

L'Intelligenza del corpo

Il corpo, una comune esperienza

C'è una comune esperienza di chi si prende cura di altre persone: **il corpo; è importante, sempre**. Qualsiasi sia la malattia, l'interruzione di una funzione. Che io sia familiare di un malato, volontaria, governante, operatore, infermiera di un anziano, disabile, sofferente mentale, in grave perdita di autonomia motoria, di iniziativa... la mia attività di cura inizia dal corpo.

Il confine fra quello che sperimento, rielaboro, ricordo è sottile. A volte un profumo, una temperatura, un colore percepito durante un evento doloroso è sufficiente a riviverlo con la carica di emozione e sconvolgimento fisico già vissuti. **Le esperienze si imprimono nel corpo, nel sistema neurosensoriale**, per fortuna anche le esperienze positive.

Dove nasce l'impulso di vita?

Dove nasce il dolore, l'impulso al movimento, il piacere, la gioia... **l'impulso di vita?** Solo nei pensieri, nel cervello dove partono e arrivano segnali, risposte, volontarie e involontarie? E come viene spiegato, se c'è un encefalogramma piatto, che ad uno stimolo doloroso il battito cardiaco risponde aumentando la frequenza delle pulsazioni e la pressione si alza? Si dice "è un riflesso spinale", il dolore non c'entra. Davvero?

Qualche anno fa, delle infermiere inglesi hanno fatto sciopero. La notizia apparve sulla stampa. Si sono rifiutate di fare assistenza negli espianti perché le variazioni dei parametri di cuore e pressione sono conosciute come reazioni al dolore, oltre che prodotti da un'emozione, per l'intensificarsi di un'attività fisica. Dov'è il confine fra la funzionalità del cervello e la percezione dei sensi? E se c'è dolore, piacere, dove abitano? Dove abita l'intelligenza, solo nel cervello? E la volontà? E l'impulso di vita?

Chi è la persona che ho davanti? Il suo corpo me lo dice, non solo lo sguardo intelligente e la parola pronta. Me lo dice la posizione rannicchiata, lassa, la posizione delle mani quando mi accosto a lui, la temperatura corporea, la variazione di frequenza cardiaca, la pressione. Un rigurgito frequente può non essere causato da irritazione gastrica, farmaci, disordine alimentare, può indicare che la persona non parla e quindi la glottide, l'esofago hanno poco tono muscolare. Così lo stomaco, che alla minima sollecitazione, in auto, cambiando posizione... si rovescia come un calzino. Sia anziano, disabile, persona che per qualsiasi motivo è inattiva, non parla... non cambia il risultato. Occorre pensarci in tempo, **non lasciare morire la**

parola. La perdita della parola si accompagna ad una perdita di ruolo, di autonomia, iniziativa. Non bisogna arrivare a questo.

Il corpo e non la malattia è il punto di partenza di qualsiasi relazione di cura.

Il corpo prima ancora dei pensieri. Lì i pensieri possono ritrovare un impulso di vita, rinascere. Ritrovare un equilibrio armonico.

Le esperienze del corpo

Le esperienze del corpo formano l'essere umano nella sua globalità.

Il cervello, gli organi, i sentimenti ed anche la volontà, oltre che essere il frutto di un bagaglio genetico, sono modificati dall'esperienza quotidiana, dal ritmo di vita (equilibrato o meno) che questa imprime alla persona.

Ciò che viene impresso dall'esperienza vissuta, ripetuta, non è solo un pensiero o un'emozione, ma un vero e proprio cambiamento biologico, cellulare, secretivo (succhi gastrici, neurotrasmettitori: ormoni ecc.). **L'atto di volontà" è un impulso di vita.** Difficilmente nasce da solo, è esso stesso parte di un processo. E' il ritmo vitale quotidiano a sciogliere le articolazioni, la parola, i pensieri.. restituire le abilità, togliere drammaticità alla malattia. Renderla semplice, un processo vitale.

Il corpo è la via che arriva alla persona nel suo insieme. Ogni ritmo: di movimento, nutrizione, esercizio ed acquisizione di facoltà si imprime nel sistema neurosensoriale, rafforza la volontà; nel caso di lesioni cerebrali arriva alle zone lese, dormienti del cervello, richiama "l'attenzione" delle cellule circostanti. Alcune di loro pur destinate ad altra funzione si dedicano allo stimolo richiamato, ricreando circuiti succedanei, solidali. E' il principio della riabilitazione. Scoperto da Rita Levi Montalcini molti decenni fa, premiata per questo con un Nobel.

