

Se il domicilio non è una casa: esperienze di nursing nelle strutture protette

Susanna Lenhard, Responsabile Infermieristica, struttura protetta C.Bartoli, u.o. Cure Primarie, Distretto n.4, A.S.S. n.1 Triestina.

Per molti individui, nonostante i nostri sforzi, la casa non basta più; quando gravi motivi di salute obbligano una persona a vivere in una sedia a rotelle, farsi aiutare dagli altri per soddisfare tutti i bisogni dall'alimentazione all'igiene o quando la mente non ti permette più di apprezzare la vita e ti modifica l'esistenza con paure ansie e repentini atti inconsulti, quando si diventa "non autosufficienti" e non si dispone di buone risorse economiche per farsi aiutare nell'arco delle 24 ore, l'alternativa come unica soluzione sta nell'istituzione.

Questa parola non ci piace, ci ricorda il carcere, il manicomio, gli orfanotrofi. Ma possiamo modificare questa realtà? Mi sono posta questo quesito tre anni fa quando ho iniziato ad operare in una struttura protetta per 120 anziani non autosufficienti, "Casa Bartoli", dove ancora opero.

Durante questo periodo la tipologia degli ospiti si è modificata; infatti, oltre al "grande vecchio" (con un'età media di 87 anni, di cui alcuni centenari) accompagnato da patologie serie, ci sono alcuni soggetti disabili più o meno gravi, persone con seri problemi psichici ed inoltre abbiamo vissuto l'esperienza di assistere un giovane extracomunitario affetto da tumore cerebrale, in seguito deceduto.

"Casa Bartoli" è inserita all'interno di un grosso centro, denominato *Centro dell'Anziano*, gestito dal Comune, con la capacità di circa trecento posti letto, pensati fundamentalmente per persone con disagi sociali, pertanto quando in città accadono degli avvenimenti improvvisi (incendi, allagamenti, cedimenti di pavimenti delle abitazioni, o quant'altro), gli individui colpiti vengono ospitati presso il Centro e se queste persone presentano delle problematiche sanitarie, o non sono autosufficienti, vengono prese in carico da noi. Pertanto trattiamo in modo prioritario l'anziano non autosufficiente ma anche persone giovani con problematiche socio-sanitarie o gravi handicap.

Questi anni di esperienza, mi hanno convinta che l'istituzione può essere modificata, può essere resa accettabile e qualche volta perfino migliore al proprio domicilio e questo si ottiene operando contemporaneamente su due binari quello organizzativo e l'altro riguarda il nostro atteggiamento, la condivisione di alcuni valori fondamentali come il rispetto, la libertà ad esempio. Modificare l'organizzazione per rendere l'ambiente simile ad una famiglia è complicato. Solo per cambiare l'orario dei pasti di mezzogiorno abbiamo impiegato due anni, gestire l'alimentazione in cinque tempi (prima colazione, merenda, pranzo, the, cena) per 120 persone costrette in carrozzina e farla coincidere contemporaneamente, porta al risultato di un'inevitabile "catena di montaggio".

Mi rendo conto che più che ad una famiglia questo complesso di elementi assomiglia ad una caserma, appunto per questo assieme al Direttore della Struttura stiamo pensando a come porre ulteriori modifiche all'organizzazione. La sfida è rilevante, poiché dietro le quinte operano cuochi, lavoranti di cucina, personale addetto alle pulizie, personale Adest ed infermieri; lavoratori con un orario di lavoro stabilito entro cui tutti i bisogni delle persone ospitate devono essere rispettati.

Uno sforzo notevole, che ha dato buoni risultati, è stato quello di dividere la "Casa" in due moduli per far sì che gli operatori conoscessero meglio gli ospiti e questi potessero individuare le persone a cui riferirsi.

In pieno accordo con il Direttore della struttura, abbiamo **abbattuto ogni mezzo di contenzione** (purtroppo praticata in altre strutture normalmente) e anche questa non è stata cosa da poco, poiché molti operatori e molti familiari si sentivano più rassicurati (loro appunto) se l'ospite era "legato". Nonostante l'assenza di mezzi contenitivi possiamo vantarci di rilevare *solo due fratture di femore nel corso degli ultimi due anni*.

