

Relazione del Ft. Fabrizio Pugliese tenuta il 24/09/2010 al Convegno ANIARTI presso l'Azienda S. Camillo Forlanini di Roma

“ T.I. aperta: sogno o realtà?”...

Il tema che oggi intendiamo affrontare – le T.I. aperte – pone tanti interrogativi.

Uno di questi è il seguente:

-può essere un'opportunità anche in campo riabilitativo? Ed ancora:

-il riabilitatore ed il paziente possono trarre un beneficio, un vantaggio terapeutico in quella stretta relazione che si viene a creare tra loro ed i parenti presenti o coinvolti?

Ci siamo più volte domandati quale fosse il modello di T.I. che assicurasse al paziente le migliori cure possibili con un appropriato trattamento riabilitativo. E' dunque esclusivo il rapporto tra paziente e personale sanitario in quest'ambito?

Al riabilitatore può essere utile la presenza di amici , parenti e familiari in T.I durante il trattamento?

Vi confesso che alcune volte si percepisce questa presenza con fastidio, come fosse un'ingerenza e al tempo stesso carica di una aspettativa che si coglie nettamente e che investe il professionista perché ritenuto capace di far “riprendere il proprio caro”.

Essi osservano, fanno paragoni, confrontano le varie figure che si succedono intorno e con precedenti esperienze vissute. E poi tutte quelle domande...

A volte pensiamo senza mezzi termini che farebbero meglio a stare al loro posto e che se sono lì, al di fuori dell'orario di visita (spesso un po' stretto) dovrebbero essere consapevoli del privilegio accordato. E grati!

Ebbene, dobbiamo ammettere con chiarezza ed in primo luogo a noi stessi, che il punto di vista a partire dal quale si valuta abitualmente tutto questo è prima di tutto il nostro. Difficilmente riusciamo a metterci “nei panni” di un paziente o di un parente.

Credo che sia opportuno allora delineare alcune considerazioni specifiche riabilitative che aiutano a capire meglio una possibile (certa) relazione che lega chi si occupa di riabilitazione a chi è legato in qualunque modo al paziente che trattiamo in T.I.

E' noto che i pazienti delle rianimazioni e delle T.I. sono pazienti in condizioni critiche con compromissione di vario grado della coscienza.

In maniera estremamente sommaria possiamo affermare che il movimento umano è guidato e suscitato dal senso che si dà all'azione motoria. Ogni azione , in genere, è diretta al raggiungimento di uno scopo. Di qualunque tipo. Tutti i sensi possono guidarla ma il più potente è senza dubbio la vista. Noi tutti volgiamo lo sguardo e la nostra attenzione nel punto dello spazio che pensiamo sia quello che ci interessa per un determinato motivo.

La compromissione della coscienza associata al trauma ed alla immobilità, oppure alla ridotta mobilità fa perdere al paziente il contatto con la realtà , molto rapidamente. Egli perde l'orientamento spaziale e temporale. Si deteriorano anche i legami affettivi. In molti casi la depressione si fa strada. Il paziente guarda ma non vede, ode ma non sente. Che significato può egli dare alla scena che si apre dinnanzi?

Diviene importante allora esaminare come dovrebbe essere considerato lo scopo dell'azione e, di conseguenza , l'obiettivo della ricerca visiva del paziente. In queste condizioni esso deve essere significativo per lui, e chiaro. Vuol dire individuabile facilmente e riconducibile alla sua storia passata.

Invitare il paziente a percorrere una traiettoria visuo-motoria verso un oggetto sconosciuto oppure verso una direzione (dx/sn, in alto o in basso, verso il bordo del letto ed altro...) ha un valore

nettamente inferiore rispetto allo stesso invito rivolto verso un proprio familiare/amico. In posizione supina come nei decubiti laterali. Si attivano canali percettivi visivi e tattili che facilitano la ricerca nel tentativo di raggiungere la persona cara/ nota. Se poi si aggiunge il valore rafforzativo della voce conosciuta da sempre, si dà enfasi al cambiamento dalla posizione di partenza oppure al gesto ricercato.

