

Il percorso dell'equipe dall'accoglienza al progetto di vita in casa di riposo.

Un caso esempio, la signora F.

Silvia Carlotti – psicologa, Don Orione di Pontecurone (AL)

Abstract:

Nel presente contributo si illustra l'esperienza della strutturazione di un progetto di vita in cui è stata coinvolta l'intera équipe sanitaria e l'ospite a partire dall'accoglienza. In questo processo l'equipe multidisciplinare risulta essere uno strumento essenziale al fine di comprendere pienamente l'individualità del residente. È risultato fondamentale l'utilizzo della scala Kane, somministrata direttamente sotto forma di intervista al fine di comprendere con l'intera équipe vita i bisogni dell'ospite in termini di benessere fisico e psicologico.

La signora F.

La signora F., 70 anni, giunge presso la Casa a seguito di una lunga degenza per Covid19 presso una struttura ospedaliera. La signora F. ha un figlio di 35 anni con cui vive in una città piemontese, è separata dal marito, ha svolto la professione di medico.

Il momento dell'accoglienza

La signora F. arriva in struttura accompagnata dall'amministratore di sostegno, visibilmente smarrita e in ansia. Riferisce di aver scelto di venire, dopo un confronto con il figlio e l'amministratore di sostegno, al fine di trovare un luogo in cui essere serena ed essere aiutata, chiede subito di essere messa a letto per riposarsi dopo il viaggio. Sappiamo che il momento in cui un anziano varca la soglia di una casa di riposo può essere di grande disagio e il primo impatto può influenzare i tempi successivi di permanenza; pertanto, si ritiene fondamentale dedicare i primi momenti ad un colloquio, senza fini valutativi, ma con il solo intento di effettuare uno scambio verbale nel qui ed ora dell'incontro, in modo da far sentire la persona riconosciuta e mettere le basi per un'alleanza terapeutica (Vigorelli, 2012). A tal proposito, gli operatori dell'équipe hanno provato a scambiare qualche chiacchiera in modo informale ed a presentarsi man mano, raccontando di cosa era fatta la quotidianità della struttura ed accogliendo gli interventi della signora F.; grazie a questo approccio nella signora si può osservare maggiore tranquillità e fiducia.

Storia di vita

La signora F. ricorda un'infanzia abbastanza serena anche se governata da *“troppe regole che facevano soffocare”*. Ha un buon ricordo dei genitori, che descrive come severi ma amorevoli, frequenta la scuola secondaria presso un collegio e successivamente si iscrive alla facoltà di medicina. Ricorda gli anni degli studi universitari come *“gli anni più belli che abbia mai passato”* poiché era

riuscita a vivere da sola in una grande città, studiava con molta facilità, aveva relazioni sociali appaganti e si sentiva libera.

Al termine degli studi si sposa ed ha un figlio, dopo poco tempo dalla nascita del bambino, a seguito di alcuni periodi molto dolorosi e complessi per lei, le viene diagnosticato il disturbo bipolare che inizia subito a trattare con le adeguate terapie.

Riferisce i periodi sintomatici del disturbo come i peggiori della sua vita, *“ho fatto errori di cui non smetterò mai di pentirmi, ho rovinato tutto quello che avevo senza neanche accorgermene e ho lasciato mio figlio solo”*. A seguito delle adeguate terapie, dai 40 anni circa in poi il disturbo non si è più presentato in maniera severa, sono presenti periodicamente episodi depressivi. Ha potuto mantenere il lavoro fino al momento del pensionamento. Si è separata dal marito dopo pochi anni dalla nascita del figlio.

Dal momento del pensionamento riferisce numerose difficoltà nella gestione del figlio con malattia psichiatrica, ha perso entrambi i genitori ed ha dovuto gestire numerose malattie ed infortuni.

Prima del ricovero viveva da sola con il figlio. Oggi, insieme all'amministratore di sostegno ha scelto di effettuare l'ingresso presso la Casa anche al fine di lavorare sul recupero di alcune autonomie perse a seguito del lungo ricovero che non le permettevano di rimanere a casa e di raggiungere una maggiore serenità che non riusciva ad avere, dovendosi occupare di molte cose.