I dati in nostro possesso (1999), prima dell'intervento dell'ASS n. 1 in Struttura, dimostrano la presenza di 8 fratture di femore l'anno con immaginabili esiti devastanti per l'anziano che spesso diventa permanentemente non autosufficiente a causa di questo trauma ortopedico. (tab. 1)

Tab. 1

<i>Fratture di femore generate in Struttura Protetta</i>			
1999¹	2000	2001	2002
8	1	1	1

L'obiettivo aziendale di riduzione dei ricoveri degli "over 75", prevedeva per l'Distretto 4, una riduzione del 50% dei ricoveri "impropri" degli ultra75enni residenti a "Casa Bartoli", ponendo a tal fine il confronto tra i periodi luglio-dicembre 1999 e 2001, va qui evidenziato che **non vi è stato alcun ricovero improprio nell'arco di tempo considerato.**(tab. 2)

Tab. 2

"Casa Bartoli"	luglio		agosto		settembre		ottobre		novembre		dicembre	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
N° ospiti/mese	106	115	112	115	108	117	106	119	103	119	104	119
N° ricoveri/mese	6	3	7	7	2	4	5	4	7	2	6	2
N° ricoveri impropri/mese	2	0	2	0	1	0	2	0	2	0	2	0
<i>Tasso ricoveri "impropri"</i>	37,7	0	17,8	0	9,2	0	18,7	0	19,4	0	19,2	0

Il trend è stato mantenuto anche nel 2002, inoltre il numero dei ricoveri totali è sceso sensibilmente. A titolo di confronto, nel II semestre 1999 sono stati ricoverati in ospedale 33 ospiti mentre nel II semestre del 2002 soltanto 22.

Malgrado le reali difficoltà, il nostro fine è quello di personalizzare l'assistenza, differenziando le risposte da offrire alle persone ospitate in relazione ai bisogni individuati ed assieme a tutta l'équipe realizzare un piano di assistenza integrato. Con i fisioterapisti questo tipo di attività è già stata avviata e si sono potuti apprezzare gli ottimi risultati. Dall'inizio dell'anno sette persone sono state dimesse, per ritornare al proprio domicilio. Questo rilevante successo è da attribuire fondamentalmente al recupero della mobilità da parte di questi anziani e di conseguenza di qualche grado di autonomia precedentemente molto compromessa.

Ma non è solo questo, dimettere sette persone in un qualche modo ha cambiato una caratteristica tipica della struttura protetta dove abitualmente "*chi vi entrava non vi usciva più*", è anche il risultato di una messa in rete del sistema, oltre ai fisioterapisti, sono state coinvolte diverse figure professionali: gli infermieri, le assistenti sociali del Comune, gli Adest del Servizio Domiciliare, e figure non professionali come i parenti delle persone ospitate e le associazioni di volontariato.

Le strutture protette sono considerate come *estensione della domiciliarità*; in tale visione il ruolo infermieristico è strategico al fine di conservare la condizione di autosufficienza dell'anziano o mantenere le sue abilità residue favorendo l'integrazione con il territorio.

¹ La colonna evidenziata in giallo rappresenta il periodo precedente all'ingresso degli infermieri dell'ASS 1 in Struttura

Le porte della “Casa” sono aperte, tutti gli ospiti in grado di camminare possono uscire quando vogliono, i parenti sono sollecitati a portarli fuori, alcuni anziani rientrano a casa la domenica a pranzo, durante il periodo di ferie o durante le festività.

Con i pulmini forniti dal Comune, si organizzano gite giornaliere e, qualche volta, anche per più giorni. Dal mio punto di vista, queste attività, assieme all’animazione programmata e realizzata secondo i desideri e le capacità degli ospiti, andrebbero incrementate anche con il coinvolgimento degli infermieri per far sì che la persona sia stimolata, valorizzata ed evitare che si senta irrimediabilmente inutile.

Non dimentichiamo che il nuovo ambiente tendenzialmente caratterizzato da promiscuità coatta, privazione dell’intimità restrizione degli stimoli affettivi e culturali dipendenza da orari e abitudini diverse dalle proprie, può spingere l’individuo alla deresponsabilizzazione ed alla passività verso aspetti anche semplici della vita quotidiana ed avviarsi verso una fase cronica di disadattamento e di perdita della ragione per la quale valga la pena di vivere.

Mi rendo conto che sto parlando di ostacoli difficili da superare, e so che per raggiungere l’obiettivo, unito al progetto di riorganizzazione, dovremmo avere noi operatori un certo tipo di apertura mentale; il cambiamento si realizza solo quando si pratica la condivisione.

Vedere la persona a 360°, non dimenticarsi mai che è una **persona** e non un numero, come ancora adesso nelle corsie d’ospedale si sente “ come va’ con il 2 bis, come ha dormito l’ulcera?il primo passo da fare non solo con gli anziani ma con tutti è quello di rispettare l’individuo, considerarlo, accettare la sua esistenza la sua realtà sotto tutti i profili da quello culturale a quello sociale, economico, fisico, razziale, religioso e sessuale anche se non lo condividiamo.

Rispettare anche la volontà di non curarsi, la volontà di morire.....non sto parlando di eutanasia, bensì di evitare l’accanimento terapeutico, di accompagnare ad una morte serena.

