

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

Progetto BPSD: prevenzione e trattamento dei disturbi comportamentali

con *Elisabetta De Lorenzi*, RSA I Fiori di Loto, ASL3 di Genova

Il Gruppo Progetto è costituito da *Elisabetta De Lorenzi*, coordinatrice del gruppo, medico geriatra, Responsabile del Nucleo Alzheimer; *Antonella Migone*, Operatrice Socio Sanitaria, laureata in Sociologia e Scienza della Comunicazione; *Camilla Moncada*, animatrice, laureata in Pedagogia; *Lorenzo Sampietro*, Direttore della Struttura Complessa di Assistenza Geriatrica.

Associati. Questa semplice parola viene spesso dimenticata quando si parla di BPSD e la dimenticanza è all'origine di parecchi guai.

L'acronimo BPSD è di origine inglese ed esistono più versioni originali per spiegarlo:

- Behavioural and Psychological Symptoms *associated with* Dementia,
- Behavioural and Psychological Symptoms *in* Dementia,
- Behavioural and Psychological Symptoms *of* Dementia.

Se i BPSD vengono considerati sintomi *di* demenza (*Symptoms of* Dementia), si lascia intendere che essi siano collegati in modo diretto alla malattia, con una relazione di causa e effetto.

Se i BPSD vengono considerati sintomi *associati con* la demenza (*Symptoms associated with* Dementia oppure *Symptoms in* Dementia), si lascia intendere che essi si possono osservare in corso di malattia, ma non si afferma nulla riguardo al legame che sussiste tra il sintomo e la malattia.

Ci sono numerose osservazioni cliniche che fanno ritenere più corretta l'espressione *sintomi psicologici e comportamentali associati con la demenza*.

Anche il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV-TR) fa la stessa scelta: i disturbi comportamentali non rientrano nei criteri diagnostici di demenza né in quelli di demenza tipo Alzheimer. Quanto alla demenza si precisa che *i soggetti con demenza possono essere particolarmente vulnerabili agli stressor fisici (per es., malattie o interventi di piccola chirurgia) e agli stressor psicosociali (per es., ricovero in ospedale, lutto) che possono esacerbare i deficit intellettivi e gli altri problemi associati* (NdR: i BPSD).

Quanto alla demenza tipo Alzheimer si precisa che per la tipizzazione della malattia *può essere usata la specificazione Con Alterazioni Comportamentali (che non può essere codificata) per indicare turbe comportamentali clinicamente significative (per es., vagabondaggio)*.

Prendiamo in considerazione per esempio il comportamento oppositivo di un paziente che non vuole fare il bagno. E' osservazione comune che uno stesso paziente si oppone al bagno in certe circostanze e l'accetta invece in altre, pur essendo sempre lo stesso malato e la stessa malattia. E' evidente che il comportamento oppositivo non dipende solo dalla malattia ma è influenzato anche da fattori ambientali e relazionali. Un paziente oppositivo, per esempio, si lascerà fare il bagno da una certa operatrice e non da un'altra; un altro accetterà solo un bagno in vasca e rifiuterà la doccia; un altro ancora rifiuterà il bagno assistito passivo e accetterà invece un bagno attivo in vasca (o viceversa).

Un paziente disorientato può reagire in modo aggressivo e catastrofico se l'operatore misconosce e contrasta il *Mondo possibile* in cui lui sta vivendo e può invece reagire in modo più tranquillo (talvolta con perplessità, talvolta con gratitudine) se l'operatore l'accompagna nel suo *Mondo possibile* e, quando possibile, trova un *Punto d'Incontro Felice* tra il proprio mondo e quello del paziente, per esempio riconoscendo la sua paura di prendere freddo o di scivolare, oppure di restare nudo di fronte a un estraneo, nel caso del bagno.

La presentazione del progetto verrà preceduta da alcune considerazioni generali sui BPSD, poi sarà seguita da due esempi e dalla descrizione del processo di introduzione, valutazione e implementazione del progetto stesso nella RSA I Fiori di Loto della ASL3 di Genova.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

1.Prevenzione e trattamento dei BPSD

Da quanto detto sopra dovrebbe risultare chiaro che i *sintomi psicologici e comportamentali associati con la demenza* (d'ora in poi BPSD) non dipendono sempre in modo diretto dalla malattia, cioè dal danno neurologico, ma sono il frutto di un'alterazione complessa tra fattori neurologici, psicologici e ambientali.