Difficoltà maggiormente osservate dall'équipe nei primi giorni dopo l'accoglienza:

- tono dell'umore deflesso e ansioso;
- convinzione dell'impossibilità di recuperare alcune autonomie quotidiane;
- completa dipendenza dall'operatore.

Valutazione strumentale

- *Indice di Barthel*: strumento di misura, basato su una scala ordinale, utilizzata per valutare le attività di vita quotidiana ovvero tutte le attività fondamentali che un individuo adulto compie in autonomia e senza il bisogno di assistenza per sopravvivere e prendersi cura di sé (Mahoney & Barthel, 1965).

Item	Valutazione	Punteggio
Alimentazione	Capace di alimentarsi da sola	0
Fare il bagno	Totale dipendenza nel lavarsi	5
Igiene personale	Necessita di aiuto per tutte le operazioni	4
Vestirsi	Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento	5
Controllo del retto	Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, e ha occasionali perdite.	2
Controllo della vescica	In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione).	5
Trasferimenti in bagno	Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto.	2
Trasferimenti sedia/letto	È indipendente	0

Deambulazione	In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione.	0
Salire/scendere le scale	In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza l'aiuto o supervisione.	0
	Esito: parzialmente dipendente per l'area ADL Autonoma nella deambulazione	23

- *Minimal State Examination*: un breve test neuropsicologico per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento cognitivo. Punteggio grezzo: 29; punteggio corretto: 26,7, esito: nella norma. (Folstein, Folstein, McHugh, 1975).
- *SCL90-R*: essendo in anamnesi presente una psicopatologia e non essendoci una condizione di deterioramento cognitivo che rendesse difficoltosa ed inefficace la compilazione, è stato ritenuto opportuno somministrare una scala generica per i sintomi psichici (Sarno et al., 2011). Emergono punteggi significativi per le seguenti scale: somatizzazione (punteggio corretto 1,42) che riflette il disagio legato alla percezione di disfunzioni nel proprio corpo; i sintomi focalizzano sugli apparati cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio. Sono componenti della scala anche dolore e disagio a carico della muscolatura grossolana e altri equivalenti somatici dell'ansia; scala: ipersensibilità interpersonale (punteggio corretto 1,11): esplora i sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, in particolare in confronto ad altre persone; manifestazioni caratteristiche sono l'autosvalutazione, i dubbi su di sé e un marcato disagio nelle interazioni interpersonali, scala depressione (punteggio corretto 1,15), spettro rappresentativo di manifestazioni cliniche caratteristiche della sindrome depressiva; si registra un ritiro di interesse nella vita, mancanza di motivazione, e perdita di energia vitale.
- *Intervista sulla qualità della vita* (Kane, 2003a, 2003b): questa scala di occupa di indagare la qualità di vita dell'anziano residente in casa di riposo attraverso i seguenti domini: confort fisico, competenza funzionale residua, privacy, autonomia, dignità, attività significative, gradimento del cibo, individualità, relazioni, sicurezza e benessere spirituale. I domini vengono esplorati attraverso un'intervista strutturata composta da 54 domande da proporre direttamente all'ospite. Punteggi medi alti indicano maggior soddisfazione nella qualità di vita. È importante che l'ospite sia in grado di comprendere e di comunicare, che conservi un sufficiente senso di realtà.

I domini indagati della scala sono i seguenti:

1. Comfort fisico: valuta se l'ospite ha dolore o se presenta altri segni di disagio fisico e se questi sono stati comunicati e tenuti in considerazione dagli operatori (es. "quanto spesso ha dolore fisico?").
2. Capacità funzionale: viene indagato il livello di autonomia funzionale dell'ospite, indagando la facilità con cui esegue le attività nella misura in cui lo desidera (es. "riesce a muoversi da solo nella stanza?", "raggiunge facilmente gli oggetti di cui ha bisogno?").
3. Privacy: esplora se essa viene rispettata in differenti ambiti nella misura in cui ciò è desiderato dall'ospite ("può trovare un posto per stare da solo se lo desidera?").
4. Dignità: viene valutato se gli ospiti percepiscono che la loro dignità è rispettata, o se invece si sentono sminuiti o umiliati ("sente di essere trattato con rispetto qui dentro?").

