

ISSN 0017-0305



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

Gli anziani e le badanti

Attenzione al *Triple Whammy!*

L'invecchiamento della popolazione

Medicina di famiglia e ricerca sulle demenze

La valutazione orale dei residenti in RSA

Il bisogno d'intimità nel paziente anziano oncologico

Tratti di personalità e capacità di *coping*

Quale destino dopo la riabilitazione
per i pazienti anziani?

La Capacitazione

Riabilitazione del paziente geriatrico

Pervietà interatriale nell'anziano

"Anzianismo"

Aprile 2007

Volume LV

Numero 2

GIORNALE DI GERONTOLOGIA, LV/2, 59-120, 2007

Periodico bimestrale - POSTE ITALIANE SPA - Spedizione in Abbonamento Postale -
D.L. 353/2003 conv.in L.27/02/2004 n°46 art.1, comma 1, DCB PISA - Taxe perçue - Tassa riscossa - Pisa (Italy) -
Aut. Trib. di Firenze n. 705 del 29 gennaio 1953

PACINIeditore
MEDICINA

La Capacitazione: un'idea forte per la cura della persona anziana ricoverata in RSA

Capacitation in the care of elderly persons

P. VIGORELLI

Gruppo Anchise, Milano; UO Riabilitazione dell'AO Ospedale "San Carlo Borromeo", Milano

Parole chiave: Capacitazione • Capacità • Partecipazione

Key words: Capacitation • Capability • Participation

Il termine "Capacitazione" indica una tecnica d'intervento che favorisce lo sviluppo delle competenze e dell'autonomia.

Il suo impiego è già presente in Medicina, ma è utilizzato in un'accezione molto particolare e limitata alla letteratura ginecologica. In questo campo esso indica il processo di modificazione cui gli spermatozoi sono sottoposti nelle vie genitali femminili per diventare idonei alla fecondazione.

Già in questa accezione il termine riunisce in sé i due principali elementi che lo rendono interessante per un suo impiego in geriatria, nonostante i notevoli cambiamenti di significato e di contesto che è necessario introdurre.

Il termine "Capacitazione" infatti riunisce in sé il concetto di "capacità" e di "azione" e in questi due concetti risiede la sua forza pratica, la sua utilità operativa.

Questa parola ci ricorda che:

- la capacità in quanto "saper fare" è un'entità vuota se non si accompagna con l'azione che su questa capacità si fonda;
- la capacità non è un'entità data una volta per tutte, ma esiste un processo attraverso il quale la capacità può essere acquisita o mantenuta o trasformata in azione.

In questo articolo propongo un approccio alla persona anziana ricoverata in RSA che si basa sulla Capacitazione, un approccio che non si occupa del recupero delle funzioni perse, ma che focalizza l'attenzione su quanto il paziente è ancora in grado di dire e di fare, anche quando sembra muoversi in un mondo possibile diverso dal nostro.

Definizione

La Capacitazione è una tecnica d'intervento che ha per obiettivo di creare le condizioni per cui la persona anziana ricoverata in RSA possa svolgere le attività di cui è ancora capace, così come è capace, senza sentirsi in errore.

L'obiettivo della Capacitazione è che la persona possa essere felice, per quanto possibile, di fare quello che fa, così come lo fa, nel contesto in cui si trova.

Gli interventi capacitanti sono le azioni che il curante mette in atto basandosi sulla Capacitazione.

Dalla definizione risulta subito chiaro che il fine ultimo cui facciamo riferimento non riguarda l'azione che l'anziano svolge, ma riguarda l'anziano stesso, la sua felicità.

Questo cambiamento di obiettivo è il fondamento della Capacitazione e ne rappresenta la sostanziale novità rispetto alle tecniche di intervento e di cura che si prefiggono invece il raggiungimento di risultati fattuali come il camminare per un certo numero di metri o il partecipare a un'attività di animazione.

Background

È noto che uno dei maggiori problemi assistenziali nelle RSA consiste nei disturbi psicologici e comportamentali (BPSD) degli ospiti, sia quelli di segno negativo come la depressione e l'apatia, sia quelli di segno positivo come l'agitazione psicomotoria e il delirium.