E' interessante l'ipotesi di Cummings (2003) secondo cui esisterebbe una correlazione tra la proteina principalmente coinvolta nella demenza e i BPSD.

Per esempio nel caso della Demenza Fronto-Temporale, dove è maggiormente coinvolta la proteina *tau*, sono più frequenti disinibizione, apatia e comportamenti compulsivi; nella Demenza a Corpi di Lewy, dove è maggiormente coinvolta la alfa-sinucleina, prevalgono allucinazioni, deliri e disturbi del sonno.

Anche in questi casi, però, Cummings stesso ipotizza che l'alterazione del substrato proteico costituisca un fattore predisponente all'instaurarsi dei BPSD, ma che questi poi si manifestino oppure no in risposta agli stimoli ambientali.

Questo breve inquadramento teorico-pratico lascia spazio alle strategie di prevenzione e trattamento dei BPSD basate su interventi ambientali e, in particolare, relazionali.

Già Moyra Jones, per esempio, ha cercato di aiutare i pazienti a ritrovare i propri oggetti mediante un'organizzazione protesica dell'ambiente (cartelli esplicativi sulle porte e sulle ante degli armadi), evitando così il disorientamento e il delirio di latrocinio.

L'*Approccio capacitante* si propone di prevenire e trattare i BPSD partendo da alcune idee forti:

- i BPSD non dipendono solo e in modo diretto dalla malattia, ma sono influenzati dall'ambiente;
- i BPSD hanno un senso *dal punto di vista del paziente*, anche se l'operatore ha difficoltà a comprenderlo;
- il misconoscimento (negazione) delle *Competenze elementari* favorisce la comparsa dei BPSD;
- il *Riconoscimento* delle *Competenze elementari* previene la comparsa dei BPSD e ne favorisce la risoluzione.

1.1. I BPSD secondo la Psicologia Sociale Maligna

I BPSD costituiscono uno dei maggiori problemi nella cura delle persona con demenza, sia per l'impatto emotivo suscitato negli operatori che per la difficoltà di reperire interventi efficaci, soprattutto per la gestione degli episodi acuti.

Il danno neurobiologico, la personalità premorboza, la storia personale e soprattutto l'interazione con l'ambiente e quindi la qualità delle relazioni, concorrono alla manifestazione fenomenologica di questi sintomi non cognitivi delle demenze (Benoit et al. 2005, Sink et al. 2006).

E' interessante notare come questa patogenesi dei BPSD riconosciuta dalla comunità scientifica sia consistente con la Psicologia Sociale Maligna di Tom Kitwood e con il suo modello *arricchito*. Secondo Kitwood la demenza senile (DS) è il risultato della complessa integrazione di cinque fattori principali:

$DS = P + B + H + NI + SP$. Dove P indica la personalità, B la biografia, H la salute, NI il deterioramento neurologico, SP la psicologia sociale.

Utilizzando questo modello, anche i disturbi comportamentali possono essere considerati in un contesto di senso che va oltre l'approccio riduzionista del danno neurologico. Anche il Nucleo Alzheimer potrebbe essere considerato come un laboratorio antropologico in cui da una parte sia possibile osservare l'impatto delle dinamiche relazionali e ambientali sullo sviluppo delle manifestazioni della demenza e dall'altra sia possibile sperimentare nuovi approcci psico-sociali per prevenire e trattare tali manifestazioni.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

2.L'esperienza della RSA I Fiori di Loto

Il gruppo di Genova si è avvicinato all'*Approccio capacitante* per trovare nuove risposte di fronte ai BPSD che si presentano acutamente come vere e proprie emergenze.

Infatti l'applicazione di altri modelli, pur concettualmente interessanti come la Gentlecare e la Person Centred Care, non era risultata soddisfacente, in particolare da parte degli OSS che più di tutti si trovano a fronteggiare tali disturbi.

L'*Approccio capacitante*, invece, è risultato uno strumento d'interpretazione e d'intervento che si è rivelato efficace e soddisfacente, sia per l'ospite che per l'operatore.