5. **Attività Significative:** esplora come l'ospite trascorre il suo tempo: se esce all'aperto e quanto spesso può compiere attività a propria scelta da cui trarre soddisfazione e gratificazione (“esce all'aperto tanto quanto desidera?”, “le giornate le sembrano troppo lunghe?”).
6. **Relazioni:** indaga se per l'ospite è facile avere contatti sociali e stringere amicizie, nonostante viva in residenza, con persone interne ed esterne ad essa (“considera qualcuno dei residenti come suo amico?”).
7. **Autonomia:** esplora la possibilità dell'ospite di compiere scelte o prendere decisioni nella vita quotidiana (“può andare a letto all'ora che vuole?”).
8. **Gradimento del Cibo:** valuta il livello di soddisfazione dell'ospite per il cibo che di solito viene servito nella Casa (“le piace il cibo che mangia?”, “i momenti del pasto sono piacevoli?”).
9. **Benessere Spirituale:** approfondisce se l'ospite partecipa ad attività religiose nella residenza, e se esse hanno per lui/lei un significato personale importante, se ritiene che la sua vita abbia un senso, se si sente in pace con sé stesso/a (le attività religiose hanno un significato personale per lei?”).
10. **Sicurezza:** esplora quanto l'ospite si senta sicuro e confidi nella propria sicurezza (“sente di poter ottenere l'aiuto di cui ha bisogno?”).
11. **Individualità:** indaga se l'ospite può esprimere la propria individualità e sentire che il suo percorso di vita sta proseguendo in maniera coerente con il suo passato (“il personale è a conoscenza dei suoi interessi e di cosa le piace?”).

Dominio	P. medio	Contenuti dell'intervista
Confort fisico	3,46	Raramente sente freddo, o ha posizioni che le creano fastidio, non ci sono dolori fisici forti, non ci sono rumori disturbanti. Riferisce di dormire ma di svegliarsi troppo presto la notte e non riesce a riprendere sonno.
Competenza funzionale	3,6	Riesce a muoversi nella stanza da sola, ma ha paura di muoversi da sola la notte in camera (richiede le sbarre al letto). Ha paura di muoversi da sola in struttura. Trova i bagni facilmente. Ha messo oggetti personali nella stanza.
Privacy	4,5	È in camera da sola, usa il suo cellulare personale per le chiamate, non sempre le persone bussano alla porta prima di entrare.
Dignità	4	Sente di essere trattata con cortesia dal personale.
Attività significative	3,4	Vorrebbe uscire all'aperto tutti i giorni ma accompagnata da un operatore, talvolta frequenta le attività organizzate. Talvolta le giornate sembrano troppo lunghe.
Relazioni	3	Ha conosciuto alcune residenti con le quali ha stretto amicizia, con una in particolare chiacchiera molto. Ma riferisce di aver trovato poche persone della sua età con cui confrontarsi.
Autonomia	4	Va a letto all'ora che vuole, prima guarda la tv, si sveglia in anticipo rispetto a quando vorrebbe. Sceglie autonomamente i propri abiti.
Gradimento del cibo	3,6	Apprezza il cibo ma sente la mancanza di un bicchiere di vino ogni tanto. I momenti del pasto sono abbastanza piacevoli

Benessere spirituale	3,07	Ha le possibilità di partecipare ad attività religiose ma non hanno un significato personale per lei. Nel complesso sente che la sua vita abbia significato per il fatto che è madre.
Sicurezza	4	Si sente sicura all'interno della Casa.
Individualità	3,66	Il personale ha conosciuto ciò che le piace, spesso chiacchiera con loro.
	P. medio totale: 35,85	

Riunione d'équipe

Dalle osservazioni e dalle valutazioni degli operatori effettuate in una decina di giorni, la signora F. risulta essere completamente autonoma a livello motorio, tuttavia emerge una grande paura nel muoversi autonomamente (richiede le spondine di notte, richiede di essere accompagnata nelle attività, richiede massimo aiuto nell'effettuare la doccia per paura di scivolare). La signora F. riferisce di rendersi conto di avere *“una paura troppo grande”* ma di non riuscire a fare diversamente. Rispetto alle condizioni mediche e alle terapie assunte emergerebbero controindicazioni all'introduzione di bevande alcoliche.

