

Commento alla Tribuna 86

Alberto Longhi

Psicoterapeuta, formatore capacitante

Consulente psicologo presso la RSA “La Madonnina” di Vendrogno (LC)

1. Su carrozzine, spondine e psicofarmaci

Mi sembra che la riflessione del prof. Vigorelli sulla trappola delle carrozzine colga il cuore della questione: uno strumento fondamentale per gli anziani come la carrozzina rischia di diventare una trappola nel momento in cui viene utilizzato in modo acritico e universale. Quindi ciò che è stato creato per poter favorire il movimento in sicurezza diventa paradossalmente ciò che limita il movimento, con le problematiche mediche e psicologiche che la sedentarietà obbligata comporta. Credo che lo stesso ragionamento si possa applicare alle spondine e agli psicofarmaci. Di per sé le spondine sono un buono strumento per permettere all’anziano di compiere dei movimenti nel proprio letto senza il rischio di cadere durante la notte. Il problema si dà nel momento in cui l’ospite si confronta con l’ardente desiderio di scendere dal letto, ma è impossibilitato dalle spondine. Nasce quindi una lotta tra l’ospite e le spondine, che rischia di esitare nello scavalco delle stesse con esiti drammatici di una caduta da oltre un metro d’altezza.

Gli psicofarmaci stessi sono un importante strumento terapeutico. A volte la sofferenza psichica che vive una persona anziana, smemorata e disorientata in un ambiente che non riconosce e che percepisce come ostile e pericoloso può diventare soverchiante e talvolta lo sguardo, l’ascolto e la presenza fisica dell’operatore non bastano ad attenuarla. La farmacologia diventa allora una preziosa alleata alla terapia della parola e della relazione. Il rischio è che ogni richiesta dell’anziano che si manifesta con il linguaggio delle urla o del picchiare i pugni sul tavolo sia interpretata come un “disturbo comportamentale” che necessita di essere sedato farmacologicamente. Quando questo succede, si procede con la somministrazione di psicofarmaci che, in effetti, sedano l’ “agitazione psicomotoria” o l’ “aggressività”. Il problema rischia di esitare in una trasformazione della persona in una sua versione rallentata, apatica, poco incline al movimento e ad alto rischio cadute.

Mi sembra che proprio a causa dell’incremento del rischio di caduta che ognuno di questi strumenti di contenzione comporta, per ridurre il rischio si associno le contenzioni meccaniche (carrozzina e spondine) a quelle farmacologiche. Il risultato è quello di ospiti contenuti sulla carrozzina o a letto, sedati dagli psicofarmaci. Credo che sia utile interrogarci, come operatori, se è davvero questo il loro bene. Inoltre, credo sia utile chiederci, se utilizziamo la contenzione a garanzia della sicurezza degli ospiti, quale senso assume il nostro essere operatori? Il paradosso è che da operatori che lavorano per la promozione del benessere degli ospiti, finiamo per diventare dei custodi che lavorano per la garanzia della sicurezza a discapito del benessere stesso degli ospiti. Mi chiedo a questo proposito come viva un fisioterapista che ha svolto una attività di cammino assistito con un ospite per 15 minuti il ricollocare lo stesso ospite sulla carrozzina applicandogli la cinghia pelvica che rimarrà fissa per le restanti ore del giorno. Ricordo le parole di Gilberto Cherri, già presidente del Gruppo di Interesse Specialistico di fisioterapia geriatrica di AIFI, per cui “fisioterapia e contenzioni sono un connubio impossibile”.

2. Sul camminare e sul muoversi come competenze elementari

Uno degli elementi che mi ha sempre affascinato dell’Approccio Capacitante sono le competenze elementari. Mi ha colpito l’idea che queste competenze emergano prima dello sviluppo delle ADL e delle IADL e che rimangano anche dopo la loro scomparsa dovuta

all'ingravescenza della malattia dementigena. D'altra parte riflettevo che prima ancora di imparare a parlare, il bambino impara a muoversi e a camminare. Il bambino si muove da subito per come può e molto presto inizia a spostarsi nello spazio gattonando. Tra i 9 e i 18 mesi inizia a muovere i primi passi e, se tutto va bene, camminerà per tutta la vita. Le capacità di muoversi e camminare permangono anche quando le funzioni cognitive vengono perse, persino nelle fasi più avanzate della demenza.

Penso quindi che muoversi e camminare siano competenze elementari che ci contraddistinguono nel nostro essere Persona. Se questo è vero, l'operatore Capacitante ha un ruolo decisivo nel riconoscerle, farle emergere e favorirne l'espressione. Il Progetto Cammino mi sembra uno straordinario strumento Capacitante che arricchisce il bagaglio dell'operatore e delle RSA Capacitanti che lavorano per raggiungere la felicità possibile per gli ospiti e per gli operatori stessi.

3.Sul camminare degli ospiti e sul correre degli operatori

Frequentemente le Direzioni delle RSA chiedono agli operatori di svolgere una serie di operazioni assistenziali in sequenza, a cui vengono associati dei minutaggi (definiti a livello regionale) e al contempo richiedono loro di essere cordiali ed empatici con gli ospiti. In questa richiesta sono presenti due logiche:

- La logica industriale orientata all'efficienza (protocolli, piani di lavoro, strategie per massimizzare i risultati riducendo gli sprechi)
- La logica dell'umanizzazione delle cure (viene svolta moltissima formazione su temi come "umanizzazione delle cure in ambito sanitario", "comunicazione empatica", "relazione con il paziente e i famigliari"...))

Apparentemente le due logiche possono coesistere. Il rischio è di inviare agli operatori un messaggio paradossale che suona come: *"Sii empatico e umano con gli ospiti, ma stando nei 10 minuti che hai a disposizione per l'igiene personale"*. L'operatore quindi si ritrova da una parte a vivere con l'ansia del piano di lavoro da rispettare nelle sue tempistiche, perché non rispettarlo significa accumulare lavoro che deve essere svolto nel tempo restante del turno e, alla peggio, lasciare delle attività ai colleghi del turno successivo, che verosimilmente se ne risentiranno, lamentandosene con la Direzione. Dall'altra si sforza di essere quell'operatore umano ed empatico che gli è richiesto di essere.

Assumendo questo come il punto di vista dell'operatore, provo a immaginare cosa possa significare chiedergli di rinunciare a spostare gli ospiti da un luogo all'altro della struttura movimentando le carrozzine su cui sono contenuti in luogo del favorire, laddove possibile, gli spostamenti autonomi con gli ausili opportuni secondo i tempi lenti della persona anziana. Immagino un salto sulla sedia da parte dell'operatore che, sgranando gli occhi, chiede: *"ma io come faccio a stare nei tempi?!"*. Credo che questa ulteriore preoccupazione si possa aggiungere all'elenco delle altre preoccupazioni che ostacolano il passaggio verso la riduzione della contenzione: *"E se cade cosa succede?!"* e *"Si è sempre fatto così... perché cambiare?!"*. Credo che anche in questo caso la preoccupazione vada accolta e riconosciuta come legittima. Sarà poi importante riflettere insieme agli operatori sui vantaggi del camminare. Saranno gli operatori stessi, guidati dai formatori, a riflettere sull'importanza del favorire l'emergere della competenza a camminare sia in rapporto alla riduzione del rischio cadute, sia per favorire il benessere dell'ospite, che si accompagna alla riduzione dei disturbi comportamentali.

In questo caso sento particolarmente importante l'intervento della Direzione che dovrà sostenere i suoi operatori in una logica dove si sentano legittimati a correre di meno e a camminare al ritmo degli ospiti.