

La trappola della carrozzina e il progetto cammino

In questo articolo parto dall'elogio della carrozzina per mostrare poi come questa possa diventare una trappola con conseguenze negative. Nell'ultima parte accenno in modo sintetico ai cambiamenti di indirizzo e organizzativi necessari per incentivare il cammino degli anziani (progetto cammino) e ricorrere a un uso limitato e razionale della carrozzina.

Elogio della carrozzina

L'introduzione delle carrozzine ha contribuito a migliorare la qualità di vita nelle case di riposo: gli anziani possono stare seduti comodamente e spostarsi in autonomia, gli operatori sono agevolati negli spostamenti.

La loro personalizzazione ha costituito un ulteriore fattore di miglioramento: esistono carrozzine specifiche per ogni patologia e per ogni paziente, fino alle più sofisticate carrozzine elettriche.

Le carrozzine inoltre garantiscono la sicurezza: l'applicazione del tavolino impedisce all'anziano di alzarsi, un appoggio per i piedi sufficientemente largo gli impedisce di girovagare per la casa e di perdersi, nei casi più gravi l'applicazione di cinture addominali assicura il corretto posizionamento dell'anziano anche in assenza di sorveglianza.

Negli spostamenti dalla camera da letto alla sala da pranzo e da una sala a un'altra, gli operatori possono spostare gli anziani velocemente e senza fatica.

L'utilità delle carrozzine, vorrei dire, la loro indispensabilità, è evidente.

Non solo fiori

A fronte degli evidenti vantaggi dell'uso delle carrozzine, se riflettiamo sulle prassi correnti ci rendiamo conto di come dall'uso si possa scivolare inconsapevolmente nell'abuso, di come le carrozzine possano diventare uno strumento di *bad practice*.

Le carrozzine, introdotte per aumentare l'autonomia delle persone con disabilità, possono diventare uno strumento di riduzione dell'autonomia.

Le carrozzine, introdotte per facilitare gli spostamenti, possono diventare uno strumento che impedisce agli anziani di spostarsi da un posto a un altro camminando in autonomia, lentamente, così come sono in grado di fare, magari con l'utilizzo di ausili a minore impatto (bastoni, deambulatori, corrimano).

La contenzione universale

Le carrozzine, insieme alle spondine al letto e agli psicofarmaci, al di là della loro indubbia utilità sono diventate progressivamente di uso tanto diffuso dall'essere uscite dal campo della critica: vengono utilizzate sistematicamente senza interrogarsi se il loro uso comporta davvero dei benefici per gli anziani che ne fanno ricorso oppure se sono diventate gli strumenti di una contenzione acritica e universale che costituisce la maggior piaga delle case di riposo.

Dobbiamo diventare consapevoli che la contenzione universale è all'origine dei cosiddetti disturbi comportamentali (in particolare le urla e l'aggressività) e della peggiore patologia endemica delle case di riposo, l'apatia.

È ora di cominciare a interrogarsi, ciascuno per sé: nella mia realtà, oggi, quanti sono gli anziani che vivono in RSA senza essere collocati in carrozzina per la maggior parte delle

ore del giorno? senza le spondine al letto durante la notte? senza psicofarmaci? La risposta a queste tre semplici domande potrà esserci di guida per nuove scelte organizzative.

Che fare?

Credo che la qualità di vita degli anziani che vivono nelle case di riposo, così come ogni percorso di decontenzione, passi anche attraverso la riduzione del ricorso alle carrozzine e a un suo impiego più razionale.

Al posto dell'uso della carrozzina dobbiamo incentivare il cammino così come è possibile per ciascuno: autonomo, con ausili, con assistenza o con semplice supervisione.

Al posto della ricerca di abbreviare i tempi di trasporto, dobbiamo considerare i trasferimenti da una sala all'altra come tempo di attività, importante come le altre attività organizzate, forse ancora più importante.

Oggi le case di riposo sono luoghi dell'immobilità: la maggior parte del giorno viene passata in carrozzina. Domani devono diventare luoghi del movimento: dobbiamo cogliere le opportunità offerte dagli atti della vita quotidiana e dalle attività organizzate per favorire il camminare.

Un cambiamento di priorità

Il cammino, l'incentivare il cammino, deve essere un impegno prioritario. Per realizzare questo impegno è necessario

- Incentivare il cammino fin dal primo giorno, perché l'abilità motoria dell'anziano decade rapidamente se non viene utilizzata. Spesso ci troviamo a classificare un anziano come non deambulante perché l'abbiamo costretto tra letto e carrozzina per le prime 24-48 ore in attesa di una valutazione motoria. In questo modo ci troviamo poi a cercare rimedi per dei danni che noi stessi abbiamo provocato.
- Tenere presenti i diversi gradi di autonomia motoria di ciascuno per scegliere il grado di assistenza necessario per ciascuno.
- In occasione di eventi speciali (febbre, enteroclisma, attesa di un esame...) evitare comunque che l'anziano resti confinato tra letto e carrozzina per 24 ore consecutive.
- Fare in modo che ciascun ospite possa fare una breve camminata almeno due volte al giorno. Quando il cammino è impossibile, anche con assistenza, fare esercizi di stazione eretta per alcuni minuti.
- Approfitte di tutte le occasioni in cui è necessario che un ospite si sposti da un luogo a un altro per fare esercizio di cammino.
- Incentivare la slow care: l'anziano è lento, ha bisogno di un contesto che si muova lentamente. E' necessario che adattiamo il ritmo della cura al suo ritmo; non è l'anziano che deve adattarsi, è l'organizzazione che deve essere modificata.