Relativamente ai BPSD, è nota l'estrema variabilità dei cluster psicotici e comportamentali nonché la differenza tra sintomi presenti costantemente, come apatia, ansia e *wondering* e quelli manifestati in acuto come agitazione e aggressività (verbale e/o fisica).

Riflettendo sulla nostra esperienza quotidiana nel Nucleo Alzheimer, abbiamo osservato che i BPSD sono spesso correlati con la qualità delle relazioni interpersonali (si pensi alla Psicologia Sociale Maligna di Kitwood e Bredin) ovvero con quei comportamenti involontari messi in atto dal personale di assistenza che risultano lesivi dei bisogni psicologici della persona e che si adeguano inconsapevolmente al modello negativo del paradigma standard della demenza.

L'analisi dei disturbi comportamentali acuti, utilizzando i criteri ABC della Functional Behavioral Analysis (FBA) - Antecedent, Behaviour, Consequence -, spesso mette in evidenza un difetto nella comunicazione con la persona demente (Stokes 1990).

2.1. Person Centred Care e Approccio capacitante

In questa ottica abbiamo cercato un senso dei BPSD nel contesto in cui si manifestano e abbiamo cercato anche un modello operativo che ci permettesse di realizzare praticamente una Cura Centrata sul Cliente. E' stato così che l'*Approccio capacitante* ci ha permesso di sviluppare una nuova prassi operativa. Inizialmente è stato applicato nel controllo in emergenza dei disturbi comportamentali poi è diventata una prassi abituale, tanto da essere percepita da osservatori esterni in tutti gli scambi verbali tra noi *operatori capacitanti* e gli ospiti.

Nella nostra ricerca di strumenti adeguati per la relazione con la persona con demenza abbiamo integrato i due modelli, Person Centred Care e *Approccio capacitante*. Il *Riconoscimento delle Competenze Elementari* (competenza emotiva, a parlare e a comunicare, a decidere, a contrattare) proposto dall'*Approccio capacitante* è stato letto come un modo pratico per la soddisfazione dei cinque bisogni psicologici che Kitwood considera comuni a tutti gli esseri umani ma particolarmente sentiti dalle persone con demenza (attaccamento, comfort psicologico, senso di identità, occupazione, inclusione in gruppi).

Dopo aver registrato e trascritto decine di conversazioni con gli ospiti della RSA, l'analisi dei testi ha permesso di mettere in evidenza valori, priorità, desideri, paure, conflitti e speranze, in un caleidoscopio di *Mondi possibili* in cui prima il paziente si viveva solo e incompreso. Mediante l'*Approccio capacitante* abbiamo invece imparato ad accompagnare gli ospiti nel loro mondo, a riconoscere le loro competenze, a ascoltare la loro voce interiore (*voice*).

Questa consuetudine all'ascolto della *voice*, ha trasformato lentamente ma radicalmente il nostro approccio: prima era prevalentemente tecnico – sanitario, poi si è progressivamente indirizzato verso l'ascolto della parola e l'osservazione dei messaggi corporei degli ospiti.

2.2. Indicatori corporei di disagio

Per la valutazione dei segni fisici di disagio abbiamo utilizzato le schede osservative della *Discomfort Scale of Advanced Dementia* (DS-DAT), nella traduzione, non validata per l'Italia, di

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

Marina Boccardi. Infatti l'osservazione attenta delle espressioni corporee (Tab.1) della persona con demenza consente una lettura dello stato di benessere abbastanza oggettivo e non influenzato dai deficit di linguaggio e di memoria. Per ogni indicatore vengono valutati frequenza, intensità e durata. Il punteggio della scala può andare da zero (nessun indicatore di disagio osservato) a 27 (tutti gli indicatori sono presenti, con alta frequenza, alta intensità, durata superiore a un minuto).

