Covid-19: quali effetti sulla vita degli anziani ospiti delle case di riposo e delle loro famiglie?

La Pandemia ha colpito duramente le RSA, non solo per l'elevato numero di contagi che ha interessato gli ospiti, ma anche per le ricadute negative che la chiusura verso l'esterno e il conseguente isolamento dei pazienti hanno avuto sulle loro condizioni di salute. Allo stesso modo, i familiari hanno vissuto con senso di impotenza e sofferenza questa situazione.

Di Anna Dallavo *(Consulente Psicologa presso la Rsa San Francesco D'Assisi di Milano)*

La pandemia causata dal coronavirus ha determinato, oltre alla grave emergenza sanitaria, un importante problema organizzativo nella gestione delle Strutture per anziani, costringendole, in ottemperanza alle direttive ministeriali del DPCM del 4 marzo 2020, a vietare l'accesso in struttura alle famiglie per tutelare la salute dei propri residenti. L'articolo illustra l'esperienza della RSA San Francesco d'Assisi di Milano.

L'importanza delle famiglie nella vita comunitaria delle case di riposo

Dal 4 marzo 2020 a tutt'oggi, gli anziani non hanno più potuto ricevere le visite di parenti e amici, situazione mai vissuta prima d'ora nella storia delle case di riposo. Non poter permettere l'accesso dei famigliari è stato un evento che, fin dal primo momento, ha preoccupato le strutture residenziali interessate, temendo ripercussioni dal punto di vista psicologico poiché, nella vita quotidiana delle RSA, **le famiglie rappresentano una risorsa fondamentale per il benessere psicologico degli ospiti**. L'obiettivo di ogni struttura è di accogliere l'ospite e instaurare una proficua collaborazione con i famigliari sin dal giorno dell'ingresso. L'attenzione degli addetti ai lavori è stata pertanto da subito orientata a cogliere cambiamenti nel tono dell'umore e valutare la presenza di ansia o disagio psicologico.

Esperienza del vissuto di una RSA

Per fronteggiare la situazione, nell'RSA San Francesco d'Assisi di Milano, le due equipe dei servizi socio educativi e di fisioterapia hanno unito le loro forze potenziando i loro servizi sui piani di degenza, con il duplice scopo di proseguire le attività programmate della normale attività quotidiana della struttura e, allo stesso tempo, proporre un numero sufficiente di attività per supplire la mancanza delle famiglie. **Cercando di garantire normalità e continuità**, sono proseguite le attività individuali specifiche previste nel piano individuale di ciascun ospite programmate da fisioterapisti ed educatori, mentre **per allietare le giornate sono state incentivate le attività di gruppo sui piani di degenza**.

Nello specifico, sono stati inserite attività di psicomotricità condotte da fisioterapisti ed educatori in maniera congiunta coniugando esercizio fisico e attività di stimolazione cognitiva. Quest'ultima è stata il fulcro dell'attenzione nella programmazione poiché, proprio l'inattività è spesso causa del peggioramento cognitivo. A tale scopo, molte sono state le iniziative svolte che hanno spaziato da giochi di memoria, indovinelli, gruppi conversazionali e ascolto di libri. Per mantenere il contatto con il territorio i nostri Ospiti hanno partecipato per un mese ad incontri di Yoga on line e, sempre grazie all'utilizzo della rete, hanno dialogato con un gruppo di ragazzi Scout che si sono resi disponibili per alcuni incontri di gruppo. Anche i bambini delle scuole del rione hanno cercato di mantenere il contatto inviandoci disegni e pensierini molto graditi agli anziani.

Grande attenzione è stata da subito diretta al monitoraggio dello stato psicologico dell'ospite, incrementando la presenza della psicoterapeuta della struttura, aumentando la possibilità di colloqui individuali e inserendo la psicoterapia di gruppo. Il collegamento all'esterno della struttura è stato da subito garantito tramite videochiamate, permettendo così agli ospiti di poter mantenere il contatto con i loro cari.