Cambiamenti organizzativi

Per effettuare un cambiamento organizzativo di questa portata è necessario fare ricorso in modo razionale a tutte le risorse disponibili, in primo luogo ASA, OSS e fisioterapisti, ma anche animatori, educatori, terapisti occupazionali, logopedisti, infermieri, medici e psicologi, senza dimenticare i familiari durante le visite e i volontari. Ciascuno continuerà a svolgere le proprie mansioni specifiche, quelle di cui è particolarmente competente, ma tutti dovranno contribuire ad incentivare e ad assistere nel cammino: l'assistenza al cammino è un'attività trasversale che deve coinvolgere tutti.

Qui di seguito faccio qualche cenno ai cambiamenti che riguardano le diverse figure professionali e che possono rendere realizzabile il progetto di incentivare il cammino degli ospiti.

Il fisioterapista

La figura professionale formata per l'assistenza e la riabilitazione al cammino è il fisioterapista: è l'unica figura con una competenza specifica. Il fisioterapista è una risorsa preziosa in questo progetto ma è insufficiente dal punto di vista quantitativo: ci sono pochi fisioterapisti, spesso part time, in strutture con 100 ospiti.

Per far fronte a questa discrepanza tra necessità di fisioterapisti e scarsità numerica, è necessario riconsiderare il loro ruolo. Fino ad ora siamo stati abituati a ritenere che la loro attività debba essere rivolta agli anziani, ma in questo modo saranno sempre insufficienti. E' necessario che i fisioterapisti ripensino al proprio ruolo e facciano un salto di qualità, così come già avviene, timidamente, in numerose RSA.

Il fisioterapista non deve occuparsi solo degli anziani ma deve occuparsi anche, forse soprattutto, di addestrare e supervisionare tutte le altre figure nell'assistenza al cammino. Compito del fisioterapista è anche di valutare il livello minimo di assistenza necessario per ciascuno in modo da mantenere il livello massimo di autonomia degli ospiti. Poi sarà suo compito comunicare e contrattare con gli operatori e gli ospiti le modalità dell'assistenza.

Addestramento e supervisione di tutto il personale devono essere fatti e ripetuti costantemente. Una nuova figura di fisioterapista, non solo terapeuta ma anche formatore, è al centro del progetto del cammino.

OSS e ASA

Gli operatori sono le figure addette all'assistenza nelle attività della vita quotidiana: l'alzata del mattino, l'igiene al lavandino o al letto, il ricorso al WC, il vestirsi, l'alimentazione, la preparazione delle singole persone per partecipare alle attività programmate, gli spostamenti, l'accompagnamento alla notte. Normalmente gli operatori pensano che i loro compiti assistenziali siano questi, ma nell'ottica del cambiamento che sto proponendo è necessario che anche loro riconsiderino il loro ruolo. Assistere le persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti non basta. Gli operatori devono essere consapevoli che è loro compito occuparsi del benessere e dell'autonomia delle persone che assistono. Ogni singola attività di assistenza può diventare l'occasione per favorire il cammino e la stazione eretta. Camminare non è una perdita di tempo, è uno degli strumenti più importanti per garantire l'autonomia e la qualità di vita degli anziani. Spesso si sentiranno impreparati, in particolare con persone con disturbi motori e dell'equilibrio, ma potranno acquisire nuove competenze con l'aiuto fornito dai fisioterapisti.

Altre figure professionali

Quanto detto sugli OSS e gli ASA vale anche per tutte le altre figure professionali: animatori, educatori, terapisti occupazionali, logopedisti, infermieri, medici e psicologi. Ciascuno continuerà a svolgere il proprio lavoro secondo la propria qualifica ma, mentre lo fa, coglierà tutte le occasioni possibili per assistere o accompagnare l'anziano nel suo camminare.

Familiari e volontari

Normalmente familiari e volontari sono informati sui rischi di caduta, sia per gli anziani che vivono nelle RSA che per loro stessi. È un problema serio e per questo motivo in molti casi si proibisce tassativamente ai familiari e ai volontari di far alzare dalla carrozzina gli anziani e di aiutarli nel camminare.

Ora si propone invece di fare in modo che anche loro possano fare assistenza al cammino. È auspicabile che quella che prima era una proibizione diventi invece un invito. Familiari e volontari, già abituati ad ascoltare e chiacchierare durante le visite, ora possono arricchire gli incontri con brevi passeggiate, nella stanza, in corridoio o in qualche caso anche in uno spazio più ampio (in giardino, al bar, in cappella).

Per potere fare questo in sicurezza è necessario che il fisioterapista valuti le competenze dei singoli ospiti e dei singoli parenti e volontari, spesso a loro volta anziani. Saranno poi necessarie brevi lezioni di addestramento, in gruppo o individualmente. E' anche auspicabile che un fisioterapista sia presente negli orari in cui le visite sono più frequenti per incoraggiare, monitorare, correggere, aiutare.

Idee forti per avviare il progetto cammino

- Il camminare è un'attività importante per favorire il benessere degli anziani e la loro autonomia.
- Camminare non serve solo per spostarsi. Deve essere riconosciuta come una delle principali attività della giornata.
- Camminare di più e usare la carrozzina di meno è importante per prevenire i disturbi comportamentali.
- L'uso irrazionale della carrozzina (abuso) tende a far decadere rapidamente la capacità di camminare e aumenta il rischio di cadute.
- L'uso irrazionale degli psicofarmaci (abuso) aumenta il rischio di cadute.
- Tutti gli operatori, i parenti e i volontari devono essere addestrati per favorire il camminare degli anziani che vivono nelle RSA.
- Il fisioterapista deve riconsiderare la propria professionalità; non è solo un terapeuta ma anche un valutatore e un formatore.
- Il rispetto per la lentezza degli anziani (slow care) è necessario per realizzare il progetto cammino.