

residenze SANITARIE

CASE DI CURA CASE DI RIPOSO RSA

LA STRUTTURA

Tecnologia robotica
e riabilitazione

IL MEDICO

Un approccio
multidisciplinare
per il Parkinson



DECADIMENTO COGNITIVO

La relazione
tra invecchiamento
e demenza

L'approccio capacitante

Introduzione a cura di:

Sara Dal Ben

Fisioterapista a Padova, Componente Comitato Esecutivo GFG AIFI

Anna Maria Foggetti

Fisioterapista a Bologna, Componente Comitato Esecutivo GFG AIFI



Federica Faoro

Fisioterapista presso l'ospedale di Vittorio Veneto per l'AULSS 2 della Marca Trevigiana. Vincitrice del premio miglior tesi organizzato da A.I.F.I. e le Università del Triveneto nel 2017

Il potenziale effetto benefico dell'esercizio fisico sulle capacità funzionali e cognitive del paziente affetto da demenza è un tema molto dibattuto in ambito riabilitativo geriatrico. Se fino a pochi decenni fa la demenza e la non completa capacità collaborativa del paziente risultavano un limite assoluto all'approccio fisioterapico, oggi le nuove evidenze in letteratura (seppur ancora esigue) e l'aumento esponenziale di patologie croniche degenerative come la demenza, impongono ulteriori riflessioni e approfondimenti sul tema. La maggior parte degli studi in letteratura ci porta infatti a considerare ormai come dato dimostrato che l'esercizio fisico si associa oltre che a un miglioramento della performance fisica, anche a un rallentamento del declino cognitivo; non sono ancora chiare però le modalità con cui l'attività fisica vada proposta: quale attività? Quanta attività? Con che frequenza?

Un altro interrogativo cui non abbiamo ancora trovato risposta supportata da evidenze è

come proporre l'esercizio al paziente demenziale e ottenere il massimo della collaborazione possibile, al fine di ottenere un intervento efficace, senza rinunciare alla possibilità di riabilitare catalogando il paziente come "non collaborante". Questo estratto di tesi scritta da Federica Faoro, laureanda all'Università di Fisioterapia di Udine nell'A.A. 2015, è una valida proposta di studio sulle corrette modalità di approccio al paziente con demenza, elemento essenziale e imprescindibile per instaurare un'alleanza terapeutica e intraprendere con efficacia un percorso riabilitativo.

L'invecchiamento demografico, che colpisce in particolar modo i Paesi industrializzati, è determinato principalmente dal calo delle nascite e dal miglioramento delle condizioni di vita e salute; ciò comporta importanti conseguenze sulla spesa sanitaria e assistenziale, ma anche conseguenze socio-sanitarie come l'aumento dell'incidenza delle patologie cronico-degenerative come la demenza. Parallelamente all'aumento del numero di

Numerosi studi in letteratura indicano che l'esercizio fisico ha un impatto (positivo) sui pazienti affetti da demenza tale da rallentare il declino cognitivo. Per entrare nel merito di questo assunto vi proponiamo oggi un interessante approfondimento a cura della dott.ssa Federica Faoro

anziani, che molto spesso risultano non autosufficienti e indigenti, si ha un aumento delle strutture residenziali in cui questi vengono accolti [1].

Il quadro clinico di questi ospiti risulta molto spesso essere caratterizzato da fragilità, comorbilità e disabilità, necessitando di una gestione multidisciplinare da parte di un'équipe di professionisti (medici, infermieri, fisioterapisti, operatori socio-assistenziali e psicologi) per affrontare le problematiche specifiche fisiche, psichiche e relazionali.

Nonostante siano diverse le metodiche non farmacologiche che si sono sviluppate nel corso degli anni per la gestione di questo complicato tipo di paziente, in letteratura non ci sono studi che ne supportino l'evidenza scientifica in maniera univoca.

Date queste premesse, con lo studio effettuato, si è voluto andare ad analizzare una tecnica di approccio al paziente affetto da demenza innovativa: l'Approccio Capacitante (AC).

L'AC viene definito come una modalità di rapporto interpersonale basato sulla parola, che ha per obiettivo il creare le condizioni ideali per cui la persona anziana istituzionalizzata possa svolgere le attività di cui è capace, così come è capace, senza sentirsi in errore [2]. Si basa, dal punto di vista pratico, sulle parole scambiate tra operatori e anziani assistiti, partendo dall'assunto che le parole dei secondi (soprattutto se affetti da demenza) sono immutabili, mentre quelle dei primi possono essere scelte in modo di trovare una via d'uscita alle situazioni di disagio che si presentano nella vita quotidiana.



