

Salute e Benessere

Psicologia Psicosomatica (ISSN 2239-6136) – 31–

Data di pubblicazione: 11 Aprile 2016



**SOSTENERE LA QUALITÀ DELLA VITA
NELL'ANZIANO FRAGILE:
dal “curare” al “prendersi cura”**

di Matteo Buraglio

L'aumento della longevità, che ha caratterizzato l'andamento demografico degli ultimi anni nel nostro Paese, si accompagna alla necessità di pensare a soluzioni flessibili e dinamiche che consentano di trovare una risposta efficace ai molteplici bisogni della persona che invecchia e della sua famiglia.

L'innovazione sociale passa obbligatoriamente da un cambiamento culturale tale da consentire una nuova visione e una rinnovata metodologia del sistema di cura dell'anziano, che riporti la persona al centro del processo di cura e la renda protagonista attiva del suo percorso di vita.

L'ITALIA: UN PAESE CHE INVECCHIA

In Italia, secondo i dati Istat relativi all'anno 2014, **il 22% della popolazione** (14 milioni di persone) **ha più di 65 anni**. L'età media nel nostro Paese è di 45 anni, la speranza di vita alla nascita è di 82 anni e l'*indice di vecchiaia*¹ è del 157%.

Solo 10 anni fa, gli stessi indicatori riportavano dati sensibilmente inferiori: nel 2005 gli ultra 65enni erano il 19% della popolazione, l'età media era di 42 anni, l'indice di vecchiaia si attestava al 138% e la speranza di vita alla nascita era di 80 anni (Istat, 2006).



Comparando i dati si può osservare come non solo l'età media della popolazione italiana si sia sensibilmente innalzata, ma anche come la composizione demografica veda una sempre maggior presenza di anziani.

Vivere di più non significa però automaticamente invecchiare bene: **il 77% degli anziani ha due o più malattie croniche** apparentemente non connesse tra loro. Inoltre, **1 milione e 300**

¹ L'*indice di vecchiaia* è un rapporto demografico di composizione, definito come il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni). Si tratta di uno dei possibili indicatori demografici (es. indice di dipendenza anziani, età media, indice di ricambio) adatto a misurare il livello di invecchiamento della popolazione (Istat, 2012).

mila persone con più di 65 anni assumono uno o più farmaci al giorno, dei quali il 55% quotidianamente tra i 5 e i 9 e il 15% 10 o più.

La popolazione italiana, quindi, vive di più ma non sempre invecchia in salute. La logica conseguenza che ne deriva è che, per invecchiare mantenendo una buona qualità di vita, si rende sempre più necessario avvalersi di un supporto, estemporaneo o continuativo.

I supporti rivolti all'anziano sono riassumibili in tre macro categorie: domiciliari (badante, assistente familiare, servizi di assistenza domiciliare specialistica), semi-residenziali (centri diurni, anche protetti) e residenziali (Residenze Sanitarie Assistenziali², Case di Riposo³, Residenze protette⁴).

LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Limitando l'analisi alla sola Lombardia, utilizzando i dati forniti dalla Regione relativi al 2014, è possibile notare la forte presenza di strutture assistenziali e socio-sanitarie che offrono servizi di assistenza alla persona a regime temporaneo o, sempre più frequentemente, definitivo.

In **Lombardia**, risiedono **circa 2 milioni di anziani** pari al 20% della popolazione regionale e sono presenti **693 RSA** (Residenze Sanitarie-Assistenziali), delle quali 58 pubbliche e 635 private, per un totale di circa 58 mila posti letto.

Presso le RSA lombarde trovano lavoro 53 mila persone, tra le quali 4 mila medici e 9 mila infermieri. La componente professionale di stampo sanitario nelle strutture di accoglienza corrisponde quindi



² Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture non ospedaliere, ma comunque a impronta sanitaria, che ospitano per un periodo variabile da poche settimane al tempo indeterminato persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche specialistiche e di una articolata assistenza sanitaria.

³ La Casa di riposo è una struttura socio-assistenziale a carattere residenziale destinata ad anziani parzialmente non autosufficienti.

⁴ La Casa Protetta è una struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere.

al 25% del personale in servizio, composto per il restante 75% da personale amministrativo, dirigenti, operatori assistenziali, tecnici della riabilitazione, fisioterapisti, educatori professionali, psicologi, pedagogisti e assistenti sociali.

Queste strutture ospitano per il 70%, anziani con problematiche a livello cognitivo e/o comportamentale quali disturbi d'ansia, stati di agitazione psicomotoria, forte depressione, disforia, labilità emotiva e aggressività verso sé stessi e/o verso gli altri, nei quali si ravvisa spesso l'associazione con patologie neuro-degenerative, quali la demenza senile o il morbo di Alzheimer.

