



La prescrizione dell'ausilio personalizzato: proposta per un modello a riferimento per l'anziano

The prescription of a personalized aid: proposal of a reference model for the elderly

G. MELLI, V. DA PIEVE*

Dipartimento Prevenzione e Salute dell'Invecchiamento, Istituto di Psicologia Clinica "Rocca-Stendoro", Milano; * Casa di Cura "Le Terrazze", Cunardo (VA)

Parole chiave: Ausilio • Ambiente • Modificabilità ambientale

Key words: Aid • Environment • Modifiable Environment

Il progetto riabilitativo ¹ sul paziente anziano, qualsiasi siano le condizioni patologiche di base, porta a considerare, fra i principali obiettivi, il raggiungimento di un rapporto il più possibile ottimale fra la capacità di autonomia residua del soggetto, le potenzialità da consolidare, il progetto di vita del soggetto e del suo gruppo familiare; ogni azione intrapresa con intenzionalità riabilitativa, quindi, deve ristabilire e adattare al meglio il rapporto dinamico fra soggetto e contesto nel quale vive.

La difficoltà nell'ambito della riabilitazione è concordare il progetto riabilitativo e ri-educativo, operato sul paziente, alla eterogeneità di parametri clinici, riabilitativi, psicologici e sociali, in riferimento ad un modello in grado di convogliare tutti gli indicatori in un paradigma olistico, la cui valutazione complessiva possa esprimere la "modificabilità ambientale", secondo criteri quantitativi e qualitativi.

Quando si cerca di dare la definizione di "ambiente", la difficoltà è stabilire l'estensione semantica del concetto; esso è uno spazio, con le sue connotazioni fisiche e sociali, dove si sviluppano la personalità e i comportamenti dell'individuo ², il luogo dove il soggetto possa esprimere, attraverso il rapporto con gli oggetti, la stabilità affettiva e relazionale ³.

E. Fromm Ferenczi, Rank, Horney, Binswanger, Sullivan, Rocca e Stendoro ^{4,5} considerano la problematica dell'uomo solamente all'interno della specificità del mondo e, quindi, soltanto nella capacità del soggetto stesso di rapportarsi con se stesso e con l'ambiente.

L'ambiente e la sua potenziale modificabilità può essere studiato su parametri:

1. *Oggettivi*, che, pur essendo eterogenei, possono essere verificabili (gli strumenti sono giuridici sanitari, economici, etc.); secondo questa prospettiva, l'adeguamento dell'ausilio è correlato alle condizioni cliniche, al grado di menomazione del soggetto (ossia la valutazione del danno terziario, valutazione dei deficit neuromotori, cognitivi, di danno del sistema muscolo scheletrico, cardiocircolatorio), alla fruibilità degli spazi interni ed esterni nei quali il soggetto anziano vive⁶⁻¹⁰.
2. *Orientamenti relazionali*, che hanno la caratteristica di enfatizzare la potenzialità dei vincoli sociali fra i soggetti (la qualità di vita del soggetto è generata dal grado di integrazione che riesce ad avere con l'ambiente)¹¹. Nel nostro caso l'utilizzo di un ausilio può modificare la qualità e quantità delle relazioni microsociale, in particolare quando il paziente è in ambiente istituzionalizzato.
3. *Soggettivistici*, che prediligono l'accertamento sugli stati di benessere, che enfatizzano la ricaduta degli elementi quantitativi e relazionali sul piano della soddisfazione percepita, dichiarata e condivisa dal soggetto e dai *caregivers*¹².

Un concetto che molti autori utilizzano per sottolineare le funzioni stabilizzatrici dello spazio per il mondo sociale è quello di "luogo" inteso come spazio di piccole dimensioni, di entità unica, con un contenuto profondo e significativo; esso produce affezione, memoria, emozione estetica in colui che lo designa come tale; gli spazi di vita diventano luoghi, il luogo differenzia le nostre azioni e si trasforma in simbolo culturale.

L'ambiente vissuto è uno spazio con prevalente significato simbolico e l'esperienza di dipendenza da esso viene sperimentata dal soggetto fino dalla nascita; Bowlby afferma: "...l'attaccamento ai luoghi si sviluppa come l'attaccamento alle persone"¹³. La dipendenza della persona all'ambiente diminuisce mano a mano che il raggio di azione del soggetto si fa più ampio, almeno fino alla adolescenza, ed è correlata con la competenza ambientale; con l'età avanzata essa diminuisce, e, quindi, aumenta l'influenza esercitata dalle caratteristiche ambientali fisiche, come le barriere architettoniche della casa, del quartiere, la distanza dai servizi sociali sanitari e commerciali. In ragione di ciò, emerge la necessità della

permanenza e costanza delle caratteristiche ambientali in termini percettivi, spaziali oltre che affettivi e relazionali. Il peso della riduzione di competenza ambientale su un piano funzionale spesso non viene vissuto come tale, la limitazione non porta a scoprire nuove possibilità di usufruire delle potenzialità offerte dall'ambiente ma, paradossalmente, porta a ridurre i propri bisogni, fino alla coartazione delle attività.