Questo principio di vita è fondamentale per curare ogni sofferenza che sconvolge l'integrità fisica di una persona. Anche la sofferenza psichica, che dovrebbe essere curata, oltre che con i farmaci, con stimoli di vita e con un ritmo motivato della giornata.

Così viene curato il tossicodipendente che deve imparare a rieducare la volontà, ma anche il suo corpo deve biologicamente adattarsi ad una modifica del sistema delle endorfine prodotte sia dalle sostanze psicotrope che da ogni momento piacevole che viviamo.

Così **il traumatizzato fisico o neurologico** (che viene spesso confuso con psichico, demente e trattato come tale), il cui soma, postura, facoltà motorie, di parola ecc. sono modificate e devono essere imparate di nuovo (riabilite), ricodificate da un sistema "biologico" (cellulare, neurologico ecc.) modificato. La comunicazione con l'esterno va "riabilitata" dopo un percorso che si differenzia ad esempio fra scritta, parlata, ascoltata ed interpretata. Obiettivo del logopedista riabilitatore e del gruppo di lavoro sarà conoscere il livello raggiunto, decifrare il linguaggio, comunicarlo al gruppo,

aggiornare il successivo livello o l'arretramento dal quale ripartire. Tenendo conto di tutte le figure che ruotano.

Come nell'"abilitazione" del bambino disabile, ad esempio l'autistico, il cui approccio terapeutico è sempre individuale. Questi bambini hanno il sistema neurosensoriale molto sensibile. Possono soffrire di ipersonia (dolore ai suoni alti), ipersensibilità al tatto (si ritraggono quando li tocchi, li pettini...) e reagire con movimenti fulminei sottraendosi, o urlando...per vero e proprio dolore al suono, al tatto, alla luce, al calore ecc.

Questo viene interpretato per manifestazione psichica con conseguente trattamento farmacologico, mentre occorre una **rieducazione ambientale ed uno "svezzamento"**. Questa parola che riguarda il mondo dei bambini, in realtà ci accompagna lungo il corso della vita, ad esempio nel ripristino dell'alimentazione dopo la fase acuta di una malattia, anche in un adulto. In un bambino l'apparato gastro-intestinale deve maturare, mentre nell'adulto lo stesso apparato deve ripristinare la capacità digestiva. Bambino, ambiente e le figure che lo circondano devono imparare a "dosare" e gradualizzare lo svezzamento alimentare, così come lo stimolo neurosensoriale.

Una persona che deve riappropriarsi del proprio corpo non può vivere intontito dai farmaci.

L'attenuazione della consapevolezza non è meno dolorosa della sofferenza fisica, della mancanza di autonomia nel malato neurologico, del disadattamento dell'autistico...Il dolore per la difficoltà ad afferrare la realtà causato dai farmaci, a volte è più forte dello stesso deficit sia fisico che sofferenza mentale.

Riabilitazione diffusa

Il ritmo quotidiano, le attività funzionano quando c'è una condivisione dell'ambiente che circonda il malato. Un lavoro multidisciplinare, con un progetto a breve e lungo periodo, una relazione fra gli operatori, un aggiornamento e approfondimento di saperi utili.

Non è solo lo specialista ad essere riabilitatore. Ma QUANTI SI ACCOSTANO ALLA PERSONA. Ogni gesto, parola, tecnica di spostamento, postura del corpo, modulazione di voce può essere riabilitante o invalidante.

Nella pratica assistenziale e domiciliare "sanitaria", **è riabilitatore a vario titolo ogni figura che opera**: fisioterapista, infermiera, operatore d'assistenza, assistente domiciliare, volontario, familiare, sia che la persona sia istituzionalizzata: ospedale, casa di riposo, centro diurno..., sia a domicilio. Quanti non operino direttamente, dovrebbero conoscere, saper

cogliere le variabili, essere partecipi del processo di guarigione (l'assistente sociale, il medico...)

Manca nel bagaglio di conoscenze individuali acquisite a scuola una cultura diffusa del corpo da accostare alle discipline scolastiche sportive, umanitarie, scientifiche. Non solo l'anatomia, ma conoscenze minime della fisiologia: come funziona il corpo, i suoi bisogni, come si sposta nello spazio. I suoi messaggi verbali e non verbali.