E' interessante osservare come il 58% della popolazione anziana residente in RSA assuma psicofarmaci, ovvero terapie farmacologiche che agiscono sul sistema nervoso centrale per fronteggiare disturbi mentali o psicopatologici, quali la depressione e le crisi di ansia.

DALLA CURA DEL SINTOMO ALLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA: evoluzione culturale e nuove prospettive

Il **“modello medico”** tradizionale ha previsto e prevede in parte ancora oggi un **approccio basato sull'utilizzo di psicofarmaci** per curare disturbi psichici. Questa tipologia di farmaci agisce sul sintomo e permette alla persona di vivere più serenamente. Ma è facile osservare come, in presenza di altri disturbi o malanni fisici e/o psichici, queste turbe tornino ad emergere rendendo necessario un dosaggio maggiore del medesimo farmaco (o di uno simile) per dare seguito all'azione benefica. La motivazione è spesso imputabile al fenomeno della tolleranza da farmaco, che causa una riduzione dell'intensità dell'effetto a seguito di ripetute somministrazioni. Il fenomeno si stabilisce in proporzione alle dosi somministrate, al numero delle somministrazioni e, soprattutto, alla brevità dell'intervallo intercorso tra queste. Inoltre, lo stress causato dall'insorgere di una nuova patologia si accompagna in molti casi a sindromi depressive, così come modifiche dello stato psichico della persona, correlate a patologie dementigene in atto, possono favorire l'emergere di forti alterazioni degli stati emotivi.

Storicamente, le strutture per anziani mirano a fornire assistenza e supervisione sanitaria e tutelare, concentrandosi solo sulle patologie, organiche e psichiche, e sulle limitazioni della persona.

L'evoluzione culturale e sociale degli ultimi anni ha favorito però l'emergere, accanto alle figure di stampo sanitario, di **professionisti del campo sociale e psicologico** che pongono **al centro del processo di cura l'intera persona**, ovvero la sua storia di vita, i suoi progetti, e di conseguenza non solo le sue limitazioni e le sue patologie, con relativi sintomi, ma anche le sue **potenzialità** e le sue **risorse**.

Di fatto, vi è stato il passaggio da un modello di stampo prevalentemente ospedaliero ad uno che favorisce e ricerca la correlazione tra il malessere fisico e la sua componente psichica, così da agire sulla persona nella sua specificità e interezza.

Sono difatti molteplici i fattori che intervengono nella comparsa di una malattia, a partire dalle modificazioni ambientali e di stile di vita, fino a quelle maggiormente psicologiche, come ad esempio l'elaborazione di un lutto o la frustrazione causata alla perdita della propria autonomia.

Dall'approccio fondato sul mantra del "curare" si passa al concetto più esteso di "prendersi cura", tenendo quindi sempre in considerazione le forti interazioni che intervengono tra **benessere psichico e fisico**, che si traducono in migliore o peggiore **qualità di vita**.

Il benessere della persona non si può infatti correlare esclusivamente alla presenza o assenza di patologie e rappresenta, invece, un valido indicatore di esito degli interventi messi in atto.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziava già nel 1948 l'importanza del



punto di vista della persona, definendo la *salute* come “uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, scindendo il concetto dalla sola assenza di malattia o infermità”.

Sempre l'OMS, definiva inoltre il concetto di *qualità di vita* come “la percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori nel quale vivono, e in relazione ai loro obiettivi, alle loro aspettative,

alle loro abitudini e alle loro preoccupazioni”.

Questo concetto multidimensionale comprende la salute fisica come lo stato psicologico, il livello di autonomia come la rete di relazioni sociali e le caratteristiche ambientali e pone le basi per il lavoro con la persona, che deve sempre essere impostato considerando lo specifico soggetto nel suo insieme, contesto di vita incluso; questo implica l'attenzione a molteplici variabili che, in modo diverso, impattano più o meno sensibilmente sul benessere individuale.

La qualità di vita e il benessere percepito sono quindi strettamente legate a tanti fattori: salute fisica e autonomia, ma anche qualità delle relazioni sociali e del contesto ambientale.

L'ANZIANO E LA SOCIETÀ CHE CAMBIA: storia di un'età della vita che trascende il tempo

All'interno della società preindustriale, l'anziano era considerato il capo della famiglia patriarcale. Il ruolo dell'uomo era quello dominante: il padre prendeva tutte le decisioni per la famiglia e per i singoli membri. La società preindustriale era caratterizzata dalla staticità e dalle poche modifiche alla sua struttura, che comunque avvenivano in tempi lunghissimi. All'interno di questo contesto, **l'anziano era colui che portava con sé un bagaglio di sapere e conoscenza**. I giovani si rivolgevano a lui per avere preziosi consigli o per sentir narrare le sue avventure di gioventù. L'anziano era considerato, rispettato e godeva di un'autorità indiscussa, alla quale nessuno poteva ribellarsi.