Negli ultimi anni sono emersi in letteratura, soprattutto in quella di origine psicogeriatrica più radicata nel mondo psicologico, vari tentativi di trovare un senso ai BPSD, aldilà della loro fenomenologia neurologica e biochimica.

Autori come Kitwood¹⁻³ e, più recentemente, Hillman⁴, Jones⁵ e Ploton⁶ sono i più noti tra quelli che hanno sviluppato questo indirizzo di ricerca. Anche le Linee Guida dell'*American Psychiatric Association* (APA) per il trattamento della malattia di Alzheimer e delle altre demenze senili⁷ o le prime Linee Guida Italiane sul trattamento della Malattia di Alzheimer dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica (AIP)⁸, dove si parla di interventi sul contesto e sul malato per la prevenzione e la cura dei BPSD, mettono tali disturbi in relazione non solo con fattori intrinseci (nel senso di organici), ma anche con fattori ambientali (correlati cioè con il contesto e con le relazioni interpersonali).

Gli antecedenti della Capacitazione

Nel corso degli ultimi anni la cultura generale ha influenzato in modo favorevole la cultura

specificamente geriatrica; essa infatti ha via via rispecchiato le tendenze culturali del momento storico, facendo proprie delle idee che si andavano affermando in altri campi.

Alludo in particolare a termini del linguaggio comune oppure già adottati nel linguaggio specifico di altre discipline come Animazione, Attivazione, Stimolazione, Facilitazione, Partecipazione e, nella letteratura anglosassone, *Empowerment*, *Enablement*, *Supportive therapy*, *Capability*, *Capacity building*.

È sufficiente una rapida ricerca su Internet per avere un'idea della diffusione di tali idee nel contesto culturale globale.

Per dare alcuni esempi, la ricerca su Google della voce "*Participation*" fornisce 647.000.000 link, la ricerca di "*Empowerment*" ne fornisce 50.900.000, quella di "*Enablement*" 5.360.000.

Tutti questi termini contengono in sé il concetto di azione, ma differiscono tra di loro per il valore attribuito al rapporto tra l'azione stessa, chi la agisce e chi la induce.

In particolare, termini come Animazione, Attivazione e Stimolazione sottolineano l'importanza dell'azione come risultato positivo dell'intervento del curante; termini come *Empowerment* e *Enablement* sottolineano l'importanza del ruolo attivo del paziente; Facilitazione e Partecipazione si collocano nel mezzo, sottolineando l'importanza sia dell'azione che del ruolo attivo del paziente come risultato positivo dell'intervento messo in atto dal curante.

Nei prossimi paragrafi descriverò sommariamente alcuni di questi concetti per introdurre e contestualizzare una descrizione più dettagliata degli elementi che costituiscono l'intervento capacitante.

ENABLEMENT

Tra i termini precursori della Capacitazione mi sembra che meriti particolare attenzione l'inglese *Enablement*.

Secondo la *Canadian Association of Occupational Therapists*⁹ questa parola esprime il concetto base della terapia occupazionale e significa "rendere capace la persona di scegliere, organizzare e attuare quelle attività che ritiene utili o significative nel suo contesto. *Enabling* si riferisce al processo di facilitare, guidare, allenare, educare, incitare, ascoltare, rispecchiare, incoraggiare o in altro modo collaborare con la persona così che possa avere i mezzi e le opportunità di essere coinvolta nella soluzione dei propri problemi" (pagg. 2, 3).

Cunningham Piergrossi ¹⁰ sottolinea che nella terapia occupazionale le attività sono sia i mezzi per la terapia sia i risultati dell'intervento, anche se le attività usate come mezzi non sono sempre comprese tra quelle che costituiscono il punto d'arrivo.

EMPOWERMENT

Empowerment letteralmente significa dare potere, accrescere in potere, potenziare.

Consultando un dizionario al lemma "*to empower*" si trova: Concedere autorità a qualcuno di fare (Dizionario italiano-inglese, inglese-italiano. Collins-Mondadori, 1982).

Con una rapida ricerca su Internet troviamo varie definizioni con sfumature diverse che arricchiscono il concetto.