I saperi tradizionali materni, fatti di buon senso, esperienze ereditate e filtrate dal comune vissuto familiare sono stati delegati e oscurati dal ruolo medico, dalla "scienza". Come se fosse possibile stabilire cosa riconoscere come scienza ufficiale e cosa non. Chi la dovrebbe riconoscere? In che ambito codificare le esperienze col metodo convenzionalmente riconosciuto in modo che siano riconosciute come "ufficiali"?

Questo è anche il motivo del non riconoscimento della medicina non convenzionale in Italia. E' medicina ogni via di guarigione. Ma sono riconosciuti solo i protocolli di cura dell'ospedale, delle comunità istituzionalizzate. Non le esperienze terapeutiche domiciliari. La scienza, l'arte sono libere, recita l'art. 33 della costituzione e l'art. 32 dice... anche la cura è libera. Non è così facile. E' sempre utile testimoniare e far riconoscere le esperienze di cura. Riuscire a renderle pubbliche, portare i tuoi lavori ai congressi, testimoniare la casistica, il metodo. Sarebbe utile almeno dimostrare con fotografie, dichiarazioni mediche che è possibile curare (ad esempio) una piaga anche con una compressa d'argilla. Quasi sempre con un'efficacia maggiore di altre medicazioni.

La relazione fisica

Programmare un intervento a breve, medio, lungo periodo, di assistenza, riabilitazione, relazione con un anziano, o disabile, o sofferente mentale implica una relazione fisica.

La relazione fisica positiva è un luogo privilegiato, dalla quale partire e ripartire sempre. Non esiste lavoro di cura che non abbia come finalità il "Buon Vivere" : il benessere fisico, psichico e spirituale della persona, il mantenimento delle facoltà residue, la maggior autonomia possibile....l'agio.

Accoglienza globale, la cultura della madre

Nella nostra civiltà non esiste la cultura del continuum. Non c'è nelle nostre comunità una presa in carico dell'anziano, del disabile, del malato psichiatrico, del tossicodipendente, del disagio sociale e famiglia che li accompagni lungo i differenti luoghi di vita. Esiste nella cultura familiare,

della madre, un vissuto che oggi appartiene anche a molti uomini che “si prendono cura” di altri esseri umani.

Non c'è una conoscenza “cittadina” sapiente nella pubblica amministrazione che progetti la socialità e ne tenga conto in tutti i suoi atti. Che continui e rielabori la cultura comunitaria della famiglia contadina che appartiene al nostro vissuto storico come esperienza di reciproco aiuto, di scambi, di accoglienza della differenza e ne tenga conto nella programmazione dei servizi, nella progettazione della città.

Ci sono tanti interventi (che quando sono competenti e amorevoli è come avere tante piccole madri in città), ma una “cultura cittadina della madre” nel costruire le città, i piani regolatori, gli ambiti di cura non c'è. Non c'è la cultura della “presa in carico della persona” nel suo insieme nell'assistenza organizzata, sia ospedaliera che territoriale. E' dichiarata, ma assente e l'organizzazione della cura, assistenza, riabilitazione (dopo un trauma, o riabilitazione permanente nelle disabilità) è frammentaria, a rotazione, priva di sostegni formativi continui che ne mortifica la qualità, l'efficacia. Mancano i progetti individuali alla persona malata, non si tiene conto delle risorse familiari, di vicinato nella sua assistenza (se non come uno scaricabarile senza sostegno). Non è prevista la multidisciplinarietà nei progetti di cura, riabilitazione, compresa la territoriale. Ci sono delle esperienze, come l'Associazione dei Parkinsoniani di Mestre, dove sono coinvolte tutte le figure terapeutiche, compresa la famiglia e i pazienti hanno un cd al posto della cartella clinica, che si portano appresso nei loro tour di cura.

Le nostre città sono come fabbriche. Le persone, ammalate o sane sono inserite in catene di montaggio, per l'istruzione, la cura, la riabilitazione. La persona è inserita, ” non è al “centro”.

E' una questione organizzativa, culturale, ideale. Occorre scegliere, nella pratica quotidiana, di non affidare i bisogni fondamentali delle persone solo alle spinte economiche, di vantaggi elettorali.... al mercato.