Tab.1

Indicatori di disagio (dalla DS – DAT)

1. Respirazione rumorosa (apparente fatica a respirare, respirazione irregolare)

2. Vocalizzazione negativa (negatività nel significato del linguaggio, versi sgradevoli, alterazione del ritmo dell'eloquio)

3. Assenza di espressione facciale serena

4. Espressione facciale triste

5. Espressione facciale spaventata

6. Espressione facciale accigliata

7. Assenza di espressione corporea rilassata (posizione comoda)

8. Espressione corporea tesa (tensione alle estremità e alle articolazioni, posizione apparentemente rigida)

9. Agitazione motoria (assenza di riposo, impressione di fuga da una sorgente di dolore, il paziente tira o strofina parti del proprio corpo)

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

2.3. Il nostro approccio ai BPSD

Il nostro approccio ai BPSD si è strutturato in varie tappe che sono state applicate inizialmente in modo sperimentale e piuttosto rigido. Successivamente, dopo alcune riunioni d'équipe in cui discutevamo i singoli casi alla luce dell'*Approccio capacitante*, le 10 tappe (Tab.2) sono diventate un modo di interagire quasi automatico.

Tab.2

L'approccio ai BPSD in 10 tappe

1. Osservazione e definizione del disturbo comportamentale.
 2. Osservazione del contesto e ricerca di fattori ambientali scatenanti.
 3. Osservazione della reazione dell'operatore.
 4. Osservazione della reazione del paziente.
 5. Valutazione del disagio, basata sulle espressioni corporee focalizzate dalla DS-DAT.
 6. Verifica del Riconoscimento/disconoscimento delle *Competenze elementari*.
 7. Ricerca di una reazione alternativa dell'operatore che fornisca all'ospite il *Riconoscimento* delle sue *Competenze elementari*.
 8. Messa in atto della reazione alternativa.
 9. Valutazione del disagio dopo l'intervento, mediante la DS-DAT.
 10. Valutazione complessiva dei risultati per decidere se la reazione alternativa dell'operatore ha raggiunto l'obiettivo di diminuire il disagio oppure è necessario ripetere il percorso dalla 7^a tappa con un'altra risposta.
-

3. Due esempi

Si descrivono qui di seguito due casi che riguardano episodi di agitazione e aggressività in cui il personale infermieristico usualmente richiedeva l'autorizzazione a somministrare terapie antipsicotiche o sedative.

3.1. Il caso di Santina

Santina (anni 85) è ospite del nucleo Alzheimer da 4 anni (MMSE score 14; NPI 9. Necessita di supervisione per le ADL). Nelle ultime settimane ha iniziato a presentare episodi di fuga: durante il giorno cerca di uscire dalla RSA, fino a diventare aggressiva nei confronti del personale che cerca di trattenerla.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

3.1.1 Il dialogo

Si trascrive un frammento di testo del dialogo avvenuto in occasione di uno dei tentativi di fuga.

1. **SANTINA:** Voglio andare a casa...
2. **OPERATORE:** Certo, ti accompagno io, intanto andiamo in giardino ad aspettare tua figlia... sei d'accordo?
3. **SANTINA:** ... sì va bene (*mi prende sottobraccio, come è abituata a fare con la figlia*)
4. **OPERATORE:** Che bella giornata! So che a te piace tanto il sole! All'estate sei sempre abbronzata. Cosa dici se ci sediamo sulla panchina e mentre aspettiamo tu lavori un po' a maglia? va bene?
5. **SANTINA:** Va bene.
6. **OPERATORE:** (*mi accorgo che non riesce ad eseguire bene tutte le sequenze del lavoro, quindi le propongo un'altra occupazione*) Adesso raccogliamo dei fiori per tua figlia. Di solito te li porta lei, questa volta farai tu la sorpresa di regalarglieli!
7. **SANTINA:** Va bene (*ride, avverto un senso di complicità e di fiducia nei miei confronti*)
8. **OPERATORE:** Si è fatto mezzogiorno, è ora di mangiare. Se vuoi rientriamo, mettiamo i fiori in un vasetto sul tuo tavolo.
9. **SANTINA:** Sì, ho fame, passiamo da dove siamo venute.

3.1.2.L'applicazione del nuovo approccio

1.*Osservazione e definizione del disturbo comportamentale:* Tentativo di fuga, agitazione e aggressività.

2.*Osservazione del contesto e ricerca di fattori ambientali scatenanti:* Le compagne di camera di Santina sono andate in vacanza, il suo ambiente è mutato diventando per lei non più familiare. Santina cerca di uscire per andare a casa.

3.*Osservazione della reazione dell'operatore:* Il personale impedisce a Santina di uscire.