La valutazione di gravità in materia di disabilità nell'anziano è complessa; per il riabilitatore è interessante notare che la storia clinica del soggetto e le caratteristiche fisiche dell'ambiente hanno peso relativo, mentre gli elementi che contraddistinguono il potenziale di salute sono spesso correlati al grado di adattamento socio relazionale ed affettivo¹⁴; in questa dimensione allargata il concetto di ausilio è interpretabile quindi come "estensione, pelle o confine del corpo", permette l'accesso ai "luoghi". Esso stesso tuttavia è "luogo" con tutte le connotazioni affettive e simboliche che ne conseguono.

Al contrario il "non luogo" è anche uno spazio che non si può fruire, di cui non si può avere diretta esperienza, ricordo, relazione, ciò che ostacola: in sintesi è "barriera".

L'ausilio riassume simbolicamente queste polarità di significato: involutivo, di "morte psicologica"; nel paziente anziano emergono vissuti di perdita rispetto al ruolo, nella capacità di progettarsi, nella facoltà di decidere autonomamente, di avere una vita affettiva gratificante ed in questa dimensione è vissuto come emblema della dipendenza e della involuzione del corpo, sottoposto alla degenerazione, implicando vissuti emozionali di vergogna, rabbia, colpa, delusione, nostalgia, paura travolgente ed intollerabile¹⁵. O, al contrario, viene percepito come l'oggetto che consente l'accesso a spazi e allo sviluppo di potenzialità di vita nuove, genera vissuti di serenità, di relazione, espressione di sé. La congruenza fra prescrizione e utilizzo è data dal grado di complementarità - similarità tra la competenza dell'individuo e le facilitazioni o gli ostacoli che l'ambiente interpone alla soddisfazione dei suoi bisogni.

Nella nostra esperienza la prescrizione ed il successivo utilizzo dell'ausilio deve essere monitorato su aspetti molteplici al fine di rendere compatibile la fruizione in ragione della soggettività e, nella valutazione, viene evidenziata la fondamentale importanza della équipe multidisciplinare.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Basaglia N. *Progettare la riabilitazione*. Napoli: Ed. Hermes 2002.
- ² Liverta Sempio O, Marchetti A. *Il Pensiero dell'altro. Contesto, conoscenza e teorie della mente*. Milano: Milano: Ed. Raffaello Cortina Editore 1995.
- ³ Rocca R, Stendoro G. *Counseling con l'intervento della Procedura Immaginativa*. Roma: Armando Editore 2006.
- ⁴ Rocca R, Stendoro G. *Imparare a guarire: Stress, Depressione, Attacchi di Panico*. Roma: Armando Editore 2003.
- ⁵ Rocca R, Stendoro G. *L'immaginario teatro delle nostre emozioni*. Bologna: Ed. Clueb 2001.
- ⁶ Trefler E, Fitzgerald SG, Hobos DA, Bursick T, Joseph R. *Outcomes of wheelchair system intervention with residents of long term care facilities*. Assist Technol 2004;16:18-27.
- ⁷ *Seat cushion design for elderly wheel chair users base on minimization of soft tissue deformation using stiffness and pressure measurement*. IEEE trans Rehabil Eng 1996;4:320-7.
- ⁸ Sabol TP, Haley ES. *Wheelchair evaluation for older adult*. Clin Geriatr Med 2006;22:335-75.
- ⁹ Gadalla TM. *Sense of mastery, social support, and health in elderly Canadians*. J Aging Health 2009;21:581-95.
- ¹⁰ Evans S, Frank A, Neophitou C, De Souza L. *Older adult's use of and satisfaction with electric powered indoor outdoor wheelchairs*. Age Ageing 2007;36:431-5.
- ¹¹ Oxman TE, Berkman LF. *Assesment of social relationships in elderly patients*. Int J Psychiatry Med 1990;20:65-84.
- ¹² Augè M. *Non luoghi: antropologia della Surmodernità*. Milano: Ed. Eleuthera 1993.
- ¹³ Bowlby J. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina 1989.
- ¹⁴ Bartels SJ, Pratt SI. *Psychological rehabilitation and quality of life for older with serious mental illness: recent findings and future research directions*. Curr Opin Psychiatry 2009;22:381-5.
- ¹⁵ Fiske A, Wethrell JL, Gatz M. *Depression in older adults*. Annu Rev Clin Psychol 2009;5:363-89.