L'AC cambia il punto di vista dal quale attuare il trattamento, enfatizzando l'autonomia residua dell'anziano e non cercando di raggiungerla. In questo modo, tramite l'utilizzo delle cosiddette tecniche conversazionali, l'Approccio cerca di favorire il riconoscimento delle competenze elementari (parlare, comunicare, esprimere emozioni, contrattare e decidere) dei soggetti fragili e/o con demenza [3], facilitando l'instaurarsi dell'alleanza terapeutica e aumentando indirettamente la compliance dei pazienti al trattamento.

In letteratura non sono presenti riferimenti riguardo l'Approccio Capacitante in riabilitazione e da qui l'obiettivo dello studio: valutare se questa nuova metodica possa essere uno strumento utile al fisioterapista nell'applicazione delle sedute riabilitative per il mantenimento delle performance cognitive-motorie delle persone affette da demenza.

Per raggiungere gli obiettivi prefissati è stato condotto uno studio osservazionale su una popolazione selezionata e limitata di pazienti. I criteri di inclusione utilizzati per la selezione dei soggetti sono stati la presenza di una diagnosi certa di demenza (qualsiasi tipo, anche decadimenti cognitivi non ulteriormente specificati) e la non partecipazione a trattamenti fisioterapici continuativi.

Sono invece stati esclusi dallo studio soggetti portatori di patologie gravi da impedire una conversazione con l'operatore e soggetti già sottoposti a trattamenti in quanto si sarebbero create variabili di difficile gestione.

Sono stati reclutati quattro ospiti di una struttura per anziani, con un'età compresa tra gli 89 e 95 anni; questi sono stati poi sottoposti a due cicli di trattamento di dieci sedute ciascuno intervallati l'uno dall'altro da uno stop di tre settimane. I due cicli sono stati differenziati in un Protocollo A fisioterapico tradizionale ed un Protocollo B fisioterapico Capacitante e sono caratterizzati da tre fasi ben distinte tra loro:

1. fase di incontro-saluto: per instaurare la relazione terapeutica;
2. fase di proposta degli esercizi terapeutici: esercizi attivi effettuati a corpo libero migliorare il range articolare di alcuni distretti corporei quali l'unità capo-collo, l'unità spalla-gomito-mano e l'unità

- anca-ginocchio-piede;
3. fase di congedo.

Il protocollo B è rappresentato dalla somministrazione del Protocollo A in cui durante le fasi di trattamento vengono utilizzate le tecniche capacitanti proprie del metodo: nella prima fase di saluto la fisioterapista, oltre a cercare il contatto visivo, presentarsi e ricordare gli incontri precedenti (come avviene tradizionalmente), cerca un punto di contatto non facendo domande e rispettando pause e silenzi. Nella seconda fase, durante la proposta di esercizi, la fisioterapista applica tecniche proprie del metodo, come accettare l'argomento di discussione scelto dall'anziano, non interrompere, riconoscere le emozioni e restituire il motivo narrativo. In fase di saluto, per congedarsi e ricordare il nuovo appuntamento si mettono nuovamente in atto le suddette metodiche relazionali.

Per la rilevazione oggettiva dei risultati sono state utilizzate diverse scale di valutazione:

- la scala BANSS per il cambiamento pre e post training delle funzioni cognitive e funzionali;
- la scala NPI per la valutazione dei disturbi comportamentali;
- la scala CBI per la rilevazione del cambiamento del carico assistenziale riferito dal personale.

Per oggettivare le modificazioni cognitive comportamentali degli ospiti, sono state programmate delle brevi videoregistrazioni di due minuti ciascuna svolte prima e dopo il trattamento quotidiano di entrambi i cicli di fisioterapia. Queste sono state poi sottoposte all'analisi rispetto agli item previsti dalla scala Discomfort Scale for Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT).

Per la rilevazione di informazioni qualitative sui generali aspetti comportamentali degli ospiti, è stato strutturato un diario riabilitativo quotidiano che va a fissare quattro aspetti principali:

- la fase dell'incontro tra il fisioterapista e il paziente;
- il risultato che deriva da questa interazione, in termini di atteggiamento del paziente;

- la possibilità o non dell'esecuzione delle sedute fisioterapiche;
- il commento sulla seduta quotidiana di trattamento.