4.*Osservazione della reazione del paziente:* Santina cerca ripetutamente di uscire dalla struttura fino a quando diventa aggressiva nei confronti degli operatori che non la lasciano uscire.

5.*Valutazione del disagio, basata sulle espressioni corporee focalizzate dalla DS-DAT:* punteggio 16, indicativo di disagio su una scala da zero (nessun segno di disagio è stato osservato) a 27 (alto livello di disagio osservato).

6.*Verifica del Riconoscimento/disconoscimento delle Competenze elementari:* Durante una riunione d'équipe gli operatori si rendono conto che Santina, con le sue parole (voglio andare a casa) e con il suo comportamento (tentativi di fuga), sta esprimendo la sua competenza emotiva (desiderio di andare in un luogo familiare, visto che la RSA dopo la partenza delle compagne di camera è diventato per lei un luogo estraneo) e la sua competenza a contrattare e a decidere (andare a casa). Impedendole di uscire gli operatori disconoscono quindi le *Competenze elementari* di Santina.

7.*Ricerca di una reazione alternativa dell'operatore che dia all'ospite il Riconoscimento delle sue Competenze elementari:* il *Riconoscimento* della competenza emotiva può essere fornito con la parola (Santina, ti senti un po' persa senza le tue amiche); il *Riconoscimento* della competenza a contrattare e a decidere può sembrare più difficile, perché spesso l'operatore non può seguire la volontà del paziente. Tuttavia è sempre possibile. Basta *prendere in seria considerazione* i desideri e le decisioni del paziente così come li esprime con le sue parole e i suoi comportamenti. L'importante è che l'operatore dia una *Risposta di effettività*, che cioè dica o faccia qualcosa che tenga conto di quanto ha ascoltato, in modo che il paziente si renda conto che le sue parole producono degli *effetti*, anche se questi non sono sempre quelli desiderati.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

8. *Messa in atto della reazione alternativa*: Nell'esempio riportato, l'operatrice per dare *effettività* alle parole di Santina ha scelto di accompagnarla a fare una passeggiata in giardino. Lei si è seduta su una panchina e ha lavorato un po' a maglia, quindi ha raccolto dei fiori per la figlia.

9. *Valutazione del disagio dopo l'intervento, mediante la DS-DAT*: Santina appena ha potuto varcare la soglia della struttura si è rasserenata. L'episodio di agitazione e aggressività si è risolto in pochi minuti. Anche il punteggio della DS-DAT è nettamente diminuito, passando da 16 a 5 (permane assenza espressione facciale serena ed espressione facciale triste).

10. *Valutazione complessiva dei risultati per decidere se la reazione alternativa dell'operatore ha raggiunto l'obiettivo di diminuire il disagio oppure è necessario ripetere il percorso dalla 7^a tappa con un'altra reazione alternativa*: In questo caso si è osservato che l'intervento alternativo messo in atto dall'operatore dopo la riunione d'équipe ha ottenuto il risultato di diminuire il disagio dell'ospite.

3.2. Il caso di Vittoria

Vittoria (anni 78) è ospite del nucleo Alzheimer da 4 anni (MMSE 16, NPI 14, indice di Barthel 78, ADL 4).

Un giorno, dopo la colazione si è rimessa a letto e si è addormentata. Quando arrivano le undici e mezza ed è il momento di prepararla per il pranzo emerge una situazione critica: una OSS invita Vittoria ad alzarsi ma lei si oppone e comincia ad alterarsi, manifestando aggressività verbale e fisica (respinge le mani dell'operatrice che tenta di toglierle le coperte e urla frasi di minaccia).

L'OSS chiede l'intervento di una collega, Antonella, che cerca di risolvere la situazione di disagio utilizzando l'*Approccio capacitante*.

Antonella bussa alla porta chiedendo permesso, poi entra nella camera, prende una seggiola e si siede a oltre un metro di distanza (per evitare che la paziente si senta minacciata) assicurandosi di essere ben visibile.

Vittoria è a letto con gli occhi chiusi e serrati, l'espressione del viso è contratta, il suo linguaggio corporeo esprime chiusura, ostilità (braccia serrate, mancanza di interesse per l'ambiente esterno) e disagio (punteggio DS-DAT: 13).