In tale modello societario, diventare anziani significava acquisire uno status sociale più elevato e divenire la guida di famiglia in particolare e del circondario più in generale.

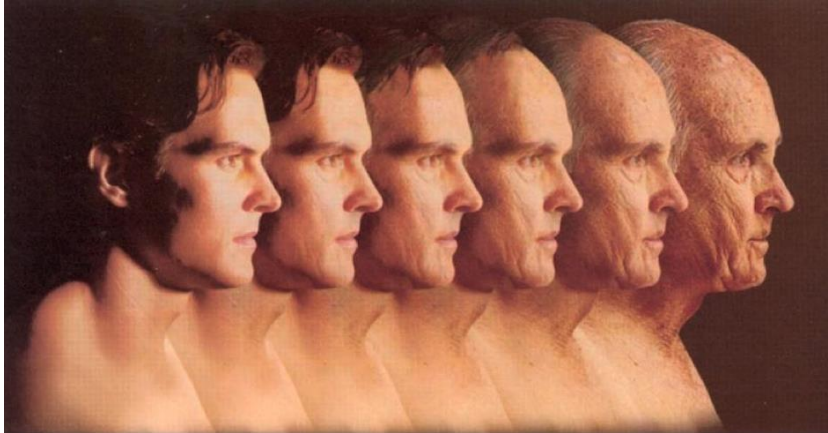
Con il passaggio alla società industriale, il modello di famiglia estesa di cui si è detto sopra, lascia spazio al **modello di famiglia nucleare**, composta da genitori e figli in giovane età.

L'Ottocento vede in Europa una straordinaria spinta demografica: la popolazione europea, che nel 1800 contava 187 milioni di persone, passa a 266 milioni nel 1850 ed a 300 milioni nel 1870. Per molti di essi le condizioni di vita diventarono estremamente sfavorevoli, in rapporto alla rivoluzione industriale ed al conseguente spopolamento delle campagne.

Si verificarono molti cambiamenti culturali che hanno avuto una forte influenza sulla composizione della società: le donne si affacciarono sul mercato del lavoro, rivendicando autonomia e libertà per la propria vita. Di conseguenza l'uomo non è più il capo indiscusso della famiglia: le riforme legislative prevedono parità di diritti e doveri tra i coniugi, parificando le posizioni dell'uomo e della donna e agevolando la scomparsa dell'autoritarismo nei confronti dei figli, con i quali si conquista un rapporto più democratico. In questo contesto, **l'anziano perde il suo status privilegiato di guida della famiglia e della comunità**.

Le modificazioni, nella società industriale, colpiscono anche la cultura, all'interno della quale nascono le sempre più frequenti innovazioni tecnologiche.

Si avverte il bisogno di un aggiornamento costante, non ci si limita più a ciò che si è appreso nelle scuole dell'obbligo: inizia la formazione permanente, ovvero quel processo di assimilazione culturale che durerà per tutta la vita andando incontro ai



sempre più frequenti cambiamenti tra vecchi e nuovi saperi.

In questo contesto, **l'anziano non è più il depositario della saggezza e delle conoscenze ma diviene il portatore di un sapere "vecchio" ed obsoleto.**

Inoltre, all'interno di

questa società, vi è il mito della produttività: questo comporta che il valore dell'uomo è calcolato sulla base di quanto produce.

L'anziano, non essendo più produttivo, perde notevolmente di valore e la società inizia a vederlo come non utile o addirittura di intralcio allo sviluppo e al progresso.

Il ruolo dell'anziano viene rivalutato prepotentemente nel 1900, con l'avvento della società postindustriale, caratterizzata da un sensibile aumento della vita media e da un calo demografico, che comportano un generale invecchiamento della popolazione. Adesso la persona anziana non viene più studiata attuando un continuo confronto con l'adulto, ma si caratterizza invece come nuovo modello di adulto, portatore di caratteristiche particolari, comportamenti diversi e dinamiche affettive uniche. Si modifica inoltre la visione dell'uomo: esso non è più valutato in base a quanto produce, ma su quanto consuma. In questo senso, anche l'anziano è visto come potenziale consumatore di prodotti culturali e ricreativi, anche peculiari.

Da questa analisi nascono infatti le prime proposte di svago per anziani, che si diffondono sempre più rapidamente: università della terza età, corsi di ballo, gite e viaggi organizzati.

La concezione di un anziano solo e depresso viene superata e vengono alla luce nuovi modi per vivere serenamente e attivamente la terza età; ora **gli anziani possono studiare, frequentare palestre e circoli ricreativi.**

Quello a cui si assiste in questa fase, è la nascita di nuovi metodi per affrontare la vita, nuovi modelli di invecchiamento.

