



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatria

SIMPOSIO

ASSISTENZA AL DEMENTE ANZIANO

La gestione integrata clinico ambientale: lo spazio come risorsa terapeutica

An integrated clinical-environmental management: Space as therapeutic resource

D. GOLLIN, C. BASSO, J. MCILWRATH, C. GABELLI

Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale (C.R.I.C.), Azienda Ospedale, Università di Padova,
Consorzio di Ricerca "Luigi Amaducci", Padova

Dementia and Alzheimer's disease in particular, due to their characteristics of duration, complexity and irreversibility, provoke our interest to reflect on how to effectively approach the question of its management. Dealing the natural course of the illness, the aim is to establish care and assistance priorities, reducing symptoms and improving relational and emotional exchange between patient and environment. Studies have demonstrated how dangerous can be an inadequate management of the patient's surroundings exacerbating inappropriate behavioural patterns such as agitation and confusion. On the contrary, a well-organized environment offers a valuable therapeutic resource, contributing significantly to patient quality of life, whether at home or residential setting. Nurses have an important role in developing links between patients, families and rehabilitation team, offering professional skills in the management of patient suffering from dementia.

Key words: Life Quality • Independence • Safety

Malattia e risposta assistenziale

La demenza ed in particolare la malattia di Alzheimer per le caratteristiche di durata, complessità ed irreversibilità, ci costringe ad alcune profonde riflessioni su quale debba essere la risposta assistenziale più appropriata e su quali aspetti essa debba maggiormente insistere, anche in ragione del fatto che l'obiettivo dell'intervento non può essere identificato nella guarigione.

La presa in carico non può indirizzarsi solamente sul versante clinico, ma deve estendersi anche a quello riabilitativo e psicosociale ponendo in primo piano quindi non più soltanto la malattia, ma la persona malata. Di conseguenza non basta più "dare cura", ma diventa necessario "prendersi cura" della persona tenendo presente che i suoi bisogni sono in costante mutamento ed investono ogni ambito della sua esistenza.

Ciò implica una relazione d'accompagnamento nel tempo in uno scenario che vede coinvolti molti attori: la persona malata, la famiglia e la struttura sanitaria, la quale è rappresentata idealmente dall'équipe multidisciplinare.

Solo attraverso una corretta integrazione tra queste figure, ciascuno potrà arricchirsi delle competenze dell'altro, recuperando, grazie a questa condivisione ed a questo scambio, la motivazione e la creatività indispensabili ad accompagnare la persona lungo il percorso di malattia.

■ Corrispondenza: dott.ssa Donata Gollin, via Molinetto 26, 36030 Caldogno, Vicenza, Italy - Tel. +39 0444 905106 - Cell. +39 347 4172632 - E-mail: luca.bolcati@tin.it



PACINeditore

Pur non essendo, come già precisato, la guarigione un obiettivo attuabile, si possono identificare comunque significativi outcome di intervento in ambito clinico, riabilitativo e psicosociale efficaci nel modificare la storia naturale della malattia, ridurre i sintomi, migliorare le funzioni relazionali e sociali; essi si snodano attorno ad un unico denominatore comune: il perseguimento della migliore qualità di vita possibile in ogni fase della malattia.

È in quest'ottica che si andrà ad analizzare quale ruolo ricopra l'ambiente (ponendo maggiormente l'accento su quello fisico rispetto a quello umano) nella cura della persona malata di demenza e quale ruolo debba ricoprire l'infermiere in questo processo.

È proprio l'infermiere che, grazie alle competenze ed alla formazione che caratterizzano la sua professionalità, può rappresentare la preziosa interfaccia che collega tutte le parti: persona malata, famiglia, équipe, diventando in questo modo egli stesso l'elemento d'integrazione nella gestione della persona malata.

Il ruolo dell'ambiente nella cura della persona con demenza

La persona colpita da malattia di Alzheimer a causa della progressiva perdita di memoria, perde contatto con il proprio passato e con esso le radici profonde della propria esistenza; inoltre, i deficit che progressivamente insorgono, siano essi di carattere cognitivo, percettivo o funzionale, fanno sì che vi siano sempre maggiori difficoltà ad interagire con il mondo esterno, inteso non solo come situazioni e persone, ma anche come "spazio".

La persona diventa, infatti, sempre meno capace di "comprendere", di "adattarsi" e di "utilizzare" lo spazio vissuto.

Lo spazio vissuto tuttavia può assumere, se correttamente gestito, una valenza protesica e diventare "memoria": spazio ed oggetti possono rappresentare, in quanto tali, una traccia permanente dell'esistenza stessa della persona contribuendo a restituire stimoli, fornire rassicurazione e facilitazioni rispetto alle difficoltà di orientamento, alle lacune della memoria ed ai deficit funzionali.

Opportuni accorgimenti sono in grado di aiutare il paziente a mantenere il maggior livello di autonomia compatibile con i deficit che insorgono, l'autonomia restituisce alla persona una positiva sensazione di "competenza ed efficacia" e tale effetto

si lega poi intrinsecamente a quello di autostima, con ricadute positive sulla qualità della vita.