Empowerment consiste essenzialmente nella crescita costante, progressiva e consapevole delle potenzialità degli esseri umani, accompagnata da una corrispondente crescita di autonomia ed assunzione di responsabilità (www.uiltn.it/entilocali/archivio/termini.html).

Il termine *Empowerment*, pur avendo accezioni specifiche in diversi ambiti di applicazione, può essere inteso come accrescere la possibilità dei singoli e dei gruppi di controllare attivamente la propria vita (www.comune.fi.it/Agende21Toscanaglossario.htm).

Nella formazione *Empowerment* viene definito come sviluppo del potenziale di un soggetto in relazione al raggiungimento di un obiettivo (www.askandfind.it/glossario.html).

A ponte tra il termine *Empowerment* e quello di Capacitazione (termini considerati, da qualche Autore, intercambiabili), cito il sociologo Giovanni Scotto dell'Università di Firenze:

Il fascino della parola *Empowerment* risiede secondo me nel suo carattere concretissimo: eravamo impotenti, deboli e disorientati, ora conquistiamo il potere di determinare da soli il corso dei nostri destini. Non solo: questo processo può essere facilitato da persone o gruppi già esperti, che sono in grado di capacitare altri senza dominarli (<http://danilo1970.interfree.it>).

Capacitazione

Il concetto di Capacitazione è nuovo in ambiente geriatrico, ma è già impiegato in altri campi, in particolare in ambito sociologico ed economico, dove ha assunto diverse sfumature di si-

gnificato a seconda del campo di applicazione e dell'Autore ¹¹⁻¹⁴.

Il termine Capacitazione si è diffuso nella lingua italiana quasi per sbaglio. Infatti l'affermazione della parola è dovuta alla traduzione italiana del volume di Amartya Sen (Premio Nobel per l'economia nel 1998) *Development as Freedom* ¹¹.

Il traduttore Gianni Rigamonti specifica infatti (v. nota a pag. 9) che traduce il termine di Sen "*capabilities*" con "capacitazioni" per distinguerlo da "*abilities*" (capacità) ma anche e soprattutto perché il termine di Sen "*capability*" indica una capacità che la società dà (o non dà) all'individuo.

In questo contesto il concetto si arricchisce di importanti contenuti:

- la Capacitazione è un processo di sostegno allo sviluppo finalizzato all'autonomia dei destinatari;
- l'autonomia dei destinatari degli interventi non è solo il fine, ma anche il mezzo per lo sviluppo;
- l'azione è condizione indispensabile allo sviluppo delle capacità;
- non si è mai capaci (o incapaci) in assoluto, ma sempre in riferimento a un contesto di possibilità.

Come è facile osservare, in questa accezione del termine sono insiti alcuni concetti come capacità, autonomia, processo e sviluppo che sembra siano inapplicabili o controproducenti per la persona anziana, soprattutto se si tratta di un anziano con pluripatologie, disabilità, deterioramento cognitivo e comunque destinato all'aggravarsi delle inabilità con il progredire inesorabile del tempo e della vecchiaia.

Eppure credo che il termine vada adottato e possa avere numerose ricadute positive per la cura della persona anziana; basti pensare che in ogni momento e di fronte a un qualsiasi grado di disabilità chi cura può mettere in atto degli interventi capacitanti o, d'altra parte, incapacitanti.

Infatti un eccesso di accudimento e il concetto stesso di presa in carico globale possono di fatto tradursi in una incapacitazione.

Quando in una istituzione ogni decisione, ogni azione anche elementare è già programmata dal contesto, per cui le azioni devono svolgersi in modo quasi automatico, le capacità cognitive dell'anziano tendono ad eclissarsi, le motivazioni ad agire tendono a spegnersi, la persona tende a chiudersi e a isolarsi (De Leonardis ¹⁵).

Anche se è irrealistico pensare a uno sviluppo

delle capacità dell'anziano ricoverato in RSA, è evidente che è preferibile mettere in atto degli interventi che vadano nella direzione della Capacitazione piuttosto che nella direzione opposta.