Antonella ha una postura rilassata con le mani lungo il corpo, il suo tono di voce è calmo e accogliente. I vestiti di Vittoria sono sul bordo del letto ma non vengono toccati.

3.2.1 Il dialogo

Si trascrive un frammento di testo del dialogo.

1. OPERATORE: Buongiorno Vittoria, è una bella giornata, fa sentire bene con tutto questo sole.
2. VITTORIA: ... Non mi interessa... Chi siete voi? Voglio dormire.
3. OPERATORE: ... E' quasi mezzogiorno, tra un po' si mangia, bisogna alzarsi...
4. VITTORIA: Voglio stare ancora a letto.
5. OPERATORE: Anche a me piace stare a letto; però quando devo alzarmi per andare a tavola...
6. VITTORIA: Bisognava alzarsi... lo so... ma io ho ancora sonno.
7. OPERATORE: Mi spiace che l'abbiamo svegliata, ci perdona?
8. VITTORIA: Sì certo...
9. OPERATORE: Grazie... allora, adesso ci alziamo per andare a mangiare?
10. VITTORIA: Ho paura...
11. OPERATORE: Di cosa hai paura? di mangiare?
12. VITTORIA: Sì...
13. OPERATORE: Non ti preoccupare, ci siamo qui noi.
14. VITTORIA: Va bene...

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

15. OPERATORE: *(la conversazione tende a spegnersi, Vittoria non è convinta di lasciare il letto, ma noi vogliamo trovare le motivazioni per farla alzare)* Cosa dici se andiamo a vedere che cosa c'è da mangiare? Poi se non ti piace niente torniamo subito indietro.
16. VITTORIA: Non lo so... non credo... perché non mi lasciate stare? io sto così bene qui... chi siete?
17. OPERATORE: Siamo le operatrici, siamo venute a chiamarti per il pranzo... ti aiutiamo ad andare in sala da pranzo.
18. VITTORIA: ... Io non so cosa devo fare... ho paura...
19. OPERATORE: Forse, se ci pensi bene, hai fame. Ti puoi alzare e scegliere se mangiare quello che c'è oggi...
20. VITTORIA: *(ride)* ... Ma io non so come fare...
21. OPERATORE: Se ti alzi ti aiutiamo a scegliere i vestiti. Siamo in primavera, possiamo vestirci con qualcosa di bello.
22. VITTORIA: A me non interessa, figuriamoci...
23. OPERATORE: Va bene... ti ho portato un bicchiere d'acqua, forse ti fa piacere...
24. VITTORIA: *(si mette seduta sul letto e beve dal bicchiere)*
25. OPERATORE: Che bella dormita oggi, Vittoria!
26. VITTORIA: ... Sì, ci voleva...
27. OPERATORE: Ti metto le scarpe qui vicino... se vuoi metterle... guarda, entra molta luce nella camera, c'è un sole bellissimo che invita ad alzarsi.
28. VITTORIA: *(si tocca la gola come se le facesse male)*
29. OPERATORE: Hai mal di gola?
30. VITTORIA: Sì, ho mal di gola.
31. OPERATORE: Allora dopo mangiato prendiamo la medicina... le medicine fanno male a stomaco vuoto.
32. VITTORIA: Mi gira la testa...
33. OPERATORE: Passerò con le medicine... andiamo in bagno?
34. VITTORIA: Adesso vado... mi sento stanca...
35. OPERATORE: Se hai bisogno chiama.
36. VITTORIA: ... Non c'è bisogno, sono capace.
37. OPERATORE: C'è il pettine, i tuoi capelli sono lunghi... come vuoi tenerli?
38. VITTORIA: *(sembra aver preso fiducia in noi, continua a manifestare un certo disappunto ma si alza da sola)*

3.2.2.L'applicazione del nuovo approccio

1.Osservazione e definizione del disturbo comportamentale: Comportamento oppositivo ed aggressivo, rifiuto di alzarsi.

2.Osservazione del contesto e ricerca di fattori ambientali scatenanti: Con il primo operatore si crea una situazione conflittuale senza vie d'uscita: la paziente vuole stare a letto, l'operatrice vuole che si alzi.

