

Approccio alla persona che deve accettare (l'intrusione di) un curante a domicilio

Analisi del caso clinico
Del Sig X.X.



Formazione ACD 11 – 3 - 2014

...partendo da lontano

- Il professionista in ambito sanitario ha il compito di dover promuovere la salute, la prevenzione, erogare cure appropriate e di qualità, promuovere azioni di informazione, sostegno ed educazione.
- ...mantenendo sempre alta la motivazione intesa come *"attitudine che sottolinea la volontà, l'intenzione di sviluppare tutti gli sforzi possibili per produrre un lavoro di qualità"*

Motivazioni e qualità

- Motivazione come lo stato d'animo dal quale l'operatore parte per affrontare le cose:
 - Agente (spettatore)
 - Attore (ha un certo margine di manovra)
 - Autore (inventa, innova ed elabora)
- ... varianti attraverso le quali si possono esprimere le proprie abilità di curante esprimendo in maniera funzionale il proprio "saper fare" ed il proprio "saper essere"
- Operatore quindi come attore versatile in grado di adattarsi a palcoscenici e parti diverse
- Quesiti che l'operatore deve ciclicamente porsi:
 - Io...dove mi situo?
 - Che progetto abbiamo in comune?

Obiettivi principali (Mission...possible)

- Promuovere Autonomia e Autosufficienza (utente al centro, autodeterminazione)
- Stimolare l'Apprendimento e la valorizzazione delle Risorse dell'utente
- Curare la Qualità della relazione

Condizioni per avviare una Relazione di Qualità

- Ricordare che nasce da un bisogno, richiede sostegno e promozione della persona
- Modalità condivise nel percorso di cura per evitare dispersione di energie e fiducia dell'utente che si "affida"
- Aiutare l'altro a comprendere e tollerare i suoi problemi
- Favorire lo scambio dove ognuno dona qualcosa di sé
- Indurre creazione di legami anche solo per alcuni istanti (relatività del tempo ma qualità del tempo) per far aumentare la disponibilità mentale a ricevere

La relazione è fatica

- E' un percorso cercato, voluto e ...sudato
- **LA PIENEZZA DELLA CURA STA DENTRO LA RELAZIONE**

"... conosco un rimedio per il mal di capo ... una certa erba, sulla quale c'è un canto magico, che se lo si cantava prendendo insieme quell'erba, il rimedio faceva guarire tutto. Ma senza quella magia, l'erba da sola non serviva a nulla ...

E questo canto non è capace di guarire quel male separatamente"

Platone

Relazione come strumento

- Relazione come possibilità dell'anziano di rivelare la sua identità e dell'operatore di rispondere al **bisogno di sicurezza** indotto dall'invecchiamento
- Senescenza:
 - perdita e cambiamento
 - aumento dipendenza
 - necessità di continui adattamenti
 - riduzione delle motivazioni
 - aumento delle possibilità di crisi
 - la crisi espone alla sofferenza

Le facce della crisi

- Sofferenza individuale
- Sofferenza familiare
- Crisi progressiva: si instaura nel corso degli anni diventando via via meno sostenibile (frustrazione e affaticamento)
- Crisi improvvisa: rapida insorgenza come cadute, traumi, lutti, decadimento cognitivo (panico e smarrimento)
- Compito della presa a carico: accompagnare, contenere, rassicurare, anticipare la crisi... ripristinare il miglior equilibrio possibile (ind/fam)

Dietro la porta

- Dietro la porta possiamo trovare:
 - diffidenza
 - non accettazione della perdita di autonomia
 - coping inefficace (destabilizzazione rispetto involuzione)
 - involuzione/cambiamento come minaccia
 - equilibri da ripristinare attraverso una co-costruzione (non deve affiorare il concetto IO ti aiuto TU sei aiutato)
 - malattia, sintomo fisico
 - crisi come conseguenza della sommatoria degli “insulti” che accompagnano o seguono la malattia

Presentazione

- Momento in cui i due interlocutori creano la “prima reciproca impressione”
- Necessità di stabilire un contatto in un tempo breve
- Bilanciamento verbale/non verbale (frequente prevalenza del secondo) su rischio di sensazione di prevaricazione

Sfumature degne di nota

- Attitudine all'ascolto e alla comunicazione: "per sentirsi accolto" deve avvertire presenza e vicinanza
- Predisposizione a sincronizzarsi, oltre che sulle azioni, anche sui sentimenti (alleanza terapeutica)
- Voce: deve avere un ritmo costante, un'intonazione armonica, un volume sintonizzato alle capacità uditive dell'utente
- La postura del corpo non deve trasmettere chiusura
- Abbigliamento discreto (rappresentiamo una Istituzione)
- La distanza tra i due interlocutori non deve essere eccessiva ma deve "parlare di vicinanza" cercando allo stesso tempo di non invadere lo spazio dell'altro
- Gesti: devono essere posati, armoniosi e i contatti ben ponderati

Accoglimento

- Fase in cui si cerca di “accorciare le distanze”, o meglio, stabilire una “vicinanza terapeutica”
- Nella fase dell'accoglimento sono fondamentali **l'osservazione e l'ascolto attivo**
- *L'**ascolto** (strumento che permette all'altro di liberare la parola...) **attivo** è una pratica comunicativa basata sull'empatia e sull'accettazione in un clima in cui una persona possa sentirsi empaticamente compresa e non giudicata*

Regole dell'ascolto attivo

- Adeguarsi allo stile altrui
- Ascoltare con gli occhi, non solo con le orecchie
- Prima capire, poi farsi capire
- Incoraggiare gli altri ad esprimere se stessi
- Ascoltare tutto il messaggio
- Dimostrare (autentico) interesse all'interlocutore

...e cosa non fare

- Dare ordini: "lei deve...bisogna che lei..."
- Minacciare: "se non farà così finirà che..."
- Giudicare: "se si comporta così...non va bene..."
- Interpretare: "in realtà lei dice questo..." oppure "...fa così perché..."
- Investigare: "ma è proprio sicura/o che..."
- Argomentare: "...la regola sarebbe che..." oppure "per lei sarebbe meglio che..."
- Minimizzare: "non è così grave se..."