E ci sono ancora tabù, come la parola amore cui viene dato un significato effimero, simbolico, “altro” dalla pratica quotidiana. Eppure ha in se l'incontro, la curiosità, l'ascolto profondo, la presa in carico, il rispetto, la promozione della persona “attraverso” i luoghi di vita, come un continuum di accoglienza che la promuove e la accoglie sia nella sua individualità che nel suo essere sociale: non separabili l'uno dall'altro.

Altre riflessioni

LA CITTA'

Una capacità della città di trovare:

- 1) "strumenti" per comunicare: superamento delle barriere, viabilità più sicura, indicazioni braille o sonore per i ciechi,
- 2) siti centrali per facilitare l'inserimento nella vita cittadina di queste persone e non l'apartheid (l'espulsione dai centri storici di anziani...) sia che vi abitino, sia che si rechino in un centro diurno o ambulatorio, o chiesa o emeroteca o.....
- 3) una cultura della prevenzione (a- stili di vita che riducano i fattori di rischio, b- conoscenza dei bisogni fondamentali della persona che diventano anche INDICATORI DI QUALITA' DELLA VITA e che sono misurabili: mangiare, bere, autonomia motoria ed emotiva, relazioni familiari e sociali, capacità lavorativa)

UOD:

L'equipe di lavoro di assistenza all'anziano o al disabile.. non può limitarsi ad attivare il servizio con un n° di interventi die/sett/.., ma deve elaborare un progetto di minima che individui obiettivi, indicatori di qualità, punti di forza e fragilità della persona sui quali costruire il progetto e che debbono essere a conoscenza di tutte le figure sia della stessa UOD, sia che operino nella cerchia familiare.

A me basta 1 ora di lavoro mia per un progetto iniziale, un quaderno che lo descriva per sommi capi, individuare una-due persone con le quali da subito rapportarmi, individuando nella stessa ora (dialogando), le risorse familiari (alle quali NON DELEGARE) da sostenere perchè reciprocamente riconoscano le reciproche qualità e sostengano l'assistito

Indicatori di abilità (e facoltà da mantenere e riabilitare)

Diventano indicatori dell'autonomia e dei bisogni della persona, della qualità dell'assistenza, delle variabili.

Dalla scheda SVAMA dovrebbe nascere il progetto, un lavoro collegiale, momenti formativi che lo integrino indirizzati all'equipe (che comprende innanzitutto la persona assistita, anche la famiglia, l'associazione di riferimento e le figure che ruotano attorno alla famiglia: vicini di casa ecc).

Indicatori di qualità dell'assistenza.

ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE: cute secca, peso corporeo (aumenta, diminuisce)

INTEGRITA' FISICA: decubiti

FACOLTA' MOTORIE (il più possibile autonome):

- caricamento in piedi (anche leggero negli spostamenti)
- capacità di individuare punti di appoggio per gli spostamenti

RELAZIONI SOCIALI

- con l'equipe
- con l'ambiente sociale esterno (amici, associazioni, parrocchia, partito, sindacato ecc.)
- famiglia (ho posto per ultimo la famiglia, perchè in primo piano chi opera dovrebbe avere la capacità di valutare il proprio lavoro e quanto questo incide sull'aumento del benessere psico-fisico della persona e della sua famiglia)

PROGETTO DI VITA

- ginnastica (piccolo progetto di attività motoria da insegnare SUBITO a lui e alla sua famiglia) e tecniche di spostamento corrette
- interessi culturali e artistici (musicali,..), politici, spirituali (prega?, quali discipline spirituali?). Per le anziane ed anziani la preghiera spesso sono le uniche parole che dicono, la preghiera o il canto creano un approccio distensivo che può in alcuni momenti dare un ritmo all'attività di assistenza, specialmente per le persone poco orientate), o essere una utile attività quotidiana che attuano da soli

Gli indicatori di qualità devono mirare al raggiungimento della **MASSIMA SALUTE POSSIBILE** della persona, della sua famiglia, della società, dell'equipe di lavoro.

Devono essere strumenti leggeri e sempre sperimentali, operanti e non giudicanti.

Definizione di salute dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità):

il massimo equilibrio raggiungibile di benessere psico-fisico della persona. In ogni condizione di vita, di malattia, cronicità, o terminale.

(Leda Cossu - Lavoro di cura, 2003)