Al contrario, situazioni ambientali inadeguate o cambiamenti inopportuni possono essere fonte di confusione, agitazione, innescare e potenziare disturbi del comportamento, rappresentare un pericolo per l'incolumità fisica del paziente, oltre ad essere limite ed ostacolo per l'autonomia e la libertà.

Lo spazio vissuto può costituire pertanto una preziosa risorsa terapeutica, purtroppo spesso sottovalutata, contribuendo in modo sostanziale a far sì che la persona possa funzionare al meglio delle sue possibilità sia in seno ad un'istituzione che al proprio domicilio, il quale potrebbe diventare non solo luogo prevalente ma anche luogo privilegiato di cura.

L'infermiere, sia che operi all'interno di una struttura sia che si rechi al domicilio del paziente, dovrebbe essere messo nella condizione di acquisire le conoscenze di base utili a fornire quelle indicazioni necessarie ad apportare, nel modo e nel momento più opportuni, le modifiche appropriate.

Conoscere la malattia e conoscere la persona

Il presupposto fondamentale per individuare i criteri di adeguamento e modifica dell'ambiente è quello di conoscere e comprendere non solo quali sono i deficit cognitivi, percettivi, funzionali che insorgono nel malato, rendendolo incapace di mettersi in relazione correttamente con lo spazio ed il tempo, ma di conoscere il malato stesso, la sua storia, le sue abitudini, i suoi gusti ed in quale fase della malattia egli si trovi in modo da formulare un progetto assistenziale quanto più possibile personalizzato.

Saranno citate di seguito alcune delle difficoltà che insorgono durante il decorso della malattia, con l'intento di tratteggiare brevemente i deficit che presentano un'interazione con lo spazio vissuto.

La persona affetta da malattia di Alzheimer è spesso anche una persona anziana, portatrice pertanto di tutte le difficoltà che si correlano all'età:

- scarsa acuità visiva;
- difficoltà di adattamento al buio;
- sensibilità a fenomeni di abbagliamento;
- difficoltà a valutare correttamente profondità e distanza;
- ipoacusia;
- difficoltà di identificazione dei suoni;

- difficoltà di individuazione della fonte sonora;
- problemi motori legati ad artrosi, rigidità muscolare.

Il malato di Alzheimer in particolare è nel tempo affetto da:

1. Difficoltà percettive che in molti casi rendono faticoso e talvolta impossibile
 - riconoscere gli oggetti in base alla loro funzione;
 - discriminare un oggetto fra altri;
 - percepire i colori se non in contrasto fra loro;
 - astrarre un oggetto dallo sfondo su cui è collocato.
2. Alterazione dello schema corporeo
 - nella persona si altera la possibilità di percepire il sé corporeo in relazione al tempo (non ricorda la propria età, è convinta di essere in un momento antecedente della sua vita, magari quando aveva i figli piccoli ed andava a lavorare) ed allo spazio (la persona non riconosce il luogo in cui si trova) sente quello spazio minaccioso, ostile perché non lo riconosce e quindi non si sente al proprio posto.
3. Difficoltà prassiche (aprassia)
 - che si traducono, (in assenza di deficit motori) nella impossibilità a compiere determinati movimenti nello spazio rispetto al proprio corpo come vestirsi, spogliarsi, versare dell'acqua.
4. Difficoltà legate alla memoria
 - essa comporta una difficoltà iniziale che evolve in seguito nell'incapacità di apprendere nuove informazioni, quindi impossibilità a memorizzare nuovi percorsi, punti di riferimento ambientali (memoria topografica) e la collocazione degli oggetti nello spazio (memoria topologica). Il disorientamento riguarda dapprima luoghi sconosciuti o poco familiari, ma a poco a poco interessa anche lo spazio più prossimo alla persona, come l'abitazione stessa.
5. Difficoltà legate all'attenzione
 - l'ambiente domestico è solitamente ricco di stimoli, molti dei quali anche imprevisti come il telefono ed il campanello. Le difficoltà d'attenzione fanno sì che la persona faccia sempre più fatica a concentrare la sua attenzione su ciò che deve fare e su ciò che le accade intorno, alterando profondamente la sua capacità di vivere e di mettersi adeguatamente in relazione con lo spazio esterno.
6. Riduzione delle abilità funzionali più complesse (I.A.D.L.)
 - difficoltà ad utilizzare elettrodomestici ed oggetti del vivere quotidiano;
 - difficoltà ad utilizzare il telefono;

- difficoltà a gestire le medicine.

7. Riduzione delle abilità funzionali più semplici (A.D.L.)

- lavarsi;
- vestirsi;
- mangiare.

