ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno VI - N. 3
Settembre 2008
Trimestrale

3/2008

In caso di mancato recapito, rinviare al CPR Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente previo addebito pagamento resi

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Organo ufficiale della
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

CIC Edizioni Internazionali

CIC Edizioni Internazionali

Da 35 anni leader nell'aggiornamento medico

I NOSTRI PERIODICI

GIORNALI

GINECORAMA
Organo di informazione di ISGE Italia (International Society of Gynecological Endocrinology), della Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia (FIOG) e dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani (AGUI)
Bimestrale di attualità e aggiornamento di ostetricia, ginecologia e medicina della donna
diretto da A.R. Genazzani

CUORE E VASI
Organo ufficiale della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC)
Trimestrale di aggiornamento ed informazione cardiovascolare diretto da M. Volpe

IL DERMATOLOGO
Bimestrale di aggiornamento in dermatologia, dermocosmetologia e chirurgia estetica
diretto da S. Chimenti

PSICHIATRI OGGI
Bimestrale di attualità in psichiatria
diretto da P.L. Scapicchio

GIORNALE DI NEUROPSICHIATRIA GERIATRICA
Quadrimestrale
Organo ufficiale dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria

DIALOGOS
Quadrimestrale di informazione ed aggiornamento interdisciplinare sul diabete, diretto da G. Crepaldi

INTERNATIONAL TRENDS IN ONCOLOGY
Trimestrale di attualità ed informazione oncologica, diretto da F. Schittulli

ORTOPEDIA NEWS
Quadrimestrale di informazione ed aggiornamento ortopedico e traumatologico
diretto da C. Zorzi

UROTIME
Organo ufficiale della Società di Urologia Italiana Centro-Meridionale e Isole (SUICMI) e dell'Associazione per la Ricerca di Base in Urologia (ARBU), diretto da F. Di Silverio

IL REUMATOLOGO
Trimestrale diretto da B. Frediani

GIORNALE DI NEUROPSICOFARMACOLOGIA
Trimestrale diretto da M. Trabucchi

DEMENZE
Trimestrale diretto da M. Trabucchi

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO
Organo ufficiale CIMO-ASMD
Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri - Associazione Sindacale Medici Dirigenti
Bimestrale diretto da C. Sizia

IL GASTROENTEROLOGO
Organo ufficiale del Gruppo Internazionale di Studio sulle Dismotilità Intestinali (GISDI)
Trimestrale

LILT
Giornale di educazione alla salute della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
Trimestrale diretto da F. Schittulli

I LUOGHI DELLA CURA
Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
Trimestrale diretto da A. Guaita, F. Landi, E. Zanetti

FARMACOECONOMIA NEWS
Quadrimestrale di informazione e di politica economica sui farmaci

RIVISTE

CLINICAL CASES IN MINERAL AND BONE METABOLISM
Organo Ufficiale della Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS)
Quadrimestrale diretto da M.L. Brandi

FUNCTIONAL NEUROLOGY
and new trends in interventional neuroscience
The Journal of the International Functional Neurology Society (IFNS)
Trimestrale diretto da S. Bastianello

BIOMEDICAL STATISTICS & CLINICAL EPIDEMIOLOGY
Journal of the Italian Society of Medical Statistics and Clinical Epidemiology
Trimestrale diretto da F. Grigoletto

GIORNALE ITALIANO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Organo Ufficiale di ISGE Italia (International Society of Gynecological Endocrinology), della Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia (FIOG) e dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani (AGUI)
In collaborazione con International Journal of Gynecology & Obstetrics, official publication of FIGO
Mensile diretto da A.R. Genazzani

DERMATOLOGIA CLINICA
Organo Ufficiale della Clinica Dermatologica dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma
Trimestrale diretto da S. Calvieri

GIORNALE ITALIANO DI PSICO-ONCOLOGIA
Organo ufficiale della Società Italiana di Psico-Oncologia
Semestrale diretto da G. Morasso, L. Grassi

IL GIORNALE DI CHIRURGIA
Organo ufficiale della Società Italiana di Ricerche in Chirurgia (SIRC), della Società Italiana di Endocrinologia (SIEC), del Collegio Professori Associati di Chirurgia Generale
Mensile diretto da G. Di Matteo

ITALIAN JOURNAL OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS
Organo ufficiale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)
Trimestrale diretto da A. Ambrosini

PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE
Organo Ufficiale della Società Italiana di Psichiatria di Consultazione (SIPC)
Trimestrale diretto da G. Invernizzi

RIVISTA DI SESSUOLOGIA
Organo Ufficiale del Centro Italiano di Sessuologia (CIS)
Trimestrale diretto da F. Avenia

GIORNALE ITALIANO DI CONSERVATIVA
ITALIAN JOURNAL OF OPERATIVE DENTISTRY
Organo Ufficiale della Società Italiana di Odontoiatria Conservativa (SIDOC)
Trimestrale diretto da C. Prati