Si è proposta inoltre una breve intervista agli operatori di settore che rilevasse cambiamenti comportamentali e motori dell'ospite stesso, intervista eseguita nel periodo di pausa tra i due training e alla fine dell'intero percorso terapeutico.

I dati raccolti dalle valutazioni sono stati sottoposti ad analisi qualitativa e quantitativa. Tutti e quattro i pazienti arruolati inizialmente sono stati rivalutati alla fine del percorso terapeutico. Per gli item della scala BANSS i valori di tre pazienti su quattro sono rimasti stabili alla fine del trattamento. Solo per uno dei pazienti il punteggio è aumentato, indicando un lieve peggioramento cognitivo.

In riferimento agli item non cognitivi della scala NPI emerge, a fine del percorso terapeutico, una diminuzione del punteggio, correlato con la diminuzione dei disturbi "psichiatrici", in tre pazienti su quattro.

Per quanto riguarda la valutazione del carico assistenziale, alla valutazione finale, si registra una diminuzione variabile del punteggio ottenuto tramite la scala CBI, da tutti e quattro i pazienti, correlato a una diminuzione del burden cui sono sottoposti i caregivers dei pazienti.

L'analisi delle videoregistrazioni (sono state considerate quelle relative alla prima giornata di trattamento e all'ultima, per quantificare le situazioni più estreme del percorso terapeutico), ha fatto emergere una diminuzione del punteggio ottenuto alla fine dei training, correlato a un calo del discomfort percepito dai pazienti durante il trattamento.

Per quanto riguarda le interviste agli operatori, le dichiarazioni dopo il trattamento tradizionale non hanno testimoniato significativi cambiamenti e/o miglioramenti cognitivi, comportamentali o motori dei pazienti rispetto l'inizio del trattamento, mentre da quelle eseguite alla fine del percorso terapeutico sono emersi positivi cambiamenti del comportamento psicomotorio in termini di minor aggressività e maggior disponibilità alla relazione, sia nei confronti degli operatori che degli altri ospiti.

I risultati emersi dalle interviste vengono ulteriormente confermati dai diari strutturati e quotidiani delle sedute, che rilevano cambiamenti e/o miglioramenti progressivi rispetto l'atteggiamento dei pazienti nei confronti dell'operatore e della partecipazione al training fisioterapico, in particolare nel secondo ciclo di training.

Anche se lo studio presenta un esiguo numero di partecipanti, i risultati ottenuti ci portano a concludere circa la bontà del metodo come modello assistenziale esauriente, semplice nell'applicazione e utile anche al fisioterapista, nello svolgimento della sua pratica lavorativa e nell'affrontare persone particolarmente complesse.

Per l'*Operatore capacitante* il problema non è costituito dalla scarsa capacità di capire e di farsi capire da chi presenta deficit cognitivi; il problema è un altro: è lui stesso, l'operatore, che ha difficoltà a capire e a farsi capire dal conversante.

Per questo motivo impara ad ascoltare e a scegliere le parole da dire, utilizzando in modo consapevole tecniche specifiche, denominate nel metodo *Conversazionali*.

Pertanto si può affermare che, anche in ambito fisioterapico, l'instaurazione di un'alleanza terapeutica efficace con il paziente con demenza dovrebbe considerare innanzitutto un tempo specifico per entrare in relazione con la persona, attraverso un metodo di comunicazione specifico, che può risultare, già di per sé, una strategia terapeutica iniziale per il trattamento di questa tipologia di pazienti e può essere intesa come base necessaria e sufficiente per l'applicazione di tutte le altre metodiche, terapie o approcci fisioterapici e riabilitativi. ●

Bibliografia essenziale

1. Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno (2010). "Gli anziani in Italia: aspetti demografici e sociali ed interventi pubblici. Stato delle provincie e censimento delle strutture per anziani".
2. Vigorelli P. (2008). "Alzheimer senza paura, manuale di aiuto per i familiari, perché parlare, come parlare?". FrancoAngeli Editore, Milano.
3. Vigorelli P. (2011) "L'Approccio Capacitante". FrancoAngeli Editore, Milano.
4. Vigorelli P. (2012) "Cinque minuti per l'accoglienza in RSA". Franco Angeli Editore, Milano.