Come compiere la visita a domicilio

Non è superfluo ricordare che quando si entra al domicilio del paziente, si entra nel suo mondo, nella sua intimità, nei suoi affetti ed in quelli di coloro che gli stanno accanto, è necessario farlo quindi in punta di piedi, con discrezione, non come elemento intrusivo che sovverte un ordine conosciuto, ma come "occhio competente", capace di dare uno sguardo d'insieme e di fornire indicazioni immediate, applicabili facilmente, adatte alla persona ed al momento della malattia nel quale essa si trova.

Modifiche rilevanti, pure effettuate in buona fede, possono sortire effetti negativi, esacerbare le difficoltà anziché favorirne la loro minimizzazione: ad esempio se una delle indicazioni generali prevede che il letto del paziente sia posto nella posizione più vicina al bagno, ma la persona in questione, pur con le sue difficoltà ha ben integrato il percorso che deve effettuare dal letto al bagno perché lo ripete da sempre, è inutile cambiare di posto il letto, perché il rischio potrebbe essere quello di disorientare, di fare perdere al paziente i propri punti di riferimento. Nel suggerire le modifiche da apportare all'ambiente è necessario essere delicati, discreti, saper valutare attentamente quali sono le priorità, considerare le abilità residue evitando errori che possano minare la fiducia di base indispensabile per creare una buona alleanza terapeutica anche con il familiare.

Schema operativo di base: attitudine dell'operatore

L'operatore che si reca al domicilio del paziente, dovrebbe possedere quegli strumenti che lo rendano capace "a colpo d'occhio" di valutare l'assetto domestico generale, per dare con delicatezza e gradualità inizialmente solo i suggerimenti necessari, in modo che essi possano essere vissuti ed accettati, anche dai familiari, con maggiore serenità.

L'operatore dovrebbe:

- cercare di instaurare un rapporto di fiducia sia con il paziente che con i familiari;
- compiere un'attenta stima delle abilità residue

(cognitive e funzionali): la persona deve essere posta sempre nella condizione di poter fare ciò che ancora è in grado di fare. È importante a questo scopo, soffermare lo sguardo non tanto sulle abilità perdute, ma su quelle che ancora la persona conserva, questo consente di individuare in ogni fase della malattia quelle che possono essere le “possibilità”. Il terapeuta occupazionale è la figura maggiormente indicata ad eseguire una valutazione approfondita e puntuale delle abilità residue e qualora faccia parte dell'équipe multidisciplinare, potrebbe dare all'infermiere un prezioso contributo;

- effettuare un'attenta conoscenza della persona (storia personale, bagaglio culturale, gusti e preferenze): dobbiamo sempre tenere presente “a chi” sono rivolte le modifiche ambientali;
- analizzare le problematiche, esse naturalmente variano secondo lo stadio di malattia nel quale la persona si trova (es: dimenticanze, disorientamento, disturbi del comportamento, incontinenza), come pure variano le possibili soluzioni;
- cercare di identificare le possibili cause: ad esempio se il paziente è incontinente è necessario escludere che lo sia perché non ricorda il tragitto per recarsi al bagno, perché non identifica correttamente la tazza in quanto non in contrasto cromatico con la parete, perché l'allacciatura dei calzoni è diventata troppo complessa, ecc.;
- individuare delle priorità: la priorità assoluta riguarda naturalmente la sicurezza, i primi interventi sono volti sempre a rendere l'ambiente sicuro per la persona. Rendere un ambiente sicuro, non significa impedire alla persona di fare, bensì consentire alla persona di fare in sicurezza, (ad esempio: se il paziente nel farsi la barba rischia di tagliarsi con la lametta, non gli impediremo di farsi la barba da solo, ma lo incoraggeremo ad utilizzare un rasoio elettrico);
- fornire gradualmente delle indicazioni semplici, ben motivate e facilmente applicabili;
- individuare eventuali ausili in grado di apportare un reale incremento di autonomia.

Linee guida generali

GARANTIRE LA SICUREZZA

Le priorità e le urgenze normalmente si legano alla sicurezza della persona, nell'abitazione vanno individuate subito tutte le situazioni che possono mettere il malato a rischio di caduta (tappeti, cera sui

pavimenti, arredi ingombranti, cavi a terra, scale, dislivelli), ferimento (coltelli, oggetti taglienti), fuga (porte di uscita, balconi, finestre), ustioni (fornello a gas, acqua del rubinetto, sigarette, fiammiferi), folgorazione (fili elettrici volanti, utilizzo improprio di piccoli e grandi elettrodomestici), ingestione di materiale tossico o velenoso (detersivi, medicinali, piante tossiche o velenose).

MANTENERE LE ABILITÀ RESIDUE

È necessario attuare al momento opportuno una progressiva semplificazione calibrata e modulata sulle abilità residue della persona malata in modo da consentirle di mantenere il più a lungo possibile la padronanza dello spazio.

Nell'ambiente sia esso domestico o istituzionale, è importante che in relazione ad ogni momento della malattia la persona possa sempre trovare delle opportunità di vedere, sentire, fare. Devono essere favorite e salvaguardate il più a lungo possibile tutte le attività che sono cruciali per l'indipendenza (mangiare, vestirsi, andare in bagno, avere cura di sé). È importante evidenziare tramite il contrasto cromatico e la corretta sistemazione nel campo visivo del malato, tutti gli oggetti ancora conosciuti ed utilizzati.