Siamo certamente consapevoli della necessità di consigliare, chiarire, istruire o educare oppure sconsigliare e, se necessario vietare, i comportamenti da far assumere ai parenti.

Possiamo ad esempio consigliare le posizioni più opportune del loro collocamento intorno al letto. Come modulare il volume della voce nel rivolgersi al malato. Che tipo di richieste essi possono fare e quali non è opportuno che facciano per non infastidire il paziente. Come attirare la sua attenzione verso un lato specifico ecc. Cosa non fare (ad esempio l'uso della pallina nella mano serrata). Occorre altresì essere consapevoli della necessità di ascoltare i familiari perché possono fornire informazioni preziose per la riabilitazione attraverso un racconto del background del paziente.

Ecco due esempi che vorrei raccontare tratti dalla mia personale esperienza professionale nelle rianimazioni.

- 1) Una donna balcanica (forse zingara) con politrauma della strada ma fortunatamente vigile e collaborante e senza compromissione della coscienza. Non parlava italiano. Nel tentativo di far comprendere le azioni ed i gesti da compiere per gli arti superiori, accompagnavo la mia gestualità con cenni del capo che indicavano il SI. Con stupore constatavo che la donna pur potendosi muovere si ostinava a restare immobile. Una volta andai da lei durante l'orario del vitto e parlai con i parenti. Essi mi spiegarono che nella gestualità loro propria, il cenno del capo nel senso verticale significava NO! Imparai una cosa nuova per me. Così chiesi loro di dire alla donna che doveva seguire i gesti che le avrei insegnato con le mani. E...controllai i cenni del mio capo.
- 2) Un paziente in coma con qualche iniziale cenno di risveglio. Era agitato. Doveva essere mobilizzato e correttamente posizionato. Accadeva però con grande difficoltà. Il suo nome anagrafico era Osvaldo. Quando, con voce calma ma decisa lo chiamavo per cercare una seppur minima collaborazione, si volgeva verso di me raramente. Uscendo dalla rianimazione mi imbattei nella moglie che mi chiese come andavano le cose per quel che riguardava la fisioterapia e mi rivelò che il suo nome anagrafico non era usato mai per rivolgersi a lui. Preferiva il nome Marco. Infatti, mi disse, quando lei lo chiamava con quel nome lui si voltava più facilmente. E lo constatai.

Si potrebbero fare altri esempi che coinvolgono tutte le categorie di persone adulte (uomini e donne in età lavorativa, stranieri, anziani, nomadi, disabili ed altri). Constatiamo invece con piacere che se tutto questo accade ad un minore, i genitori possono restare accanto a lui in maniera continuata. Come è giusto che sia.

CONCLUSIONE. Pensiamo che le T.I. e le Rianimazioni aperte non si possano ridurre semplicemente ad un allargamento della fascia oraria di visita per i familiari. Essi possono essere considerati una risorsa.

Affinché questo possa avvenire (e lo riteniamo possibile) servirà tutta la nostra disponibilità a fornire ai familiari dei pazienti con rispetto, con chiarezza e con pazienza, tutto ciò che sarà utile ed opportuno per favorire il loro percorso terapeutico riabilitativo.

Servirà anche la nostra disponibilità all'ascolto ed alla modulazione continua del piano di trattamento.

Potranno esserci ricadute di vario tipo. A volte non previste. Anche di carattere strutturale. Ad es. la presenza di orologi e calendari rivolti verso il paziente e non solo verso la consolle di controllo del personale sanitario di reparto...

Intraprendiamo dunque la strada che ci condurrà alle T.I. aperte anche nella nostra città, consapevoli della grande mole di lavoro che ci aspetta ma che muterà in meglio il modo di assistere tutti.