GIORNALE ITALIANO DI ENDODONZIA
Organo Ufficiale della Società Italiana di Endodonzia (SIE)
Trimestrale diretto da A. Cerutti

ORAL IMPLANTOLOGY
Trimestrale diretto da A. Barlattani

MODELLI PER LA MENTE
Rassegna di studi e ricerca per la normalità e la patologia
Quadrimestrale diretto da T. Cantelmi

PERIODICI ONLINE

JOURNAL OF PRENATAL MEDICINE
Official publication of the Italian Society of Prenatal Diagnosis and Fetal Maternal Medicine (SIDIP)
Trimestrale diretto da P. Jeanty, C. Giorlandino

ANNALI DI STOMATOLOGIA
Organo ufficiale del Collegio dei Docenti di Odontoiatria
Trimestrale diretto da M. Capogreco

NEWSLETTER

MENOPAUSA NEWS
Organo ufficiale della Società Italiana di Ginecologia della Terza Età (SIGiTE)
Trimestrale diretto da M. Mincigrucci

SIGO NOTIZIE
Trimestrale
Supplemento dell'Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics
Bollettino di informazione della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

I luoghi della cura

ANNO VI - N. 3 - 2008

Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

SOMMARIO

EDITORIALE
Card per gli anziani? Ripensiamoci
Cristiano Gori, 5

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO
I Custodi Sociali: dalla sperimentazione di progetti di prossimità alla nascita di una nuova tipologia di servizi a favore degli anziani e delle famiglie disabili
Achille Lex, 7

MATERIALI DI LAVORO
Nel lavoro di cura essere Anna Rita o chiamarsi Giorgio è lo stesso? Dal lavoro di cura familiare al lavoro di cura professionale
Giovanni Perucci, 12

Uno strumento per gestire razionalmente le liste d'accesso alle RSA
Fausta Podavitte, Carmelo Scarcella, Emma Mattana, Marco Trabucchi, 16

ESPERIENZE
Cambiare non nuoce: trasferimento di un nucleo Alzheimer e valutazione dello stress
Roberta Vaccaro, Eleonora Valle, Sabrina Garolfi, Giovanni Andreoni, Antonio Guaita, 21

SPUNTI DI DIBATTITO
L'esercizio del rispetto nella relazione di cura
Antonio Censi, 26

FAMIGLIA E VOLONTARIATO
Corsi di ginnastica: un benefit per sostenere e valorizzare il volontariato
Renzo Bagarolo, 30

REVISIONE DELLA LETTERATURA E RECENSIONI
La persona che invecchia nella religione ebraica, cristiana e islamica
A cura della Redazione, 38

Direzione scientifica:
Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:
Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile
Andrea Salvati

Segreteria di redazione
Lorenza M. Saini

Area pubblicità
Patrizia Arcangioli, responsabile (Roma)
arcangioli@gruppocic.it

Area marketing & sviluppo
Antonietta Garzonio
garzonio@gruppocic.it
Fabio Regini
regini@gruppocic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.
Direzione, Redazione, Amministrazione:
Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688
E-mail: info@gruppocic.it
Sito web: www.gruppocic.com

Area Nord Italia:
Via Matteotti, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)
Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003

Stampa: Litografica '79 - Roma

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di settembre 2008

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori.
La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.
Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2008

CIC Edizioni Internazionali

Annuario SANITÀ ITALIA

www.annuariosanita.it

periodico di informazione sul settore sanitario

L'intero settore sanitario italiano in un'opera unica:

- ministero della salute, assessorati alla sanità
- aziende ospedaliere, ASL, case di cura e centri di riabilitzione, case di riposo
- centri antidroga, associazioni ed istituzioni scientifiche e di solidarietà, istruzione
- organizzazioni sindacali e professionali
- farmaceutiche, aziende di beni e servizi
- acque e terme
- disabilità: normative vigenti e guida ai servizi ed ai produttori
- fiere e mostre, stampa specializzata

19ª edizione

Editoriale Publiaci s.r.l.
00186 Roma - Via della Tribuna di Tor de' Specchi, 18/A
Tel. 06.69380070 - Fax 06.6785792

Card per gli anziani? Ripensiamoci

Cristiano Gori

In Italia la situazione del welfare non previdenziale o ospedaliero è grave. Le carenze nel sostegno ai poveri, alle famiglie con figli ed agli anziani non autosufficienti sono enormi e non si può lasciar passare anche questa legislatura, che dispone di un'ampia maggioranza, senza interventi incisivi disegnati in una prospettiva di riforma complessiva, senza quelle modifiche strutturali necessarie alle nostre politiche di protezione sociale. Gli stringenti vincoli di bilancio non concedono spazio a mosse sbagliate.