FAVORIRE L'ORIENTAMENTO TEMPORALE

Attraverso l'utilizzo di calendari ed orologi che la persona malata sia in grado di leggere.

FAVORIRE L'ORIENTAMENTO TOPOGRAFICO

Attraverso la segnalazione delle stanze (con scritte, disegni, colori che la persona malata sia in grado di interpretare), e dei percorsi cruciali, ad esempio letto-bagno, camera-cucina.

FAVORIRE L'ORIENTAMENTO TOPOLOGICO

Applicando la regola “ogni cosa al suo posto, un posto per ogni cosa”, sulle ante degli armadi, negli stipetti della cucina, si possono apporre disegni o scritte che la persona riconosca, che ne indichino il contenuto.

FAVORIRE IL MANTENIMENTO DELL'IDENTITÀ PERSONALE

Conservando gli arredi, gli oggetti, le suppellettili che sono riconosciute, che rappresentano per la persona un valore affettivo, che gli ricordano qualcosa della propria storia e della propria vita.

CREARE UN'ATMOSFERA DI “BENESSERE”

Devono in pratica essere create le condizioni perché la persona possa stare bene compatibilmente con i propri limiti e le proprie disabilità.

Inoltre, anche se la persona non si trova più nella propria casa o non è più in grado di riconoscerla, dovrebbe essere messa nella condizione di “sentirsi a casa”, lo spazio vissuto dovrebbe essere riconoscibile ed identificabile a prescindere da quale esso sia, ma in ragione di ciò che rappresenta: sicurezza, rassicurazione, piacevolezza e comfort.

Alcune considerazioni sull'ambiente di cura istituzionale

Le indicazioni suggerite si riferiscono principalmente al domicilio del paziente, ma i principi essenziali sono estendibili anche all'ambiente di cura istituzionale, ricordando che esso è inoltre soggetto a precise normative architettoniche, di sicurezza e legate alla privacy. Saranno dati di seguito alcuni spunti di riflessione generale.

Nell'ambiente di cura istituzionale, la giornata è scandita da ritmi propri all'istituzione stessa (orario dei pasti, orario del riposo ecc.), questo rischia di togliere molta parte dell'autonomia decisionale della persona favorendo un atteggiamento passivo. È utile quindi, compatibilmente alle esigenze dell'istituzione, consentire alla persona di prendere delle iniziative.

La casa di riposo dovrebbe evocare nella persona malata una sensazione di “casa” in quanto gli arredi e la loro disposizione sono quanto più possibile decontestualizzati dallo schema di tipo sanitario, ma assomigliano nella forma, nei materiali, nella disposizione a quelli di una abitazione.

Anche all'interno della casa di riposo la persona dovrebbe trovare delle opportunità di “fare” allestendo spazi attrezzati dove poter svolgere delle attività consone alla gravità della malattia: piccoli laboratori, libri, fotografie, riviste, indumenti, cassette da vuotare e riempire, oggetti da impilare, biancheria da stendere e piegare. Il poter “fare” offre la preziosa opportunità alla persona malata di sentirsi viva e vitale e di dare senso e significato allo scorrere delle giornate e del tempo.

Il paziente dovrebbe inoltre avere la possibilità di portare da casa degli effetti personali per personalizzare la propria stanza ed i propri spazi.

Sarà esaminato di seguito ogni aspetto dello spazio, per poter dare una visione quanto più particolareggiata.

Illuminazione

La luce del giorno aiuta il paziente ad orientarsi nel tempo ed a mantenere meglio i ritmi biologici, è importante quindi curare l'illuminazione naturale diurna valorizzando finestre, vetrate, lucernari, verande, che dovranno essere dotate di una schermatura frangisole mobile (tende esterne ed interne) che consentano di diffondere la luce in modo ottimale senza generare abbagliamento o sovrastimolazione.

È di fondamentale importanza anche l'illuminazione artificiale, essa dovrebbe avere un'intensità maggiore rispetto alla norma per compensare l'abbassamento della capacità visiva della persona malata, dovrebbe essere associata a superfici opache e non riflettenti. La luce dovrebbe essere diffusa in modo uniforme per non creare zone d'ombra o penombra che possono essere vissute come inquietanti in quanto male interpretate.

Molte persone soffrono nelle ore serali della cosiddetta “sindrome del tramonto”, esse diventano inquiete, affaccendate, ansiose, si è notato che un potenziamento della luce artificiale in queste ore è in grado di attenuare o risolvere queste problematiche.

Gli interruttori, dovrebbero essere ben identificabili sul muro e di facile utilizzo, ne esistono anche in materiale fluorescente visibile al buio.

