

Demenza: quale spazio per le terapie non farmacologiche

Giovanni Bigatello

Istituto Geriatrico Ca' d'Industria ed Uniti Luoghi Pii - Como

Che le terapie non farmacologiche abbiano sempre menato vita grama non è un mistero. Senza scomodare Freud, basta chiedere ai Fisiatri più anziani, fino a due o tre decenni fa guardati con malcelata sufficienza dagli onnipotenti Chirurghi e dagli onniscienti Dispensatori di pillole. Gli è che fin dall'università noi medici siamo cresciuti in un contesto che ha finito per crearci una mentalità farmacocentrica, alla costruzione della quale hanno in seguito contribuito gli stessi utenti, i quali non lasciano l'ambulatorio soddisfatti se non ricevono la loro brava scorta di farmaci. Di conseguenza, malattie non suscettibili di trattamento farmacologico (o chirurgico) sono considerate "incurabili". "Sei vecchia, sei acciaccata, hai l'Alzheimer? Non c'è più niente da fare". In particolare sono state le Case di Riposo le vittime dalla mentalità del "non c'è più niente da fare", un assioma che aveva finito col relegare la medicina ivi praticata al ruolo di medicina da serie B. Questo fino a una quindicina di anni orsono, allorché si fece faticosamente strada un concetto rivoluzionario: "sei vecchio, sei acciaccato, hai l'Alzheimer? Allora c'è moltissimo da fare".

È in questo moltissimo che rientrano gli interventi non farmacologici. Ciò avviene in particolare allorché l'intervento non è finalizzato alla guarigione - obiettivo impossibile da ottenere nelle patologie croniche dell'anziano - ma al conseguimento di un maggior benessere, di una migliore qualità di vita. Non stupisce perciò che nel demente gli interventi intesi a stabilire un contatto relazionale assumano un rilievo determinante, poiché finiscono per recare maggior benessere a lui e a chi gli sta vicino, sia esso parente o operatore sanitario. Specialmente dopo che il progetto Cronos ha evidenziato come i farmaci attuali non sono in grado di modificare la storia naturale della demenza, essen-

do i benefici connessi al loro impiego modesti e limitati nel tempo (a fronte di un impegno economico rilevante), la possibilità del ricorso a interventi alternativi (complementari, non sostitutivi) non può essere ignorata. Senza entrare nel merito delle indicazioni e della validità dei singoli approcci, ricordiamo che oggi l'offerta spazia dall'arteterapia alle terapie occupazionali, dalla ROT alle terapie conversazionali, alle terapie condotte con l'ausilio di animali e altre ancora. Tutti questi interventi sono accomunati da un pregio e un difetto. Il pregio consiste nel fatto che la modalità stessa dell'intervento, ossia la relazione diretta, ha di per sé una valenza terapeutica. Il difetto è che questi interventi richiedono tempo, molto tempo, ed è della mancanza di tempo che da sempre si lamentano gli operatori sanitari, di qualsiasi livello: "se avessimo più tempo (oltre che più fondi, più personale)...". A ben guardare, anche la "contenzione", altro problema capitale dell'assistenza al demente, viene giustificata con la mancanza di tempo: "devo contenerci perché non ho tempo per seguirvi direttamente, devo legarti perché non c'è personale abbastanza per impedirti di porti in situazioni pericolose...". Ma del tempo, del tempo a lui direttamente dedicato, il vecchio ha bisogno più di ogni altra cosa. La sua richiesta non è del farmaco miracoloso, ma del nostro tempo: "se tu - anche tu medico - mi dedicassi più tempo, più attenzioni, più impegno... starei meglio".

Oggi dunque, in un momento in cui i farmaci per il trattamento della demenza mostrano ancora palesi limiti, merito delle terapie relazionali è di assecondare le richieste del malato, "costringendoci" a dedicargli più tempo, più attenzioni.

Una delle critiche più facili è che queste tecniche non sono in linea con la *evidence based medicine*: in pratica,

non sono vagliate attraverso rigorosi studi in doppio cieco, contro placebo, ecc. Forse è vero, ma ci si dimentica che spesso i risultati della *evidence based medicine* non sono trasferibili pari-pari nella realtà corrente, soprattutto nella realtà dei nostri anziani: sono risultati applicabili all'iperteso *puro*, al demente *puro*, a una sorta cioè di paziente *virtuale* non comparabile al nostro vecchio il quale, assieme all'ipertensione o alla demenza, soffre di almeno altre tre o quattro patologie. Ma non solo: soffre anche perché si sente solo, si sente abbandonato, inutile, privo di prospettive, tutte sensazioni che nel quadro complessivo occupano un

posto non inferiore a quello della bronchite cronica o della cardiopatia ischemica, e che difficilmente verranno modificate dai farmaci.

Se proprio una contrapposizione vogliamo cogliere tra "medicina farmacologica" e "medicina della relazione", questa va intesa nella contrapposizione tra "medicina della fretta" – quale rischia di essere la medicina ipertecnologica – e "medicina del tempo", qual è la medicina relazionale. Che questa contrapposizione possa trasformarsi in complementarietà e in convivenza è interesse non solo del malato, ma degli stessi operatori sanitari.

Problema lesioni da decubito: nel progetto Tendra la soluzione

La gestione di pazienti con piaghe da decubito rappresenta una delle attività di maggior rilievo all'interno delle strutture ospedaliere e delle RSA, ed è destinata ad aumentare visto il trend di crescita dell'invecchiamento della popolazione e una sempre maggior cultura nei confronti dell'argomento.

Purtroppo, non sempre le strutture sanitarie sono in grado di fornire una risposta adeguata: sebbene le moderne tecnologie offrano un'ampia scelta di prodotti per la cura delle ulcere, chi deve occuparsi della gestione di un reparto dedicato alla cura dei pazienti cronici si trova ad affrontare non pochi problemi, uno dei quali è il continuo turnover degli operatori sanitari, soprattutto del personale infermieristico.

Le conseguenze del fenomeno sono:

- spreco di presidi ed ausili
- aumento dei costi
- difformità nelle scelte terapeutiche
- difficoltà ad effettuare una corretta analisi dei risultati ottenuti.

Per risolvere questi problemi, Tendra, la linea di medicazioni di Mölnlycke Health Care, ha iniziato da anni un programma di collaborazione e partnership con numerosi enti ospedalieri e RSA di tutto il territorio nazionale.

Il piano Tendra, dedicato a chi vuol risolvere il problema della gestione e della cura delle piaghe da decubito controllando i costi e i risultati ottenuti, è in grado di offrire:

- un sistema completo di medicazioni e una tecnologia unica e brevettata (Safetac) che garantisce una guarigione rapida, naturale, senza trauma e dolore per i pazienti.
- un costante aggiornamento teorico e pratico degli operatori sanitari, finalizzato alla condivisione e all'utilizzo di protocolli personalizzati definiti *ad hoc* per ciascun ente.

Il programma prevede inoltre:

- il controllo dei costi e la certezza di spesa, attraverso un accurato sistema di reportistica periodica
- la gestione delle scorte e la programmazione delle consegne secondo le esigenze dell'ente
- l'assistenza tecnica e specialistica e un programma di affiancamento personalizzato per gli operatori.

Per ricevere informazioni sulle modalità e le caratteristiche del servizio Tendra si possono contattare gli uffici della sede italiana di Mölnlycke Health Care Via Marsala 40/C – 21013 Gallarate (VA)
Fax 0331 701748 – E-mail info.it@molnlycke.net.