Un esempio di Capacitazione

Nel libro *Gentlecare, changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way*⁵ (tr. it. pag. 19), Moira Jones ci fornisce un esempio autobiografico, riferito alla cura di suo padre, malato Alzheimer.

"Mio padre era un meraviglioso giardiniere, sicché sono rimasta atterrita il giorno in cui ha cominciato a scavare buche nel suo prato. Inizialmente ho provato ad attirarlo verso la casa, verso la macchina, in qualsiasi posto, pur di impedirgli di rovinare il prato. Poi a un tratto mi sono accorta di ciò che stava succedendo: stava lavorando! Quell'uomo era impegnato in un lavoro e non intendeva esserne distratto, nonostante le mie proteste. Laddove un tempo aveva creato meravigliose aiuole, ora scavava buche (...) scavare buche equivaleva a fare giardinaggio (...) Così l'ho incoraggiato a scavare buche, e io le riempivo. Abbiamo trascorso un'infinità di ore gioiose a svolgere quell'attività".

In questo esempio già possiamo vedere chiaramente alcuni elementi dell'intervento capacitante: l'osservazione e l'ascolto, la vicinanza tramite immedesimazione che ha permesso di capire il senso di quanto il padre faceva, l'accettare che il padre facesse quello che per lui era significativo, l'accettare che lo facesse così come era capace di farlo, il non correggerlo.

Il Lettore critico si domanderà: un intervento che incoraggia un paziente a scavare delle buche in un bel giardino si può considerare utile e terapeutico?

La risposta ce l'ha già data Moyra Jones: "abbiamo trascorso un'infinità di ore gioiose a svolgere quell'attività".

Il senso dell'intervento capacitante non è da cercare nell'azione che viene svolta, ma nella felicità possibile del paziente e nella gratificazione che il curante ne riceve.

Fortunatamente non tutti gli ospiti delle RSA sono così deteriorati come il padre della Jones e gli interventi capacitanti, pur mantenendo come obiettivo la felicità, si strutturano attorno ad azioni più o meno complesse a seconda delle risorse dell'attore (si vedano in proposito alcuni

miei contributi nella cura dei pazienti emiplegici¹⁶, degli afasici post-ictus^{17 18} e dei malati Alzheimer¹⁹⁻²²).

Nei paragrafi che seguono descrivo più in dettaglio gli elementi costitutivi della Capacitazione, così come è attuabile nelle RSA.

Gli elementi costitutivi della Capacitazione

Se noi riesaminiamo la definizione data nel primo paragrafo arriviamo subito ad individuare i sei elementi costitutivi della Capacitazione: il curante, l'anziano, il contesto, l'intervento, l'obiettivo, l'azione.

IL CURANTE

Il termine "curante" viene qui utilizzato nella sua accezione più ampia, comprendendo tutti coloro che curano, indipendentemente dalla qualifica e dal ruolo professionale. La conseguenza diretta di questa scelta è che tutti coloro che prestano opera di cura, cioè tutti coloro che si trovano ad interagire con le persone anziane ospiti nelle RSA, possono imparare ad adottare la Capacitazione come stile di rapporto interpersonale.

L'ANZIANO

Ogni persona anziana ricoverata ha caratteristiche proprie e differisce dalle altre per risorse, disabilità, motivazioni, capacità, storia personale ...

Ne consegue che l'atteggiamento capacitante del curante si declina in interventi molto diversi a seconda della persona con cui si trova ad interagire.

IL CONTESTO

Quella che qui è descritta si può considerare una Capacitazione di primo livello, cioè un modo di operare e di relazionarsi che può essere attuato in ogni contesto. Esiste però anche una Capacitazione di secondo livello, che esula dagli obiettivi del presente articolo, che consiste in un insieme di interventi che mirano a cambiare il contesto organizzativo e strutturale per renderlo più idoneo all'attuazione degli interventi capacitanti di primo livello.

L'INTERVENTO

Quando si parla di intervento normalmente si allude a un'azione che produce un cambiamento, che serve per raggiungere uno scopo, per far

fare a un'altra persona quello che noi vogliamo che lei faccia.