3.Osservazione della reazione dell'operatore: L'operatore ascolta il proprio imperativo professionale (devo far alzare Vittoria per accompagnarla a pranzo) e misconosce la voce di Vittoria (voglio stare a letto).

4.Osservazione della reazione del paziente: Vittoria si oppone e diventa aggressiva.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

5. *Valutazione del disagio, basata sulle espressioni corporee focalizzate dalla DS-DAT*: punteggio 13, indicativo di disagio su una scala da zero (nessun segno di disagio è stato osservato) a 27 (alto livello di disagio osservato).

6. *Verifica del Riconoscimento/disconoscimento delle Competenze elementari*: Antonella, prima di prendere la parola, si interroga sulle possibilità che sono state offerte a Vittoria di esprimere le sue *Competenze elementari* e sul Riconoscimento che (non) le è stato restituito.

La possibilità di esprimersi con il linguaggio verbale è stata scarsa: di fronte al rapido passaggio al linguaggio non verbale dell'operatrice (sollevare le coperte) anche Vittoria ha reagito col linguaggio non verbale (prima cerca di trattenere le coperte poi diventa aggressiva). La sua competenza emotiva, la *voice* che potrebbe spiegare perché non vuole alzarsi, non ha occasione per esprimersi in un contesto che è diventato subito conflittuale. La sua competenza a contrattare e a decidere viene trattata in modo negativo, come elemento di disturbo per l'esecuzione di un compito professionale dell'operatore.

7. *Ricerca di una reazione alternativa dell'operatore che dia all'ospite il Riconoscimento delle sue Competenze elementari*: dal punto di vista dell'Approccio capacitante una via d'uscita felice dalla situazione critica va cercata nel Riconoscimento delle *Competenze elementari* di Vittoria. Certo non è facile da fare quando ci si trova in una situazione di disagio acuto, ma Antonella ci ha provato.

8. *Messa in atto della reazione alternativa*: Sedendosi di fronte a Vittoria, ben visibile ma a debita distanza, ha subito dimostrato la sua disponibilità a parlare, ha dato a Vittoria il Riconoscimento della sua competenza a parlare e a comunicare. Con questo comportamento ha inviato un messaggio chiaro: *io sono qui con te per ascoltarti e per parlare con te perché tu puoi parlare e comunicare e vale la pena di parlare con te*.

Da parte sua Vittoria ha cominciato a parlare. A differenza dell'iniziale situazione di crisi in cui si è creato un corto circuito tra il linguaggio non verbale dell'operatrice e il linguaggio non verbale della paziente, Antonella ha subito spostato la comunicazione sul piano del linguaggio verbale.

Il Riconoscimento della competenza a parlare e a comunicare è stato seguito dall'espressione della competenza emotiva di Vittoria. La sua *voice*, prima misconosciuta, ha potuto esprimersi. Al turno 10 dice *Ho paura*, ai turni 28 e 30 manifesta il suo *mal di gola*.

A questo punto l'atteggiamento oppositivo di Vittoria può essere letto in un modo diverso, più completo e più rispettoso dell'essere *persona* di Vittoria. Non è solo un disturbo comportamentale, ma è l'espressione della competenza a contrattare e a decidere. Non è un comportamento senza senso, ma è un comportamento che è correlato con la *voice* di Vittoria, una sua voce interiore, non ancora ben chiara neppure a lei stessa, che dice *ho paura ad andare a mangiare perché ho mal di gola*.

Antonella con le sue parole cerca di dare un Riconoscimento a questa *voice* (turni 11 e 13; turni 29 e 31) e in questo modo *prende in seria considerazione* le parole di Vittoria e riconosce un senso al suo comportamento oppositivo. In altre parole le restituisce il Riconoscimento della sua competenza a contrattare e a decidere.

9. *Valutazione del disagio dopo l'intervento, mediante la DS-DAT*: Appena Vittoria ha vista riconosciuta la sua competenza a parlare la situazione critica ha cominciato ad evolvere in modo favorevole. Anche il punteggio della DS-DAT è nettamente diminuito, passando da 13 a 7 (permane assenza di espressione facciale serena, espressione facciale accigliata e assenza di posizione corporea rilassata).