Si effettuano riflessioni sullo stato dell'umore della signora F. e sulle numerose preoccupazioni che riporta rispetto ad alcune situazioni che riguardano il figlio, che non riesce a seguire in prima persona, che talvolta compromettono il suo umore per l'intera giornata. A seguito di ulteriori riflessioni è stato ipotizzato il progetto di vita, che è successivamente stato condiviso in tutte le sue parti e appoggiato dalla signora F.

Dopo 15 giorni dall'ingresso si osserva un miglioramento rispetto all'interesse nelle attività quotidiane e al recupero delle autonomie.

Il progetto di vita della signora F.:

Dominio	Obiettivo	Strategia
Confort fisico	Ritmo sonno/veglia adeguato	Si prova a posticipare l'orario in cui viene somministrato il farmaco che regola il sonno.
Competenza funzionale	Sicurezza negli spostamenti e nel compiere attività quotidiane	Anche se autonoma e con rischio caduta basso, richiede agli operatori accompagnamento nelle attività per timore di cadere. Stimolare gradualmente la totale autonomia negli spostamenti, rassicurando e motivando l'importanza dell'autonomia. Si inizia con l'andare a pranzo e cena autonomamente (al piano). Si stimola a raggiungere più autonomia nel bagno, in maniera graduale, con ricerca di collaborazione e rassicurazioni si stimola ad effettuare l'igiene quotidiana con la sola supervisione dell'operatore. Attività fisioterapiche in palestra.
Privacy	Mantenimento di spazi individuali	Usa il cellulare in autonomia. Avendo un'età inferiore rispetto alla media degli altri ospiti, si

		opta per una camera singola che possa permettere alla signora maggiore libertà.
Dignità	Adattamento dell'ospite e miglioramento del tono umorale. Mantenimento autodeterminazione, serenità dell'ospite.	Confrontarsi con l'ospite nelle scelte routinarie facendola sentire parte attiva nel processo di cura e assistenza.
Attività significative	Miglioramento del tono umorale, autodeterminazione	<p>Frequenta le attività piacevoli che desidera (musicoterapia, ginnastica di gruppo, stimolazione cognitiva e tombola).</p> <p>Si richiedono periodicamente incontri con il figlio e l'amministratore di sostegno che possa rassicurarla su alcune questioni familiari che non riesce più a seguire direttamente.</p> <p>Fuma 3 sigarette al giorno (si stimola a scendere autonomamente in cortile).</p> <p>Colloqui di sostegno psicologico.</p>
Relazioni	Socialità	Ha stretto amicizia con una signora con la quale si trova in salone per chiacchierare. Si stimola l'incontro con altri 2 ospiti della stessa fascia d'età.
Autonomia	Mantenimento autonomie e libertà di scelta	L'ospite è da sola in camera, alla sera guarda la tv fino all'ora desiderata, sceglie come vestirsi.

Bibliografia

Folstein, M. F., Folstein, S. E. e McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Kane, R.A. (2003a). Definitions, measurement and correlates of quality of life in Nursing Home: Toward a Reasonable Practice, Research and Policy Agenda. *The gerontologist*, 43, 28-36.

Kane, R.A. (2003b). Quality of life measures for nursing home resident. *Journal of Gerontology: Medical Science*, 58(3), 240-248.

Mahoney, F. I. e Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

Sarno, I., Preti, E., Prunas, A. e Madeddu, F. (2011). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Adattamento italiano*. Firenze: Giunti.

Vigorelli, P. (2012). *Cinque minuti per l'accoglienza in RSA. Un metodo basato sull'approccio capacitante*. Milano: FrancoAngeli.