È importantissimo curare anche l'illuminazione notturna, la persona malata, infatti, soprattutto dopo il sonno, recupera lentamente la capacità sia di orientarsi sia di muoversi agevolmente. Il buio può causare la caduta o l'urto contro gli arredi, è importante quindi installare delle luci notturne soprattutto lungo il tragitto che dalla camera conduce al bagno, esistono in commercio delle luci comandate da sensori che si attivano al passaggio della persona e luci di sicurezza che si accendono quando manca la corrente.

Stimoli uditivi

La persona anziana ha difficoltà a discriminare i diversi suoni e ad identificare quale ne sia la fonte, il telefono ed il campanello dovrebbero poter essere sentiti, eventualmente associando al suono anche una segnalazione luminosa. Un eccesso di stimolazione sonora come la concomitanza della televisione accesa, persone che parlano, il telefono che squilla, possono indurre agitazione o ostacolare in modo importante le già precarie capacità attentive. Se l'abitazione è ubicata in una zona di grande

traffico sarebbe opportuno isolare le finestre con doppi vetri in modo da ridurre il rumore di fondo. I rumori della casa come la caffettiera che soffia, le stoviglie che sbattono, la sveglia che suona possono invece diventare stimoli positivi, perché danno delle indicazioni di carattere temporale e perché aiutano le persone più gravi a sentirsi meno isolate.

Stimoli visivi

Un eccesso di stimolazione visiva genera nella persona malata confusione, sarà necessario quindi rimuovere oggetti appariscenti, superflui, ingombranti che la persona non è in grado di utilizzare o riconoscere. Molte volte piastrelle molto elaborate, quadri grandi, tappezzerie a fantasia possono favorire disturbi di carattere percettivo o prestarsi a delle errate interpretazioni (ad esempio una paziente credeva vi fossero dei ragni nel letto mentre era il disegno del copriletto ad evocare questa sensazione). Generalmente un opportuno contrasto cromatico è utile ad attenuare le difficoltà percettive, inoltre caratterizzare le stanze o le porte con diversi colori, fornisce alla persona un elemento in più per poterle identificare.

Temperatura

Generalmente le persone anziane sono maggiormente sensibili al freddo, è quindi importante che vi sia all'interno dell'abitazione una temperatura confortevole.

Accessi alla casa (porte finestre, balconi)

PORTE

Nel momento in cui la persona malata è a rischio di fuga, perché è molto disorientata sia nel tempo sia nello spazio, o corre il rischio di utilizzare impropriamente alcuni attrezzi, le porte che accedono a spazi esterni pericolosi come la strada, il vano scala, locali dove si depositano attrezzi potenzialmente pericolosi (ripostiglio, sgabuzzino) dovrebbero essere rese irriconoscibili dal paziente.

Le difficoltà percettive rendono faticoso estrapolare un elemento dallo sfondo in cui è posto se non è in contrasto cromatico con esso quindi, se la porta e la maniglia hanno lo stesso colore della parete, nella quale sono poste, sono più difficilmente identificabili.

La persona malata non dovrebbe però in alcun modo sentirsi "prigioniera" o avere la percezione che vi siano dei luoghi "proibiti", ma dovrebbe semplicemente essere messa nella condizione di ignorare, di non distinguere, gli accessi pericolosi.

Possono essere installate delle serrature nella parte alta della porta dove il paziente normalmente tende a non guardare.

È utile rimuovere gli attaccapanni dalle vicinanze della porta d'uscita in quanto possono favorirne il riconoscimento.

Talvolta può rivelarsi sufficiente appendere un telo che copra porta e maniglia.

Vi sono delle porte che, viceversa, è opportuno siano ben identificabili (come ad esempio la porta del bagno, della camera ...), perché ciò sia possibile è importante che esse siano di colore diverso da quello del muro e la maniglia, di colore diverso da quello della porta.

Per migliorare ulteriormente l'identificazione della stanza potrebbe essere utile apporre sulla porta scritte o disegni che il paziente sia ancora in grado di identificare che ne rappresentino la tipologia.

È buona regola rimuovere le chiavi o, qualora la persona tenga alla propria privacy, o necessiti di sentirsi "al sicuro", predisporre delle serrature apribili dall'esterno per evitare che possa rimanere bloccata all'interno delle stanze.

Lo zerbino antistante la porta di ingresso, dovrebbe essere rimosso o incassato nel pavimento in modo che la persona malata non rischi di inciampare.

SCALE

La persona con scarsa acuità visiva, problemi percettivi e motori corre il reale rischio di cadere anche rovinosamente dalle scale, se l'abitazione è posta su più livelli, sarebbe auspicabile ricavare l'ambiente di vita del malato su un unico piano.

Sarebbe opportuno che all'interno dell'abitazione, gli spazi fossero complanari, per superare piccoli dislivelli è possibile installare delle rampe.

Il bordo di ogni gradino va evidenziato con una striscia di materiale antisdrucchiolo, va applicato un corrimano bilaterale lungo almeno quanto la scala, vanno rimossi lungo il percorso tutti gli oggetti ingombranti o potenzialmente pericolosi, è possibile inoltre applicare dei cancelletti apribili al bisogno. Le scale devono essere illuminate molto bene evitando nella maniera assoluta le zone d'ombra o, al contrario, la luce non schermata che diventa abbagliante.