La famiglia, fornendo all'anziano **assistenza fisica e morale** in prima persona, risulta essere essenziale per mantenere un'elevata qualità di vita, permettendo

inoltre alla persona che invecchia di **esercitare ancora un ruolo attivo**: l'anziano in famiglia è stimolato allo scambio di esperienze, all'assistenza reciproca (i figli si occupano di lui e lui si occupa dei nipoti) e all'aiuto.

Questo ruolo permette all'anziano di sentirsi ancora **protagonista nella comunità**, vincendo una delle più grandi paure che lo attanagliano: la sensazione di essere inutile e invisibile agli occhi della società e del mondo.

L'inserimento pieno dell'anziano nel processo di crescita complessiva non ha infatti solamente il fine di restituirgli quella funzione e quel ruolo sociale che gli consentono di vivere appieno la propria identità, ma mira anche ad apportare alla società quella linfa vitale e quel «supplemento d'anima» che è indispensabile alla vita dell'uomo. Il pericolo di un impoverimento del linguaggio, con la possibile scomparsa di quello simbolico, e conseguentemente di un appiattimento dei criteri di giudizio, con il farsi strada di una logica puramente funzionale, può essere scongiurato soltanto da uno stretto collegamento con il passato, di cui l'anziano è tramite fondamentale.

La famiglia di oggi è quindi molto diversa da quella di qualche secolo fa, divenuta man mano sempre più multi generazionale, pur rimanendo una famiglia nucleare come composizione. Questo perché le varie generazioni non vivono sotto lo stesso tetto, ma godono ognuna di spazi di vita separati e privati.

Su questo punto, bisogna precisare che ciò non implica il disgregamento familiare: al contrario, la famiglia è sempre coesa e vi è una sorta di intimità a distanza. Il nucleo familiare fornisce assistenza, nei termini di risposta ai bisogni dei suoi membri, e relazioni affettive plurigenerazionali, in cui si compenetrano indipendenza e solidarietà.

Si assiste anche a numerosi **scambi di aiuto reciproco tra genitori e figli**: i genitori pensionati, spesso sono una risorsa per i figli, offrendosi per le cure dei nipoti, per le faccende domestiche, per effettuare pratiche burocratiche, aiutando attivamente e finanziariamente le giovani famiglie qualora si trovassero in difficoltà o ristrettezze economiche.

Se quindi intorno agli anni '70 del secolo appena passato si vociferava della morte della famiglia tradizionale, oggi si può affermare che la storia della famiglia è in costante evoluzione; essa si caratterizza come luogo privilegiato per lo sviluppo e per la protezione dei singoli soggetti.

Quello che spesso e purtroppo gli studi sulla famiglia tralasciano, è il **problema dell'invecchiamento e della morte dei genitori anziani**. La morte non si domina, ma si razionalizza: ci si scontra ognuno con i propri limiti per rendere serena la vecchiaia dei propri cari, le persone con le quali siamo più legati sentimentalmente. È più semplice accettare la vecchiaia degli estranei, mentre con

coloro i quali abbiamo condiviso una vita nasce la volontà e il dovere di restituire quello che hanno donato durante la loro vita.

Si vorrebbe che il finire della vita fosse caratterizzato dall'amore, in modo da poter cancellare così quelli che sono stati gli scontri e i conflitti che si sono succeduti inevitabilmente nel corso dei decenni.

Oggi si assiste ad una forte **criticità nell'inquadrare l'invecchiamento** e le sue peculiarità: c'è bisogno di sostegno nel delineare le caratteristiche di questa fase della vita, le problematiche, le difficoltà e le positività dell'anziano.

In quasi tutti i momenti storici, si è effettuata la declinazione tra condizione anziana e malattia: l'anziano veniva visto come un individuo adulto colpito da molteplici sindromi. In questo scenario, la medicina interviene proponendo un forte approccio sanitarizzato, alleviando molti problemi



ma non impedendo, ovviamente, l'invecchiamento del soggetto che con il passare degli anni entra nell'ultima fase della sua esistenza.

E' difficile accettare l'invecchiamento, gli anziani minimizzano il processo di senescenza, restando ancorati all'immagine di sé come persona adulta.

Come conseguenza a ciò, è raro che un anziano prenda gli accorgimenti necessari per affrontare questa nuova fase della vita (ad esempio valutare la possibilità di avvalersi di aiuti per i lavori di casa, oppure limitare al minimo l'utilizzo della propria autovettura), non sentendone il bisogno.

Le sindromi a carattere ansioso sono le più frequenti negli anziani, insieme a quelle depressive. Queste manifestazioni sono certamente attribuibili, oltre che a fattori fisici e di deperimento cognitivo, ai fattori culturali imperanti nelle società. Questi, associati all'angoscia e al rifiuto di invecchiare, favoriscono la comparsa di queste frequenti sindromi. Bisogna prestare la necessaria attenzione a non curare solo il corpo, ma anche i sentimenti dell'anziano e dell'importanza di questo approccio devono essere convinti anche coloro che si occupano della persona in difficoltà, altrimenti si potrebbe incorrere nell'errore di dare una risposta solo medica a sindromi che in realtà sono prevalentemente di carattere psicologico.

