con disabilità mentale.

Altra necessità è quella di dover affrontare le problematiche relative alla comunicazione e di predisporre un’accurata valutazione del rischio negli ambienti di lavoro con presenza di persone con disabilità intellettive.

A riguardo, abbiamo assistito alla presentazione dell’esperienza maturata con la progettazione di una casa di riposo destinata all’accoglienza di anziani e di persone con problemi di demenza e Alzheimer.

Sono state esplicitate le soluzioni architettoniche che hanno consentito di offrire maggior sicurezza a questa tipologia di persone, avendo, in questa maniera, la conferma dell’assunto che l’approccio giusto anche a queste problematiche, così come a quelle affrontate nelle giornate di studio degli scorsi anni, non può che essere multidisciplinare.

Dopo l’apporto di alcune toccanti testimonianze personali è poi stata esposta dai diretti interessati l’esperienza di collaborazione tra il personale dei Vigili del Fuoco e la Fondazione Bambini & Au-

tismo, con particolare riferimento al soccorso delle persone con disturbi dello spettro autistico.

Si tratta di un progetto pilota estremamente interessante, ma che in futuro potrà essere reso esportabile in altre realtà.

Parallelamente, si è visto che esiste anche una correlazione tra ambiente di lavoro e salute mentale.

Infatti, in Italia, il dettato normativo impone ai datori di lavoro di gestire tutti i rischi per la salute e la sicurezza del dipendente, compreso, quindi, anche quello per la salute mentale del lavoratore.

A tal fine, per ben promuovere la salute mentale sono soprattutto importanti gli aspetti che riguardano la gestione del rischio.

Peraltro, il mondo del lavoro può servire alla salute mentale tramite una crescita del senso di integrazione sociale, di stato e di identità.

CONCLUSIONE

Si può, quindi, affermare che sicurezza da una parte e salute e disabilità dall'altra sono un binomio di un unico processo di un sistema dinamico in continua trasformazione.

In futuro, per migliorare occorre porre in atto appropriate misure per dare più sicurezza e serenità ai pazienti e di conseguenza anche ai loro familiari e agli operatori.

Ottenere più sicurezza significa anche garantire maggior tranquillità negli ambienti di vita e di lavoro.

Quello che si ritiene serva è un approccio unitario e interdisciplinare alle tematiche della sicurezza e della disabilità.

Dalla giornata di studio, se mai ce ne fosse stato bisogno, è nuovamente emersa l'importanza di questi momenti d'incontro e di confronto che consentono a tutti di crescere.

Ringraziando nuovamente tutti i relatori e i partecipanti a questa giornata di studi, confermo che da parte mia e della organizzazione a cui appartengo c'è la massima disponibilità a mantenere i contatti reciproci e a partecipare a future giornate di studi, in particolare, per riportare le nostre esperienze che nel frattempo sono maturate.