

A proposito di nutrizione per i malati di Alzheimer....studio di un caso

Miss W. ha 70 anni, da 3 anni soffre della malattia di Alzheimer. In passato era stata molto attiva, sempre indaffarata in casa ed amante di lunghe passeggiate in città. Una volta inserita in casa di riposo, dal personale era descritta come agitata e “senza posa”: passeggiava sempre senza mai sedersi. Spesso, questo avveniva anche durante i pasti: al personale risultava praticamente impossibile farla stare seduta per il tempo del pasto. Miss W. da allora iniziò a perdere peso e la figlia era assai preoccupata. La tensione dello staff aumentava: pareva frustrato per non essere capace a “fare il proprio lavoro”.

A quel punto il medico prescrisse degli antipsicotici per ridurre la sua agitazione e poterla far stare seduta a tavola. Come la mobilità si riduceva, essa diventava più dipendente e necessitava di essere imboccata. A questo punto lo staff poteva garantire che la signora stava assumendo una dieta adeguata e non perdere peso.

A questo punto abbiamo condotto una revisione della situazione.

Fase 1: riconoscimento del bisogno di cambiamento

Considerazioni etiche: la perdita di autonomia personale e indipendenza da una parte e dall'altra l'uso di sedativi per garantire un adeguato introito nutritivo.

Qual'è il maggior interesse della signora W. e qual'è il maggior interesse dello staff ?

Quali i diritti ? Cosa è legale ?

Si discusse di altre opzioni come il “finger menu” (menu con le dita), orari di pasto flessibili, attitudini flessibili, assistenza e supporto da parte della figlia.

Una volta che lo staff e la figlia si furono convinti di questi principi si iniziò a sospendere la terapia sedativa.

Fase 2: riconoscimento e risoluzione delle barriere

Le resistenze al cambiamento sono sia attitudinali che pratiche.

Esse devono essere identificate e rivisitate. Includono la mancanza di comprensione, la mancanza di tolleranza verso un comportamento agitato o senza posa, l'idea un po' “ageista” secondo la quale le persone dementi dovrebbero essere sempre passive e dipendenti. Il ruolo paternalistico dello staff assistenziale è spesso rinforzato dal modello medico.

Lo staff teme che la persona non mangi abbastanza, dimagrisca e loro siano criticati. Questo è piuttosto frequente anche in altre situazioni.

Le barriere pratiche includono un bilancio limitato e la mancanza di flessibilità da parte del servizio cucina, turni di assistenza, orari di pasto inflessibili (percepiti così dal personale).

Un lungo periodo di educazione e revisione con il personale e trattative col capo-cuoco hanno dato risultati positivi.

Fase 3. periodo di risoluzione

Inizia la fase delle soluzioni delle difficoltà di miss W. con migliorate competenze e tolleranza del personale.

Il servizio cucina preparò dei piatti secondo il “menu con le dita” e degli snack preferiti erano forniti dalla figlia.

Lo staff accettò degli orari diversificati.

La signora W. si sedeva seduta a tavola solo a colazione (8.30) e cena (ore 19). Nel resto della giornata mangiava merendine e piatti del “menu con le dita”.

Come risultato il personale e la sorella erano felici; il tono dell'umore della signora migliorò e tornò ad essere più indipendente....e non perdeva più peso.

Fase 4: sviluppo

Il successo non si fermò qui. Lo staff notò che la signora gradiva maggiormente alcuni piatti del “menu con le dita”; porzioni maggiori le venivano somministrate quando riusciva a restare seduta più a lungo, specie nei periodi di maggiore quiete. In caso di vagabondaggio era favorito l’uso di merendine.

Fase 5: valutazione

Il lavoro con la signora continua come noi siamo capaci a rispondere alle sue mutate abilità e bisogni dietetici.

Come noi siamo felici di accettare o giustificare l’uso (ed il costo) dei neurolettici per garantire che i malati dementi siano adeguatamente nutriti ?

Noi, però dobbiamo seriamente criticare questo fatto.

Tradotto e modificato da M. Marshall “Food, glorious food”, Journal of Dementia Care - Hawker publications 2003