È certamente una peculiarità dell'essere umano quella di respingere i limiti che subentrano nel corpo, cercando di posticipare la malattia e la morte, dovuta principalmente al sentire del soggetto di un'esistenza che non si limita alla sfera fisica, ma chiede di diventare spirituale. La via per cercare di superare l'invecchiamento corporeo, risiede nel prendere atto delle ulteriori dimensioni che caratterizzano la persona, quali quelle immaginarie e simboliche. La persona che invecchia, corre il pericolo di identificarsi solo con il proprio corpo, rifiutandone le modificazioni causate dal progredire dell'età. Questo comporta la comparsa di sentimenti depressivi o di persecuzione nei confronti del proprio corpo che invecchia, che non viene più riconosciuto come rappresentante della propria persona: la scissione tra mondo interiore e rappresentazione esterna diventa forte e sempre più netta.

Da queste riflessioni si può evincere l'importanza di **non dividere le diverse concezioni della persona che invecchia, ma unificarle affinché si giunga ad una interazione tra le sfere biologiche, sociali e psicologiche dell'anziano e il corpo, la sua immagine e il suo ruolo sociale**. La crisi d'identità che spesso affligge gli anziani è causata proprio dalla differenza tra l'immagine ideale di sé e quella reale.

È normale rifiutarsi di essere identificati solo con il proprio corpo o con la propria posizione sociale, la persona è molto più di tutto ciò. Non a caso, le etichettature, quali la parola "vecchio", sono lette in senso negativo, in quanto riconducono la persona solo ad un aspetto del proprio essere, ponendogli un forte accento a volte denigratorio.

Si può parlare in questo senso dell'**importanza dell'invecchiamento attivo**, che consiste nell'evitare di catalogare le persone puntando il dito sui loro deficit e sulle loro mancanze, valorizzando invece gli aspetti positivi della fase di vita nella quale si trovano. Si tratta di non demonizzare né tantomeno negare l'invecchiamento e le malattie, ma di renderli funzionali al benessere della persona, sottolineando la sua unicità e il suo ruolo come individuo.

I MODELLI DI CURA PROTETICI

Alla crescente presenza di anziani corrisponde un numero sempre maggiore di persone afflitte da problematiche comportamentali, mnemoniche e di disorientamento spazio-temporale.

Sono **due i modelli principali** che forniscono le linee guida **per il trattamento delle persone anziane**: il *metodo Validation*, elaborato da Naomi Feil tra il 1963 e il 1980, e il *metodo Gentle Care*, sviluppato da Moyra Jones.

Il *metodo Validation*, che pone le sue basi sugli studi di Erickson, Freud, Jung e Rogers, si fonda sull'accettazione, da parte del caregiver, ovvero della persona che svolge la funzione quotidiana di accudimento e di supporto alle necessità dell'anziano, del mondo interiore della persona con demenza, così da consentire un miglioramento della qualità di vita di entrambi.



Naomi Feil, collegandosi ad

Erickson, ha sviluppato il suo metodo per i grandi anziani, coloro che hanno spesso necessità di esprimere bisogni ed emozioni ma non sempre, a causa di deficit cognitivi e/o fisici, riescono ad esternare. Queste persone possono quindi trarre beneficio dall'utilizzo di un approccio convalidante e supportivo che li faccia sentire accolti e che preservi la loro dignità personale.

Al caregiver viene suggerito di porre particolare attenzione **all'ascolto dei bisogni dell'altro**, utilizzando un approccio empatico che gli permetta di entrare in relazione con la persona e con il suo mondo interno, ovvero l'universo personale composto da sogni, emozioni e pensieri, per guidarla attraverso l'ultimo tratto di vita senza porre giudizi e incrementare il senso di incomprensione del soggetto. E' un modello che suggerisce di **perseguire obiettivi realistici** e rapportati alle reali possibilità della persona, mantenendo flessibili tali obiettivi in modo da modificarli agevolmente al variare delle condizioni fisiche e psichiche.

L'utilizzo di un approccio validante consente al caregiver di elaborare strategie di intervento mirate e realistiche, ottimizzando le proprie risorse personali e quelle della persona oggetto dell'accudimento. Perseguire obiettivi realistici e che rispecchino e rispettino le potenzialità residue favorisce la collaborazione attiva dell'anziano, il quale si sente accolto e valorizzato e non sviluppa sentimenti di ansia, impotenza e aggressività (verso sé e gli altri) causati dall'essere posto continuamente di fronte alle proprie limitazioni.