L'intervento capacitante è tutt'altra cosa. Parte dall'osservazione e dall'ascolto dell'altro, lascia che l'altro si esprima così come è capace (con la parola o con il silenzio, con i gesti o con la semplice postura). Chi adotta un atteggiamento capacitante riconosce che l'altro è attore del proprio comportamento e delle proprie comunicazioni, che è un attore valido, anzi che è l'unica persona che può giudicare il senso e la correttezza di quanto sta facendo o dicendo. Evita di correggere. Non interrompe e non si sostituisce. Cerca di accompagnare l'anziano nel suo mondo possibile^{25,24}, così come ha fatto Moyra Jones incoraggiando suo padre a scavare buche nel giardino.

L'OBIETTIVO DELL'INTERVENTO

La Capacitazione non è finalizzata all'esecuzione di un compito o al recupero di una disabilità. L'obiettivo della Capacitazione è la felicità possibile della persona anziana e di chi la cura, nell'ambito di una relazione positiva.

Quello che qui si propone è un importante cambiamento di obiettivo: dalla performance (esecuzione di un compito) alla felicità. È lo stesso cambiamento di obiettivo che Lai^{25,26} ha già proposto per gli scambi verbali con i malati Alzheimer e che ho approfondito in varie occasioni^{20,21}.

Anche se tutti sappiamo che cos'è la felicità, perché la cerchiamo e in qualche momento ci sembra di raggiungerla, resta uno dei concetti più difficile da definire, sia in termini psicologici che filosofici.

Oggi si preferisce riferirsi a un concetto simile, quello di Qualità di vita, inteso come "il grado di soddisfazione e il piacere che il soggetto prova nelle possibilità più importanti della sua vita" (la definizione del "Quality of life Research Unit" dell'Università di Toronto è citata da Ba²⁷).

Secondo Skautze²⁸ la Qualità di vita è correlata ad esperienze soggettive quali l'autostima, la propria realizzazione, l'armonia interna, la libertà, il piacere, l'amore.

L'AZIONE

L'azione, l'esecuzione più o meno corretta di un compito, non è qui considerata come l'obiettivo dell'intervento capacitante. Il curante riconosce la validità di quello che il paziente fa, così come lo fa. In tal modo l'anziano non si sente in errore, non si innesca quel circolo vizioso che parte dalla disabilità e dall'errore e attraverso la frustrazione, la rabbia e la depressione può sfociare nei disturbi comportamentali ben noti che vanno dall'agitazione psicomotoria all'apatia.

È augurabile e probabile che una persona felice, che si vede riconosciuta nel suo valore così com'è, che non si sente in errore, sia poi anche in grado di ottenere migliori performance. Ma questo sarebbe un vantaggio aggiuntivo.

Considerazioni conclusive e prospettive

Il mondo umano delle RSA è vario e molteplice così come lo è il mondo "esterno". A causa di tale varietà è impossibile individuare dei protocolli di intervento rigidi che tengano conto dei bisogni e delle aspettative di ciascuno, anche se nell'assistenza quotidiana è necessario e utile, dal punto di vista pragmatico, fare riferimento a tali protocolli.

Per salvaguardare il benessere degli anziani ricoverati è comunque importante cercare delle modalità di intervento che valorizzino l'individuo e le sue caratteristiche, anche in condizioni di fragilità, di malattia, di disabilità e di deterioramento cognitivo.

In questa ricerca può esserci utile fare riferimento ad altre discipline, come la sociologia, la psicologia, la psichiatria che già hanno affrontato gli stessi problemi in contesti diversi.

Seguendo questo indirizzo e rifacendomi alle precedenti esperienze nella cura dei pazienti emiplegici, degli afasici post-ictus e dei malati Alzheimer propongo la Capacitazione come un'idea forte attorno a cui lavorare per migliorare le condizioni degli anziani e di chi li cura nelle RSA.

BIBLIOGRAFIA

¹ Kitwood T. *The technical, the personal and the framing of dementia*. Social Behaviour 1988;3:161-80.

² Kitwood T, Bredin K. *Towards a theory of dementia care*. Ageing and Society 1992;12:269-87.