BALCONI E TERRAZZE

Il paziente molto confuso può scavalcare parapetti

e ringhiere, perché sono alterate le sue capacità di giudizio o perché mette in atto dei piani di fuga, per evitare ciò è importante alzare le ringhiere a 160/170 cm da terra, e rimuovere sedie, sgabelli e tavolini che possono fungere da gradino e favorire lo scavalco.

Dai balconi è inoltre importante rimuovere le piante velenose o tossiche, senza però privare il paziente che lo desidera di occuparsi di piante e fiori innocui.

FINESTRE

Per evitare il rischio che la persona possa sporgersi troppo o scavalcare la finestra, si possono adottare numerosi accorgimenti, vale anche in questo caso quello di rimuovere dalle vicinanze tavolini, sedie e sgabelli.

Possono essere applicate delle zanzariere che consentano di aerare la stanza ma impediscano alla persona di sporgersi, o aperture a vasistas che assolvano alla stessa funzione, esistono inoltre delle maniglie ad inserto estraibili.

È da valutare caso per caso l'uso delle inferriate che in alcune persone possono evocare sensazioni angoscianti.

VETRI E VETRATE

Il vetro, in quanto trasparente, può essere difficilmente identificato dalla persona malata che rischia di urtarvi contro e quindi di ferirsi o di provocarsi delle contusioni, in questo caso può essere sufficiente applicare delle vetrofanie o delle tende.

Se il paziente invece è confuso, soffre di allucinazioni o disturbi del comportamento, può allarmarsi alla vista di cose o persone che stanno al di là del vetro, o può non riconoscere la propria immagine riflessa ritenendola quella di un intruso, in questi casi sarebbe opportuno opacizzare il vetro in modo che non risulti né trasparente né riflettente.

CORRIDOI

Il corridoio dà accesso alle altre stanze esso è quindi un frequente luogo di transito, l'illuminazione di questo ambiente dovrebbe essere particolarmente curata, evitando coni d'ombra o luce abbagliante. Il corridoio in quanto luogo frequente di transito, dovrebbe essere privo di arredi, o di quelli maggiormente ingombranti, anche i tappeti dovrebbero essere rimossi o fissati al pavimento tramite reti apposite. Il pavimento dovrebbe essere realizzato in materiale non riflettente. Se la persona è motoricamente incerta, può beneficiare di corrimano alle pareti in colore contrastante con il muro.

La cucina

Sino a qualche decennio fa, la maggior parte delle donne, per ragioni sociali e culturali proprie del periodo storico nel quale sono vissute, si occupavano quasi esclusivamente della casa e dei figli; la cucina, perciò, rappresenta per molte di loro un luogo che le identifica fortemente al ruolo che hanno ricoperto, vale a dire quello di coloro che danno nutrimento e provvedono alle necessità primarie.

È pertanto comprensibile che sentirsi espropriate di quello che ha costituito quasi l'essenza della loro vita, possa generare depressione, rabbia e reazioni oppostive, la cucina è inoltre il luogo dove la famiglia s'incontra, dove i rapporti s'intrecciano, ma è anche il luogo dove sono più frequenti gli incidenti domestici. È molto importante identificare quelle soluzioni che consentano di operare in questo ambiente nella totale sicurezza.

È opportuno installare il blocco automatico del gas, sostituire i fiammiferi con accendini elettrici, disattivare tutti i piccoli elettrodomestici come il frullatore, il tostapane che possono essere usati impropriamente.

Il paziente può inoltre non essere più in grado di identificare l'acqua calda e correre il rischio di ustionarsi, sarebbe quindi opportuno abbassare la temperatura generale dell'acqua o installare un dispositivo di premiscelazione, i rubinetti dovrebbero essere inoltre di facile apertura, di solito le persone anziane hanno maggiore difficoltà ad utilizzare il miscelatore, in quanto riconoscono più facilmente la classica manopola a stella che in questo caso andrà contrassegnata con i colori rosso e blu ben evidenti, sono inoltre in commercio dei dispositivi che interrompono il flusso dell'acqua dopo un certo tempo, per evitare allagamenti qualora la persona si scordi di chiudere.

I materiali tossici o velenosi come detersivi dovrebbero essere rimossi o collocati in posti ai quali il malato non può accedere.

Se si corre il rischio che vengano usati impropriamente, è importante rimuovere coltelli appuntiti o molto taglienti.

È importante che l'illuminazione sia ottimale, particolarmente sul piano di lavoro, sul lavello e sul tavolo, quindi oltre al lampadario è opportuna l'installazione di faretti o neon a pensile per favorire l'orientamento topologico.