Questo metodo si propone di migliorare il più possibile il benessere della persona, **riducendo l'utilizzo di terapie farmacologiche e di mezzi di contenzione fisica**, attraverso la riduzione dei disturbi del comportamento. Per questo motivo l'autrice, esponendo il suo metodo, specifica che non si tratta di una cura o di una

terapia per le demenze, ma che il suo utilizzo può effettivamente definirsi terapeutico.

Il secondo modello di riferimento è denominato *Gentle Care* ed è stato elaborato da Moyra Jones: questo approccio è orientato alla formazione delle persone che lavorano con l'anziano rispetto a metodi e strumenti da utilizzare nel processo di cura.

Moyra Jones sostiene che la corretta **presa in carico dell'anziano** deve partire dall'adattamento dell'ambiente fisico e sociale nel quale la persona vive, finalizzato a favorire una significativa modificazione dei modi di pensare e agire nel processo di cura.

Il caregiver dell'anziano dovrà inizialmente avere una conoscenza clinico-funzionale della persona, ovvero conoscerne le problematiche sanitarie e assistenziali, ma anche le potenzialità residue e le predisposizioni personali, a cui seguirà in parallelo la sua conoscenza biografica.

Vengono poi analizzati i deficit della persona e le strategie di compensazione che mette autonomamente in atto.

Successivamente, vengono strutturate strategie ad hoc di presa in carico, che riguardano anche **l'adeguamento dell'ambiente fisico**.

Gentle Care è definito un modello "protesico", per il quale l'anziano è concepito come un soggetto al quale sono venute meno alcune capacità che consentono di svolgere autonomamente alcune funzioni; il caregiver ha il compito di diventare la protesi delle mancanze dell'anziano, senza sostituirlo tout court nei gesti, ma collaborando con lui nell'esecuzione e stimolandolo a mantenere attive le autonomie funzionali residue.

VERSO UNA RISTRUTTURAZIONE DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI: il modello educativo e psicologico

Nell'ottica di una cura dell'anziano a trecentosessanta gradi, ogni operatore dovrebbe ristrutturare le proprie abilità professionali, integrandole con quelle degli altri professionisti per dar vita ad un vero e proprio *crossing di competenze*.

Ad esempio, l'assistente tutelare⁵ porrà la relazione con taglio maggiormente empatico, l'educatore svilupperà una capacità osservativa a stampo psicologico e il fisioterapista renderà funzionali i suoi interventi, stimolando correttamente al movimento anche gli anziani più compromessi.

⁵ Con il termine *Assistente Tutelare* si intendono tutti i professionisti che lavorano quotidianamente a contatto con l'anziano al fine di soddisfare le sue necessità primarie, quali la cura della propria persona, il decoro personale e la corretta alimentazione. Fanno parte di questa categoria gli Operatori Socio-Sanitari, gli Ausiliari Socio-Assistenziali e gli Assistenti Familiari.

Altro aspetto essenziale da considerare nel processo di "cura" della persona, è la **presa in carico della sua famiglia**, in particolare del caregiver di riferimento.



Al fine di mettere in atto questi processi, sono necessari professionisti che inquadrino le situazioni contingenti con prospettive diverse da quella centrata sulla sola patologia e che mettano in campo strumenti che puntino all'attivazione e alla stimolazione delle capacità residue della persona.

Lo psicologo, in particolare, struttura le sue competenze operando su tre aspetti fondamentali: **il lavoro con e per l'anziano** attraverso la relazione, l'ascolto empatico e l'accoglienza, così da favorirne l'espressione di vissuti e bisogni e poter puntare al miglioramento del benessere personale; **il lavoro con gli operatori** che quotidianamente prestano la loro opera a favore di anziani fragili, attraverso una formazione specifica e permanente, la supervisione dei metodi e la strutturazione di piani di lavoro efficaci ed efficienti; **il lavoro con la famiglia** rispetto all'accompagnamento in un percorso di vita che si differenzia da quello idealizzato, il counseling o la terapia, l'approfondimento delle dinamiche di abbandono e di elaborazione del lutto.

Agendo in questa direzione si potranno sviluppare nuove metodologie di presa in carico e si potrà personalizzare davvero la cura della persona, per arrivare a vedere l'anziano non come un agglomerato di patologie e di problemi ad esse correlati, ma come un essere umano con limiti e potenzialità di volta in volta diverse. **La progettazione di percorsi individuali** dovrà quindi sempre tenere presente **l'unicità della persona e della sua storia di vita** e agire di conseguenza nella strutturazione dei piani di intervento, ma anche nella revisione e adattamento in itinere degli stessi: il singolo professionista o l'equipe che si prende carico dell'anziano deve rendere il percorso di cura estremamente flessibile e passibile di revisioni anche complete sulla base delle osservazioni effettuate e della valutazione di efficacia degli interventi messi in atto.