Evoluzione degli aspetti psicologici dovuti all'isolamento e sintomatologia rilevata negli ospiti con livello di funzionamento cognitivo nella norma

Da un attento monitoraggio si sono evidenziati alcuni aspetti particolari. **La prima settimana di chiusura è stata ben tollerata dalla maggior parte degli anziani** e, in alcuni casi, è stato possibile osservare l'attivazione di risorse personali normalmente sotto utilizzate dalla presenza assidua delle famiglie, che spesso anticipa l'iniziativa personale dell'ospite inibendo alcune capacità di risposta. Dal punto di vista psicologico si sono attivati processi di elaborazione del vissuto personale favoriti dalla lontananza e dalla disponibilità di tempo per riflettere su alcuni aspetti della vita personale.

Nelle settimane successive si è assistito a un crescendo di tensione, irritazione, bassa tolleranza alla frustrazione, fino alla manifestazione di disturbi psicologici conclamati, che hanno avuto esordio ed evoluzione differente in base alla tipologia di ospite. I disturbi psicologici si sono differenziati sulla base del livello di funzionamento cognitivo; **nello specifico, negli ospiti con funzionamento cognitivo nella norma**, documentato con punteggio del test MMSE maggiore di ventiquattro, si sono evidenziati principalmente disturbi ansiosi, mentre nelle persone con deterioramento cognitivo medio grave si sono manifestati disturbi dell'umore e comportamentali.

La popolazione delle strutture per anziani è composta da un numero limitato di persone cognitivamente integre, che decidono per motivi personali di trascorrere la loro vecchiaia in un istituto. Questa tipologia di utenza, ha affrontato l'emergenza Coronavirus in maniera positiva, mantenendo una buona capacità critica, acquisendo le informazioni tramite giornali e televisione. Queste persone, in grado di comprendere la gravità della situazione, manifestavano richieste d'informazioni specifiche e, in alcuni casi, **hanno sviluppato una sintomatologia ansiosa**, determinata da pensieri negativi, difficoltà di comprensione riguardo il funzionamento del virus, sui modi di contagio e al pensiero di poter essere essi stessi fonte di diffusione del virus. La preoccupazione di poter contrarre il virus era, nel pensiero degli anziani ospiti, legata all'elevatissima probabilità di contagio. Tali pensieri, fonte d'incremento degli stati ansiosi, si sono sviluppati in seguito al diffondersi della notizia che le persone più a rischio erano gli anziani, in particolar modo quelli accolti in RSA.

Le informazioni su quanto stesse succedendo nelle altre strutture sono state numerose, molto dettagliate e in alcuni casi difficili da elaborare, perché fornite in maniera incisiva e martellante con l'indicazione dei numeri dei decessi e delle condizioni cliniche degli ammalati. L'eccessiva mole d'informazioni pervenuta dai mass media, ha impattato sul fragile equilibrio psicologico degli anziani, facendo diventare tale possibilità molto rappresentata nella loro mente, rendendo in tal modo molto più credibile la possibilità di contrarre il virus. Il pensiero di questi anziani contemplava l'ipotesi peggiore, sia come probabilità di contrarre il virus sia come esito infausto.

Visione del mondo, della vita e degli altri	Visione di sé stessi
Il mondo, le altre persone e gli eventi della vita sono percepiti come pericolosi.	Le persone ansiose percepiscono se stesse come incapaci di far fronte alle difficoltà e ai pericoli e non vedono negli altri la possibilità di trovare aiuto.

Fonte: Sassaroli et al, 2006.
Tabella 1 – Modello cognitivo dell'ansia

Nel pensiero di questi anziani non era contemplata la possibilità di contrarre il virus e poterlo affrontare poiché nel loro pensiero la positività al virus significava morte certa. In questa fase mancavano nei nostri ospiti le strategie di *mastery*, sicurezza in se stessi, senso di competenza o di padronanza. Mancavano inoltre le risorse relazionali, normalmente fornite dalle famiglie, quale senso di sicurezza e conforto dato dalla percezione di poter avere aiuto e sostegno nel momento del bisogno da parte della propria figura d'attaccamento principale. **Con questa serie di utenti sono stati molto utili i gruppi di psicoterapia, all'interno dei quali è stato dato ampio spazio a tutti per far emergere dubbi e preoccupazioni, l'attività di psicoeducazione, e l'esplorazione delle risorse di disponibili.**

Evoluzione negli ospiti con deterioramento cognitivo

Per queste persone i mesi d'isolamento hanno avuto ripercussioni psicologiche importanti. Molti di loro, notando l'allontanamento delle famiglie, non sono stati in grado di comprenderne il motivo, altri non si sono resi conto lucidamente dell'assenza specifica delle famiglie, ma sperimentavano un disagio indifferenziato al quale non erano in grado di dare un nome. Con l'isolamento, per queste persone è venuta a mancare la figura di attaccamento principale.