È necessario non cambiare mai il posto delle stoviglie lasciando in uso solo quelle che il malato riconosce ed utilizza, per favorire l'identificazione degli oggetti, è importante che essi siano collocati sul

campo visivo della persona malata e che siano in contrasto cromatico con la superficie nella quale sono posti. È importante che gli oggetti d'uso frequente non siano in ogni caso collocati né troppo in alto né troppo in basso. Vi sono cerniere che consentono l'apertura a 180° dell'armadietto in modo da favorire una migliore visuale del contenuto, le maniglie dovrebbero essere grandi ed evidenti e consentire l'introduzione della mano.

I comandi del piano di cottura, dovrebbero essere costituiti da manopole di facile presa recanti indicazioni chiare circa la corrispondenza dei fuochi. Sarebbe importante che il piano di cottura avesse un'unica griglia in modo da evitare che le pentole possano rovesciarsi.

Essendo la cucina un luogo dove si trascorre molto tempo, per favorire l'orientamento temporale sarebbe opportuno appendere al muro un orologio digitale o a cifre che la persona è in grado di leggere, è importante apporre un calendario sufficientemente grande e di facile consultazione, inoltre una lavagna cancellabile consente di effettuare delle annotazioni temporanee quali promemoria o lista della spesa evitando la dispersione dei foglietti volanti.

Il bagno

Particolare riguardo va assegnato al corretto allestimento di questa stanza, le persone anziane per ragioni culturali legate al loro tempo hanno un particolare senso del pudore ed hanno particolari resistenze ad essere aiutate in questo ambito, preservare e mantenere più a lungo possibile l'autonomia quindi, equivale a preservare dignità oltre a mantenere, attraverso l'immagine del proprio aspetto, una migliore autostima.

Il bagno è un luogo dove più facilmente la persona rischia di cadere, perché lo spazio è solitamente ristretto, mancano appoggi adeguati e le superfici sono rese scivolose dall'acqua e dall'umidità.

In generale è importante che il pavimento sia realizzato in materiale antiscivolo, non riflettente, che vi sia un pulsante di chiamata azionabile in modo comodo e facile da più punti della stanza, i sanitari, le maniglie e gli accessori devono essere sempre in contrasto cromatico con la superficie nella quale sono posti per essere bene identificati. Ad esempio il wc bianco sulla parete bianca può non essere identificato, si innescano di conseguenza dei falsi problemi di incontinenza, il paziente cioè non utilizza il sanitario, non perché non ne è in grado, ma perché, non lo vede.

È importante che i prodotti per l'igiene personale, che la persona riconosce ed utilizza, siano collocati in posizioni facilmente accessibili e nel campo visivo del paziente, le lamette vanno sostituite con rasoi elettrici.

Gli specchi e le superfici riflettenti possono innescare reazioni catastrofiche, in quanto la persona non riconosce se stessa nell'immagine riflessa e ritiene che vi sia un intruso nella stanza, quindi può essere necessario ad un certo momento occultare questo tipo di superfici. Per l'illuminazione naturale ed artificiale valgono le regole generali citate prima, curando con particolare attenzione quella notturna.

Il *lavabo*: dovrebbe essere collocato ad altezza tale da consentire alla persona di non piegarsi troppo in avanti, dovrebbe essere dotato di maniglioni d'appoggio che possono fungere da portaserviette.

Il *WC*: il paziente anziano è spesso affetto da artrosi alle ginocchia, questo comporta delle difficoltà di alzata e seduta, inoltre alcune persone sedendo hanno la sensazione angosciante di cadere nel vuoto, per questo è importante installare un rialzo, ed un maniglione di appoggio che faciliti la persona malata nelle manovre.

Per alcuni pazienti è utile installare una doccetta accanto al wc che consenta di fare il bidet senza effettuare troppi spostamenti.

Il *bidet*: molte volte è usato impropriamente, esso dovrebbe essere perciò occultato o rimosso (qualora vi sia la doccetta accanto al wc), in questo modo oltre ad evitare la confusione, si otterrebbe anche uno spazio maggiore all'interno della stanza.

La *doccia*: è senz'altro da preferire alla vasca, meglio se a pavimento per consentire alla persona di entrare ed uscire senza dover superare alcun dislivello, all'interno della doccia sarebbe importante fissare un seggiolino che consenta di lavarsi da seduti, il sapone dovrebbe essere collocato in una retina fissata ad una cordicella sul muro in modo da impedire che la persona si inchini a raccoglierlo se cade, il portasapone dovrebbe essere incassato nel muro per evitare pericolose sporgenze. L'erogatore della doccia dovrebbe essere regolabile in altezza.

La *vasca*: per questo tipo di pazienti è da preferire la doccia, ma molti di loro per ragioni culturali, preferiscono la vasca perché hanno con essa maggiore familiarità, è molto importante introdurre sul fondo un tappetino antiscivolo, un maniglione che aiuti la persona a sollevarsi con appoggio in sicurezza, ed una panca da fissare ai bordi che consenta di sedersi.

Camera da letto

Il letto dovrebbe essere ad un'altezza ottimale per consentire alla persona malata di scendere e salire agevolmente, se la persona è allettata andrà valutata la tipologia del materasso per evitare la formazione di piaghe, il letto è bene che sia posizionato in modo che la persona, soprattutto se costretta a passarvi molto tempo, abbia una visuale sulla finestra e sulla porta.