Consigli ... sul "dare consigli"

Un accenno a parte merita il "dare consigli" **da subito** (senza una adeguata conoscenza), in quanto può avere effetti controproducenti quali:

- fare filtro attraverso le proprie esperienze
- deresponsabilizzare l'utente
- svalorizzare l'utente
- sottrarre potenziale e accrescere dipendenza
- sbilanciare il rapporto (IO ti aiuto TU sei aiutato)

Quindi....valutare bene il consiglio che rischia di essere una soluzione dell'operatore che potrebbe voler dire che si sta centrando su se stesso e non sull'utente

...e altri suggerimenti

- isolarsi il più possibile dalle proprie rappresentazioni e dai propri vissuti
- non essere troppo impostato o tecnico (il 93% della comunicazione passa tramite relazione non verbale); potrebbe essere percepito come "falso"
- essere il più possibile **relazionale** (non c'è contenuto senza una relazione)
- evitare "l'intellettualizzazione", cioè usare troppe parole, anche complesse, per esprimere concetti semplici
- non usare l'ironia
- ascoltare prima di dire o fare
- chiedere che informazioni ha già
- esplorare insieme difficoltà ed ostacoli
- valorizzare le scelte fatte ed i comportamenti messi in atto
- soffermarsi più sulle risorse che sui limiti

Careseeking del malato

- E' bene sottolineare che l'applicazione di concetti teorici alla relazione tra persone, non è garante di "successo e alleanza terapeutici" in quanto il tutto va filtrato, anche, attraverso il livello di "careseeking", che è la predisposizione/capacità di farsi accudire, dell'utente

Chi è l'utente X.X.

- Anno di nascita 1938
- Separato
- Vive solo
- Sostegno informale: fratello all'estero
- Presenza curatore per le pratiche amministrative
- Stato dopo ictus cerebri ischemico con emisindrome facio-brachiale sx
- Lieve emisindrome dx, aprassia bocca-lingua-facciale, afasia fluente, disturbi di comprensione, acalculia, agafia (TAC cerebri)

Terapia farmacologica attuale

- Ebixa gtt 20-0-20-0 autogestito
- Plavix 75mg cp 1-0-0-0
- Coversum N 5mg cp 2-0-0-0
- Zanidip 10mg cp 0-0-2-0
- Atorvastatin 40mg cp 0-0-1-0

Situazione iniziale

- Presa a carico dopo convalescenza in Clinica Hildebrand; richiesta iniziale :int 7/7 x cs ed igiene, 1/7 prep th
- Prima visita primo approccio : impossibilità di ultimare procedura su repentino cambio di atteggiamento, da accoglienza gentile ad invito brusco ad andarsene
- Utente autonomo per igiene, privata x ED, pasti a domicilio, autonomo per spesa e farmacia, bucato in lavanderia. Bene la mob e casa non disordinata
- Contatto con AS clinica che conferma int 7/7

Procedere

- Nell'intervento successivo si scusa
- Iniziale compliance farmacologia difficoltosa (difficoltà a comprendere utilizzo blister)
- Insofferenza da subito per int 7/7 che manifesta con dissenso verbale, non si capacita necessità ns intervento, non si fa trovare
- Successivamente con mc si conviene riduzione interventi
- Vive l'intervento operatore come non necessario ed intrusivo

Situazione attuale

- Intervento settimanale per cs e ogni 2 settimane per prep th
- Scarsa considerazione
- Compliance farmacologica > 80%, assunzioni mancate, assunzioni/non assunzioni mirate, non segue ordine blister, esposizione in passato di voler assumere autonomamente da confezioni (flacone gtt che si svuota lentamente)
- Permangono rimostanze utente su rivendicazione autonomia e inopportunità ns interventi (accusa il sistema di essere «una mafia che prosciuga le pensioni degli anziani»). Rifiutati pasti, non desidera più ns int.
- Lamenta fattura salate
- Nel tempo umore alternante: a volte accogliente, si relaziona volentieri, a volte indispettito, facile all'irritazione quando deve contestualizzare motivo di non adesione a regime th

Interventi attuati

- Costruzione rete ACD-mc-utente
- Tentativo di coinvolgere entourage informale ma unico attore fratello schivo, che tende a delegare
- Accoglienza resistenza iniziale e mediazione
- Relazione vs fiducia e supporto positivo
Linguaggio assertivo
- Intervento con pro-memoria e telefonata
- Esposizione ad mc perplessità su attendibilità utente a livello cognitivo e necessità di rivalutazione intervento
- AS clinica ha "preparato" utente?

(S)Punti migliorabili

- Miglior monitoraggio farmacologico su assunzione th in gtt (sostituire con cp?)
- Possibilità di spiegare in maniera piu ampia ns interventi in un ottica di collaborazione, di percorso in chiave preventiva
- Dare possibilità ad utente, in un momento in cui è trattabile, di motivare il proprio dissenso e capire il suo punto di vista nei confronti dei Servizi Formali
- Maggiori info da curatore e da fratello rispetto al proprio vissuto, dinamiche loro e indicazione relative a comportamento
- Maggior coinvolgimento fratello, amici (che dice avere)
- Rivalutazione con MC, attivazione fratello, (ri)valutazione geriatrica