Un aspetto conosciuto della teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1979) ci ricorda come ogni individuo sviluppi, dal momento della nascita, specifici legami di attaccamento con le persone che si prendono cura di lui. Queste prime relazioni rappresentano una tappa fondamentale per la formazione di modalità stabili di funzionamento relazionale definiti da Bowlby come modelli operativi interni, che determineranno il funzionamento relazionale della persona per il resto della vita. Tali legami permangono nel corso dell'intera esistenza e si attivano nelle diverse fasi della vita nel momento in cui l'individuo, nei momenti di difficoltà, necessiti di vicinanza con la persona di riferimento per potersi sentire sicuro. Bowlby, pur non avendo studiato espressamente il legame di attaccamento nell'età adulta, pone comunque l'accento su come, tale comportamento, sia particolarmente importante nei momenti di difficoltà, cattiva salute o perdite che rappresentano eventi comuni con l'avanzare dell'età. Mentre nei primi anni di vita la figura principale di attaccamento è rappresentata dai genitori, nella vita adulta e soprattutto nell'anziano, si sposta sul partner o sui figli (Bowlby, 1973).

Durante l'isolamento, l'impossibilità di avere accanto la figura di attaccamento, è stato un aspetto destabilizzante per gli anziani che ha comportato l'insorgenza di disturbi psicologici, che si sono manifestati, partendo da un iniziale disorientamento fino alla manifestazione di veri e propri disturbi dell'umore (Browne, 2005). Per la maggior parte degli ospiti il disturbo non è stato tale da determinare un Disturbo depressivo maggiore ma, comunque fonte di disagio. Considerata la presenza di sintomi depressivi, si sono resi necessari supporto psicologico e attività individuali mirate da parte del servizio socio educativo. I sintomi che si sono manifestati con maggiore frequenza sono stati: **nervosismo, tristezza, perdita d'interesse e disturbi comportamentali nel caso di pazienti con demenza, diminuzione d'interesse per le attività quotidiane, mancanza di concentrazione, disturbi dell'alimentazione e pensieri ricorrenti di morte**, non intesi come volontà di togliersi la vita, ma piuttosto come difficoltà di accettazione dell'attuale situazione di vita, sentimenti d'inutilità e percezione di mancanza di senso nel proseguire una vita d'isolamento e di lontananza dagli affetti.

L'aspetto che ha creato maggiore difficoltà e preoccupazione è stata la criticità legata all'idratazione e al nutrimento. **Il rifiuto del cibo** e dell'assunzione di liquidi ha impegnato particolarmente il personale sanitario impegnato nell'assistenza quotidiana di questi ospiti. Si è assistito a un rifiuto assoluto relativo all'assunzione di cibo, bevande e terapia farmacologica protratto per giorni, con atteggiamenti in alcuni casi oppositivi e provocatori e in altri casi di chiusura passiva. Questi ultimi semplicemente hanno smesso di mangiare e assumere le terapie in maniera silenziosa ma inesorabile, rifiutando il cibo, non accettando di essere imboccati, chiudendo la bocca e gli occhi, comunicando con tutto il loro essere un disagio importante e la voglia di non farcela, il desiderio di essere lasciati in pace. Coerentemente con il primo assioma della teoria della comunicazione umana di Paul Waztlawick e colleghi della scuola di Paolo Alto, sull'impossibilità di non comunicare, questi anziani, attraverso il loro silenzio e il loro rifiuto del cibo hanno comunicato tutto il loro disagio per questa situazione surreale.

Criteri diagnostici per il disturbo depressivo maggiore	
Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di due settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento. Almeno uno dei sintomi è: • Umore depresso • Perdita d'interesse o piacere.	
Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni.	Marcata diminuzione d'interesse o piacere per tutte, o quasi tutte le attività.
Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni.	Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni	Faticabilità o mancanza di energia
Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati	Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione quasi tutti i giorni
Pensieri ricorrenti di morte	
• I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. • L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.	