10. *Valutazione complessiva dei risultati per decidere se la reazione alternativa dell'operatore ha raggiunto l'obiettivo di diminuire il disagio oppure è necessario ripetere il percorso dalla 7^a tappa con un'altra reazione alternativa*: In questo caso si è osservato che l'intervento alternativo messo in

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

atto da Antonella ha ottenuto il risultato di diminuire il disagio dell'ospite e di favorire l'alzata della paziente.

4.L'introduzione del Progetto BPSD nel Nucleo Alzheimer

Tutto è cominciato con la partecipazione di alcuni operatori ai Seminari Multiprofessionali Anchise. Il lavoro di gruppo partiva dalla lettura del testo registrato e trascritto di un colloquio professionale, in RSA, tra un operatore e un anziano. Le parole scambiate venivano studiate dal punto di vista dell'*Approccio capacitante* per distinguere le parole dell'operatore che sono seguite da risultati positivi (l'interlocutore parla volentieri), da quelle che sono seguite da risultati negativi (l'interlocutore non parla volentieri); per ripetere le prime ed evitare le seconde.

Dal punto di vista operativo la prima applicazione dell'*Approccio capacitante* è stata nei *Colloqui d'accoglienza*, realizzati e registrati nell'ambito del *Progetto accoglienza* promosso dal Gruppo Anchise con il patrocinio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria – Sezione Lombardia. Abbiamo subito notato come questi primi colloquio contribuiscano a un inserimento positivo dei nuovi ospiti e abbiamo così cominciato spontaneamente e in modo informale ad utilizzare lo stesso approccio in occasione di disturbi comportamentali acuti.

4.1.La ricerca di un sistema di valutazione adeguato

Anche nel caso di BPSD i risultati dell'*Approccio capacitante* sono stati subito evidenti: i disturbi comportamentali si risolvevano rapidamente e gli operatori erano soddisfatti del proprio operato. A questo punto bisognava trovare un sistema di valutazione per verificare in modo oggettivo i risultati raggiunti.

La valutazione del benessere/disagio in pazienti con demenza in fase avanzata non poteva ovviamente essere rilevata con questionari somministrati ai pazienti né poteva essere desunta dalle loro parole. Era necessario trovare una scala osservazionale che si basasse sul linguaggio del corpo. La scala per il disagio DS-DAT risponde proprio a questa esigenza. Il disagio del paziente viene inferito da un osservatore esterno. La sua valutazione è necessariamente indiretta e può essere influenzata dalla soggettività, tuttavia il linguaggio del corpo si esprime con comportamenti che sono sufficientemente evidenti e comuni per poter essere considerati come indicatori oggettivi di malessere. La DS-DAT utilizza questi indicatori, facilmente osservabili da un operatore, per arrivare a un punteggio che indichi quantitativamente il grado di disagio del paziente.

4.2.L'inizio della realizzazione del Progetto BPSD e la sua implementazione

All'inizio ci sono stati quattro operatori (il medico responsabile del Nucleo e tre OSS) che hanno cominciato ad utilizzare l'*Approccio capacitante* in modo informale e a titolo personale. I risultati sono stati talmente evidenti da indurre gli altri operatori a richiedere il loro intervento in occasione di situazioni critiche, come nel caso di Vittoria. Successivamente è emersa nell'équipe la richiesta di approfondire il metodo in modo che tutti potessero farlo proprio. Attraverso periodiche riunioni d'équipe (si veda il caso di Assunta) si è parlato del metodo e sono stati discussi i casi problematici con attenzione ai risultati raggiunti.

Attualmente l'*Approccio capacitante* è utilizzato dalla maggior parte degli operatori e, quando possibile, si sta utilizzando la scala DS-DAT per verificare la corrispondenza tra i risultati percepiti soggettivamente dall'operatore e quelli rilevati con uno strumento di valutazione sufficientemente oggettivo.

La storia dell'introduzione del Progetto BPSD nella RSA Fiori di Loto della ASL3 di Genova è incoraggiante anche per altre strutture. Infatti il *Progetto* si è implementato in modo quasi

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

spontaneo, partendo dagli operatori stessi e traendo spinta dai risultati che via via venivano osservati:

- i disturbi comportamentali acuti potevano essere prevenuti e/o risolti,
- gli operatori si rendevano conto di acquisire una nuova competenza professionale, si sentivano più esperti e più soddisfatti.