Infatti, **il benessere dell'anziano, della sua famiglia e del personale di struttura dipende dalla capacità di instaurare e mantenere relazioni di collaborazione, rispettose delle reciproche peculiarità.**

Ponendosi l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dell'anziano e di accompagnare il caregiver in un percorso di presa in carico che contempli fino in fondo e valorizzi la storia familiare, l'equipe di struttura deve effettuare una valutazione della persona che contempli tutte le sfere di vita: sociale, biologica e psicologica. Il rapporto che viene a crearsi tra l'anziano e gli operatori della struttura non deve configurarsi come "esclusivo", prescindendo dalla famiglia, ma avere un'ottica sempre di apertura, collaborazione e integrazione con quest'ultima. Se così non fosse, è facile verificare il manifestarsi di criticità nell'ambientamento e adattamento della persona e del suo nucleo familiare più stretto al nuovo ambiente, arrivando a mettere in atto reazioni di rifiuto, collera e sabotaggio nei confronti degli operatori, della struttura e, di conseguenza, della stessa decisione di procedere al ricovero.

Il coordinatore, ovvero la figura professionale che guida l'equipe di lavoro, deve da una parte **guidare i singoli professionisti** affinché vengano valorizzati tutti i contributi portati in sede di confronto, **favorendo l'integrazione delle molteplici competenze e strutturando strategie di intervento** che, posto e condiviso l'obiettivo da raggiungere, chiarifichino ai diversi attori la metodologia e le linee guida da seguire; in secondo luogo, deve fungere da ponte tra anziano, famiglia e struttura, supportando passo dopo passo i familiari nel processo di inserimento, condividendo gli obiettivi che l'equipe si è posta nei confronti del loro caro e il loro ruolo nel percorso.

Nei confronti dell'anziano, il coordinatore ha il compito di **facilitare l'inserimento nel nuovo contesto di vita**, personalizzando il più possibile la sua presa in carico, così da tener conto e favorire il mantenimento di abitudini, passioni, interessi: il professionista si pone quindi in ascolto dell'anziano e, con la collaborazione dei familiari, elabora strategie comunicative e relazionali che favoriscano l'accompagnamento della persona tenendo conto dei suoi desideri e delle sue necessità.

QUALITÀ DI VITA E LUOGO DI VITA: i nuovi modelli residenziali per la presa in carico dei bisogni

Per l'anziano, proprio come avviene per i bambini, uno sviluppo psichico e motorio soddisfacente e armonico è possibile solo in presenza di stimolazioni ambientali ricche e articolate.

Gli esseri umani si sviluppano, interagiscono e vivono in un contesto ricco di messaggi, interazioni e stimolazioni, un corretto rapporto con l'ambiente è quindi fondamentale per l'esistenza biologica e l'attività psichica della persona.

Le stimolazioni ambientali permettono, nel bambino, la costruzione e, nell'anziano, il mantenimento della struttura psichica, la quale a sua volta è indispensabile a favorire l'efficienza globale dell'apparato senso-motorio in quanto strumento di relazione fisica con la realtà esterna.

Da questa premessa deriva la necessità di impostare l'ambiente di vita della persona anziana su di un duplice fronte: da una parte è necessario **strutturare gli arredi "ad hoc"** per far sì che diventino protesi e ausili per i deficit motori e cognitivi; dall'altra, deve avere **un aspetto domestico ed accogliente**, mascherando ogni riferimento a cliniche ed ospedali sotto forma di arredi casalinghi.

L'arredo deve **stimolare le facoltà ideative e motorie della persona**, offrendo opportunità, favorendo gli spostamenti e incrementando la voglia di interagire con esso.



In ultimo, per creare un ambiente domestico e stimolante, esso deve essere provvisto di **spazi personali e personalizzabili** dall'anziano, in modo da renderli orientanti, individualizzati e animabili.

Ad esempio, il corridoio che conduce alle stanze da notte, presente sia in ospedale sia spesso a domicilio, presenterà quadri e librerie colme di volumi, fotografie e appendiabiti.

La casa, luogo dell'identità personale, deve essere il riferimento primario nella progettazione di soluzioni abitative per gli anziani, che devono essere inoltre adattabili alle diverse esigenze e modificazioni di carattere fisico e psichico della persona, ma anche prevedere un diretto collegamento alla rete di servizi territoriali, nonché favorire l'apertura alla società.

Un esempio operativo di questi punti cardine della progettazione è presente a Cardano al Campo, in provincia di Varese dove, nel 2014, è stato avviato il **progetto "Synergy"**.

Synergy è un progetto di housing sociale⁶ destinato ad accogliere persone anziane in un **contesto multigenerazionale** strutturalmente inserito nel cuore della città, della quale è parte integrante.