Fonte: DSM-5, 2015

Infine un'ulteriore causa di disagio è stata determinata dalla presenza della mascherina. Con questo tipo di Dpi, **è venuta a mancare la comunicazione non verbale**, canale comunicativo usato in prevalenza dalle persone con demenza. Tra il quadro sintomatologico del deterioramento cognitivo, spesso è presente il deficit linguistico riguardante sia la produzione sia la comprensione linguistica. Tuttavia, nonostante il deficit, questa tipologia di persone è sempre in grado di comunicare, utilizzando il canale non verbale, precluso in questo momento dall'utilizzo dei Dpi.

In ottemperanza alle limitazioni imposte dalla normativa sanitaria, che prevede il mantenimento una distanza adeguata, è stato possibile utilizzare in maniera limitata la trasmissione di messaggi tramite il contatto fisico, la stretta di mano o la carezza. Con l'obiettivo di diminuire tale disagio, tutto lo staff si è impegnato nell'utilizzare modalità comunicative alternative facenti parte della comunicazione non verbale aumentando in maniera spontanea la comunicazione paraverbale, utilizzando aspetti del linguaggio quali il tono, il ritmo e la frequenza del linguaggio come strumento comunicativo. In moti casi è stato possibile catturare l'attenzione degli ospiti attraverso il contatto oculare, che si è manifestato molto efficace nell'alleviare i sintomi di agitazione.

Conseguenza sulle famiglie

Con la chiusura delle RSA, per le famiglie ha avuto inizio un periodo emotivamente difficile, determinato il primis dall'impossibilità di vedere i propri cari e dalla necessità di affidarsi completamente al personale della casa di riposo per il loro accudimento con un investimento di cieca fiducia. Per molti, abituati a frequentare quotidianamente i saloni e le stanze per visite, momenti insieme, feste e quant'altro **l'impossibilità di accedere è stata devastante**. Accompagnati da emozioni di **senso di colpa, sofferenza e disagio** prenotavano la video chiamata speranzosi di poter vivere questi piccoli momenti in collegamento con il proprio caro. Spesso però quest'aspettativa era disillusa dall'atteggiamento negativo vissuto dall'altra parte: molti anziani, non abituati alla tecnologia, vivevano il momento della chiamata con estrema tensione e irritazione, in alcuni casi non riconoscevano il famigliare o interpretavano il video come una finestra e chiedevano di poter passare dall'altra parte per stare in compagnia. In alcuni casi è stato necessario interrompere le video chiamate perché la sofferenza dell'anziano ospite raggiungeva livelli molto alti.

Non poter entrare in struttura e vedere personalmente le condizioni del proprio caro, insieme alla preoccupazione che potessero contrarre il virus, comportava nei familiari un senso di disagio e sofferenza, ma soprattutto **senso d'impotenza** che cercavano di compensare rimanendo in contatto con il personale medico infermieristico della struttura, mantenendosi il più possibile in contatto con i propri cari anche attraverso la chiamata telefonica. Per i famigliari degli ospiti entrati in struttura nel corso dell'anno, la situazione è stata infine ancora più difficile per mancanza di conoscenza diretta della casa di riposo. Non avendo mai potuto visitare gli interni per loro era difficile immaginare come potesse vivere il loro caro all'interno e soprattutto comprendere come e quanto fosse assistito bene. Per tali famiglie l'investimento di fiducia è stato ancora maggiore.

Conclusione

Molte sono pertanto le criticità da affrontare in questo particolare momento in cui il lavoro assistenziale prosegue a porte chiuse. Grazie al lavoro dell'intera equipe, la disponibilità, l'impegno e soprattutto il lavoro fatto con il cuore da parte di tutto lo staff è possibile offrire agli anziani ospiti dei momenti di serenità e sostituire, ove possibile, l'affetto delle famiglie.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association, a cura di M. Biondi, (2015), *DSM-5*, Raffaello Cortina.

Bowlby J., (1973), *Attachment and loss. Vol. 2 Separation anxiety and anger*, New York, NY Basic Books.

Bowlby J. (1979), *The making and breaking of affectional bonds*, Tavistock.

Browne C.J., Shlosberg E., (2005), *Attachment behaviours and parent fixation in people with dementia: The role of cognitive functioning and pre-morbid attachment style*, in Aging & Mental Health, 9(2), 1–9.

Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G., (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*, Milano, Raffaello Cortina.