In fondo quello che crea la differenza tra gli operatori dell’assistenza e i cittadini comuni dovrebbe essere proprio la capacità di aiutare la persona a vivere senza sofferenza e nel miglior modo possibile la propria esistenza, offrendo le nostre conoscenze e competenze anche quando non capiamo o non condividiamo.

Per raggiungere questo obiettivo si dovrebbe iniziare un lavoro sugli operatori,

buttare giù le barriere che ci dividono, smetterla di scaricare le responsabilità sugli altri, preparare le nuove generazioni su queste tematiche, non dimenticare il passato, rispettare la memoria, imparare ad esercitare l’affettività (non ci è mai stato insegnato), umanizzare il sistema. Trasmettere agli operatori, siano questi medici, adest, addetti alle pulizie, psicologi, infermieri o fisioterapisti o quant’altro che la vera gratificazione non va cercata nella tecnica “ho defibrillato... ho rianimato ...” e via così, indubbiamente senza togliere nulla alle capacità tecniche, guai a noi se questo non esistesse, non fraintendetemi, ma l’obiettivo finale sta nel essere riusciti ad **aiutare la persona in quello che la persona chiedeva.**

L’esperienza di questi tre anni, da una parte mi ha esaurito e dall’altra mi ha arricchita di conoscenza e mi ha dato nuovi stimoli di apprendimento di un mondo che mi era sconosciuto.

Integrasi con 120 persone che durante l’anno diventano 180 circa, persone diversificate dall’aspetto sociale (una parte dei nostri ospiti arrivano dall’adiacente Casa Serena - Struttura per persone autosufficienti – frequentata prevalentemente da persone con gravi problematiche sociali) e dall’aspetto clinico (molte persone, prevalentemente anziane, con seri problemi di salute sono inserite in questa Struttura perché l’assistenza infermieristica è assicurata sulle 24 ore), con i parenti, anche loro con caratteristiche differenti, nel primo caso si tratta di persone che vivono ai margini della società e che di conseguenza ti aggiungono le loro problematiche, nel secondo, di solito sono persone ansiose che vorrebbero l’immortalità del proprio congiunto; e ancora con i tre medici di medicina generale presenti dal lunedì al venerdì, con il direttore della struttura, con

l'autista che si occupa dei trasporti degli ospiti, con l'équipe dei fisioterapisti, con gli animatori, con gli infermieri, con i 60 adest (dipendenti comunali e delle cooperative anche qui ci sono delle differenze), con gli operai, i centralinisti, il prete, con gli impiegati amministrativi comunali, le guardarobiere, i parrucchieri, i barbieri, i callisti, gli addetti alle pulizie; tutto questo assieme agli operatori della vicina Casa Serena ed ai suoi ospiti.

Contemporaneamente tenere i contatti con la Medicina Legale per le visite riguardanti l'invalidità, i contatti con gli psichiatri, con gli specialisti, con l'ospedale, con la farmacia, con la ditta fornitrice di presidi di assorbenza, con la ditta dei rifiuti speciali, con il magazzino, con il Distretto.....e forse dimentico qualcuno.

Sto parlando di un mondo di persone che si interseca e interagisce, e per far sì che la persona ospitata da "noi" stia bene ho un'unica risposta: ***bisogna conoscere, rispettare e considerare tutti gli individui che ho elencato***, conoscerli significa non solo sapere il nome (è già molto) ma parlare, confrontarsi, anche scontrarsi, trovare un fine ultimo, creare una sorta di confidenza, in ultima analisi creare un circolo affettivo, solo questo meccanismo ti permette di ottenere risultati e di superare ogni ostacolo.

Il grande vecchio è come il neonato, come il matto, come l'emarginato, acutizza la sensibilità proprio perché perde le altre capacità e sente il clima che lo circonda sente il suono della voce non quello che gli dici, comprende se lo prendi in giro o se menti e se tra noi c'è collaborazione ed intesa lui lo percepisce e di conseguenza sta bene. In fondo non è assolutamente diverso da noi è solo più debole ed umiliato perché *dipende da noi* ma quello che cerca è quello che cerchiamo noi tutti da quando nasciamo; passiamo la vita a sperare di essere accettati di non deludere le aspettative altrui e quando arriviamo al capolinea vorremmo aver superato tutti gli esami ed *essere accettati per quello che siamo essere semplicemente amati*.

BIBLIOGRAFIA

Lavorato A. Rozzini R. Trabucchi M. (1994) *I costi della vecchiaia. L'assistenza sanitaria agli anziani negli anni '90* Bologna – Il Mulino

Predazzi M. Macchi B. (1992) *Quotidianità dell'utopia. Verso una nuova frontiera della Qualità della vita degli anziani* Milano -Jaca Book

Taccani P. (1994) *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti* Milano Angeli

Rhonda J. V. Montgomery (1993) *"Valutazione dell'autonomia/dipendenza"* in *Mutamento sociale e società anziana AA VV*