³ Kitwood T. *The experience of dementia*. Aging and Mental Health 1997;1:13-22.

⁴ Hillman J. *The force of character and the lasting life*. 1999. Tr. it. *La forza del carattere*. Milano: Adelphi Edizioni 2000.

⁵ Jones M. *Gentlecare, Changing the experience of Alzheimer*.

- mer's disease in a positive way. Moyra Jones Resources 1999. Tr. it. *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*. Roma: Carocci 2005.
- ⁶ Ploton L. *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Ed. Chronique Sociale 2001. Tr. It. *La persona anziana. L'intervento medico e psicologico, I problemi delle demenze*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2003.
- ⁷ American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life*. Washington DC: American Psychiatric Press, inc. 1997. Ed. it. A cura di Cazzullo CL, Clerici M. *Linee guida per il trattamento della malattia di Alzheimer e delle alter demenze senili*. Milano: Masson 1999.
- ⁸ Associazione Italiana di Psicogeriatría (AIP). *Atti del 5° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría*. Gardone (Brescia), 19 aprile 2005.
- ⁹ Canadian Association of Occupational Therapists. *Enabling Occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists. ISBN: 1-895437-21-0
- ¹⁰ Cunningham Piergrossi J. *Essere nel fare. Introduzione alla terapia occupazionale*. Milano: Franco Angeli 2006.
- ¹¹ Sen A. *Development as Freedom*. Tr. It. *Lo sviluppo è libertà*. Milano: Arnoldo Mondadori 2000.
- ¹² de Moraes CS. *The large group capacitation method and social participation: theoretical considerations*. In: Carmen R, Sobrado M. *A future for the excluded. Job creation and income generation by the poor*. London: Zed Books Development Studies 2000.
- ¹³ Dolci D. *La struttura maieutica e l'evolgerci*. Firenze: La Nuova Italia 1996.
- ¹⁴ Dolci D. *Dal trasmettere al comunicare*. Torino: Sonda 1998.
- ¹⁵ De Leonardis O. *Cosa sono e come cambiano*. Roma: Carrocci 2001.
- ¹⁶ Vigorelli P. *Reinserimento familiare dopo un ictus*. Prospettive Sociali e Sanitarie 2000;9:6-8.
- ¹⁷ Vigorelli P. *L'arte di conversare con il paziente afasico post-ictus*. I Luoghi della Cura 2004;2:28-31.
- ¹⁸ Vigorelli P. *Il trattamento conversazionale dell'anziano afasico post-ictus*. Geriatric & Medical Intelligence - Medicina e Anziani 2004;1:45-52.
- ¹⁹ Vigorelli P, Negri Chinaglia C, Bonalume M. *Un nuovo approccio alla conversazione col malato Alzheimer*. Atti del 48° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Firenze, 27-31 ottobre 2003.
- ²⁰ Vigorelli P (a cura di). *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*. Milano: Franco Angeli 2004.
- ²¹ Vigorelli P. *Comunicare con il demente: dalla comunicazione inefficace alla conversazione felice*. Giornale di Gerontologia 2005;53:483-7.
- ²² Vigorelli P. *La Capacitazione nella cura del malato Alzheimer*. I Luoghi della Cura 2006;4 (in corso di stampa).
- ²³ Lai G. *L'accesso ai mondi possibili nella malattia di Alzheimer*. Prospettive Sociali e Sanitarie 2001;4:7-11.
- ²⁴ Lai G, Lo Re E. *Disidentità e mondi possibili nella malattia di Alzheimer*. Tecniche Conversazionali 2001;25:57-64.
- ²⁵ Lai G. *Conversazioni con l'Alzheimer*. Prospettive Sociali e Sanitarie 2000;18:2-5.
- ²⁶ Lai G. *Cambiamenti nella teoria della conversazione e cambiamenti nella relazione con i pazienti Alzheimer*. Psicoterapia e Scienze Umane 2001;2:55-68.
- ²⁷ Ba G. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Milano: Franco Angeli 2003.
- ²⁸ Skautze K, Malm U. *Comparison of quality of life with standard of living schizophrenic outcome patient*. Br J Psychiat 1992;74:12-7.