⁶ Il decreto interministeriale del 22 aprile 2008 definisce l'alloggio sociale come "l'unità immobiliare adibita a uso residenziale in locazione permanente che svolge la funzione di

La logistica della residenza, strutturata sul modello della corte lombarda e in diretta continuità con i cinquemila metri quadri del parco cittadino, vede la presenza di veri e propri appartamenti (mono, bi e trilocali) destinati a persone anziane in stato di fragilità, alle quali viene garantita assistenza e supervisione 24 ore da parte di operatori professionali, affiancati da famiglie in condizioni di fragilità socio-economica, accuratamente selezionate e formate a prestare assistenza e a svolgere attività di stimolazione quotidiana fortemente improntate alla domiciliarità (preparare i pasti, lavare le lenzuola e i panni, fare una passeggiata al mercato cittadino).

All'interno della corte sono presenti inoltre i servizi di assistenza domiciliare, un'agenzia sociale, una sala polivalente che propone periodicamente iniziative socio-culturali, una palestra e una pasticceria, il tutto accessibile ai residenti di Synergy ma anche all'intera cittadinanza.

Come ha ben esposto Predazzi⁷ nel suo ultimo libro "Dalla casa di riposo al villaggio geragogico", in questi casi l'abitare gerontologico diventa "una nuova cultura, un diverso metodo operativo, liberato da pregiudizi e stereotipi e infine un ventaglio innovativo di contenuti, perché la scelta abitativa sia in ogni frangente una conquista esistenziale e non una rinuncia anticipata alla vita (pp. 21, 2014)".

Concludendo, **per perseguire l'obiettivo di garantire alla persona**, nonostante gli acciacchi dovuti all'età e alle patologie, **la miglior qualità di vita possibile**, è indispensabile **operare affinché venga prestata attenzione e cura ad ogni dimensione dell'individuo**, a partire dal quadro clinico fino ad arrivare alla dimensione psicologica e sociale. Solo una prospettiva ad ampio spettro permetterà infatti alla persona che invecchia di vivere l'anzianità non più come l'ultima tappa della vita portatrice solamente di malattie, dolori e sofferenze, bensì come una nuova stazione del percorso esistenziale che, come tutte le precedenti

interesse generale, nella salvaguardia della coesione sociale, per ridurre il disagio abitativo di individui e nuclei familiari svantaggiati, che non sono in grado di accedere alla locazione di alloggi nel libero mercato". L'alloggio sociale, dunque, si configura come elemento essenziale del sistema di edilizia residenziale sociale ed è costituito dall'insieme di servizi abitativi finalizzati al soddisfacimento delle esigenze primarie.

In quest'ottica l'housing sociale ha la finalità di sostenere iniziative abitative a canoni moderati socialmente orientate e indirizzate principalmente a giovani coppie, studenti, anziani, famiglie monoreddito, immigrati e altri soggetti in condizione di svantaggio sociale ed economico: rappresenta, quindi, la risposta abitativa alla cosiddetta fascia grigia, cui appartengono le categorie sociali che hanno un reddito troppo alto per accedere alle politiche abitative pubbliche ma reddito troppo basso per accedere al libero mercato.

⁷ Marco Predazzi (1953), medico generalista ed esperto di progettazione sociale gerontologica, è stato fondatore del centro polifunzionale Il Melo di Gallarate ed è ora direttore scientifico del laboratorio per l'Housing Sociale Protetto della Fondazione Il Melo Onlus-Luigi Figini, di cui è presidente dal 1995.

tappe, comporta delle ristrutturazioni personali rimanendo allo stesso tempo foriera di soddisfazioni, di relazioni significative ed appaganti e di benessere. In una parola, è ancora vita.

BIBLIOGRAFIA

- * Buraglio, M. (2012). La concezione dell'anziano tra antico regime e modernità. Tesi di Laurea, Facoltà di Scienze della Formazione – Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.
- * Feil, N. (1996). Il metodo Validation, Sperling & Kupfer, Roma.
- * Jones, M. (2005). Gentlecare. Un metodo positivo di assistenza per l'Alzheimer, Carocci, Roma.
- * Meire, P. “L'anziano, la sua famiglia, la società”, IN “Nascere, amare, morire: famiglia ed etica oggi”, Milano, 5 giugno 1988.
- * Predazzi, M., Macchi, B. (1992). Quotidianità dell'utopia, Jaca Book, Milano.
- * Predazzi, M. (2014). Dalla casa di riposo al villaggio geragogico, Fondazione Il Melo Onlus Luigi Figini (stampato in proprio), Gallarate.
- * Progetto Synergy, disponibile da: www.fondazioneilmelo.it
- * Scocco, P., Trabucchi M. (2001). Counselling psicologico e psichiatrico nelle case di riposo, Centro Scientifico Editore, Torino.