Fissare o meglio rimuovere tappeti o scendiletto per evitare che la persona inciampi e cada.

Se la persona è confusa è opportuno lasciare dentro all'armadio solo gli indumenti di stagione, collocati all'altezza degli occhi, eventualmente apporre delle etichette sulle ante o sui cassetti che dovrebbero essere facilmente ispezionabili ed avere il fermo finale, se la persona è affaccendata si possono creare dei cassetti con indumenti o biancheria che possa ripiegare e riporre, riempire e vuotare a suo piacimento.

Spazi dedicati

Se la persona è molto confusa e tende ad invadere ogni luogo, si può tentare di allestire degli spazi dedicati, funzionali ai suoi bisogni (riordinare, riempire, vuotare, piegare), che possa investire in sicurezza.

Soggiorno

Gli arredi in questa stanza è importante che siano disposti in modo da non ingombrare eccessivamente lo spazio, il salotto è meglio disporlo ad angolo, e nell'angolo inserire il tavolino, in questo modo si genera un maggiore spazio di manovra ed il tavolino non può costituire pericolo.

Il *televisore*: andrebbe collocato in modo che si possa agevolmente vedere senza oscurare l'am-

La Demenza ed in particolare la malattia di Alzheimer, per la durata, la complessità e la non guarigione, ci invita a riflettere su quale sia l'approccio più corretto nella gestione della malattia. Nel seguire il corso naturale della stessa, risulta fondamentale stabilire le priorità di assistenza, per ridurre i sintomi e migliorare gli scambi relazionali ed emozionali tra paziente ed ambiente. Diversi studi hanno dimostrato come una gestione impropria del contesto ambientale del paziente, possa esacerbare comportamenti inappropriati come agitazione e confusione. Al contrario, un

biente e senza che la luce si rifletta sullo schermo. La *poltrona*: individuare il posto più opportuno dove collocare eventualmente una poltrona, essa deve essere posta in modo che la persona malata da seduta abbia una visuale sia della stanza sia della porta d'accesso di eventuali altre stanze (la cucina ad esempio), la poltrona può costituire anche un luogo per il riposo pomeridiano. La poltrona dovrebbe essere in materiale lavabile, consentire una corretta postura, avere una seduta non troppo bassa, utile e importante la possibilità di appoggiare la testa e le gambe e la presenza di braccioli che facilitano la persona ad alzarsi.

Il *telefono*: per molte persone il telefono oltre a costituire un utile strumento in casi di emergenza, è anche il veicolo con il quale sentirsi meno soli è per questo motivo importante che la persona abbia la possibilità di usarlo il più a lungo possibile, le cifre ed i tasti dovrebbero essere ingranditi, se la persona malata ha difficoltà di udito lo squillo potrebbe essere segnalato anche da una luce eventualmente collocabile in altre stanze.

Conclusione

Le indicazioni che sono suggerite, vogliono porre l'accento su come lo spazio possa realmente rappresentare una preziosa risorsa terapeutica nel lungo percorso che il "prendersi cura" della persona malata impone. Si rende sempre più evidente l'importanza che l'ambiente, le persone, la struttura sanitaria con le loro risorse umane e tecniche si adeguino in modo flessibile e dinamico alle necessità della persona malata e non viceversa.

Molto lavoro rimane ancora da fare perché tutto ciò divenga parte di una cultura consolidata e condivisa, l'auspicio è quello che ciascuno di noi possa rendersi protagonista di cambiamenti, operando piccoli ma importanti accorgimenti, volti a far sì che alla persona malata sia consentito stare "al meglio" delle sue possibilità.

contesto ben strutturato è in grado di offrire una valida risorsa terapeutica che contribuisce in modo significativo al miglioramento della qualità di vita del paziente, sia esso a domicilio che in istituto. Gli infermieri hanno un ruolo importante nel costituire il *trait d'union* tra il paziente e la famiglia ed il team riabilitativo, offrendo consigli e strategie fondamentali da adottare nella gestione del paziente affetto da demenza.

Parole chiave: Qualità di vita • Autonomia • Sicurezza

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Jones M. *Gentlecare changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way*. Moyra Jones Resources LTD 1998.
- ² Feil N. *Il Metodo Validation*. Sperling & Kupfer 1986.
- ³ Mace NL, Rabins PV. *Demenza e Malattia di Alzheimer*. Trento: Erikson 1995.
- ⁴ Turner A, Foster M, Hobson S. *Occupational Therapy Physical Dysfunction*. London: Ghurchill Livingstone 1992.
- ⁵ Vitali S, Guaita A. *Il significato dell'ambiente protesico nella cura della persona con demenza in fase severa*. *Dementia Update* 2000;7:24-9.
- ⁶ Brawley EC. *Enviromental design for Alzheimer's disease: a quality of life issue*. *Aging Ment Health* 2001.