La novità della carta prepagata – o voucher – che assicuri ai pensionati con trattamenti previdenziali ridotti sconti sui beni alimentari presenta, però, diversi limiti. L'introduzione del voucher appare slegata da progetti d'insieme per rafforzare il sostegno ai redditi bassi e si aggiunge ad un quadro già segnato da misure frammentate e poco efficaci. Non è chiaro perché, se si intende incrementare il reddito dei pensionati, non si elevino direttamente le loro pensioni. L'attivazione del voucher richiederà, inoltre, un percorso realizzativo impegnativo, con la distribuzione negli uffici postali, la stipula delle convenzioni con gli esercizi commerciali nelle Regioni e nei Comuni, e la gestione. Il voucher per i beni alimentari è stato ideato negli Stati Uniti, ed è utilizzato in alcuni comuni italiani, non per sostenere gli anziani poveri ma con finalità assai diverse (come illustra chiaramente Luca Beltrametti in *Vouchers. Presupposti, usi e abusi*, Il Mulino). Viene consegnato a persone con bisogno di assistenza, ma comportamenti devianti – ad esempio problemi di alcol e di droga – affinché le risorse trasferite loro siano effettivamente utilizzate per acquistare cibo o altri beni primari e non, invece, droga o alcol.

Con le stesse risorse si poteva avviare una riforma di sistema – per il sostegno economico alle famiglie povere o per l'assistenza agli anziani non autosufficienti – all'interno di un progetto definito e da realizzare progressivamente nella legislatura. Invece si tolgono 500 milioni utilizzabili per un siffatto percorso. Quando nei prossimi mesi si discuterà di riforme del welfare e si affermerà che le risorse sono poche, questi 500 milioni saranno fortemente rimpianti.

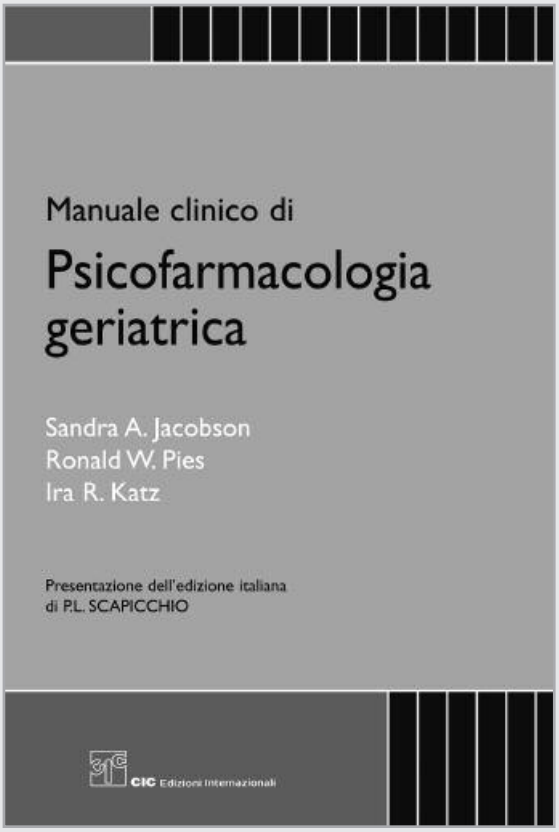
Rispetto ai beneficiari, se si voleva agire a favore dei redditi più bassi bisognava intervenire sulle persone povere di tutte le età. Il Governo Berlusconi sembra invece intenzionato a ripetere la scelta dell'Esecutivo Prodi di concentrare i propri sforzi a favore dei redditi più bassi verso i pensionati, come accadde in particolare con l'intervento dello scorso luglio sulle minime. Anche questa volta si ignorano i poveri non pensionati (si pensi alla diffusione della povertà tra le famiglie con più figli minori).

Sulla carta prepagata non è detta l'ultima parola, dipende dal Ministro dell'Economia. Ci si augura che Giulio Tremonti presenti una nuova idea per utilizzare i 500 milioni disponibili in modo più utile alle fasce deboli.

S.A. Jacobson, R.W. Pies, I.R. Katz

Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Novità editoriale



Indice

- La psicofarmacologia geriatrica nella pratica clinica
- Psicofarmacologia di base ed invecchiamento
- Antipsicotici
- Antidepressivi
- Stabilizzanti dell'umore
- Farmaci ansiolitici e sedativo-ipnotici
- Trattamento dei disturbi da uso di sostanze
- Trattamento dei disturbi del movimento
- Farmaci per il trattamento della demenza e di altri disturbi cognitivi
- Farmaci analgesici

Volume brossurato di 830 pagine
f.to cm 16×23
€ 70,00

CIC Edizioni Internazionali

I Custodi Sociali: dalla sperimentazione di progetti di prossimità alla nascita di una nuova tipologia di servizi a favore degli anziani e delle famiglie disabili

Achille Lex

Servizi Territoriali, Istituto Palazzolo - Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Milano

Introduzione: il mutamento dei bisogni e dei servizi

Negli ultimi anni, nella città di Milano si stanno sperimentando interventi innovativi di promozione e di sostegno a favore degli anziani e dei nuclei familiari più fragili, attraverso la realizzazione di "servizi di prossimità", in coerenza con le trasformazioni in atto nello scenario delle politiche e dei servizi socio-sanitari.
Il territorio milanese e lombardo pur rispecchiando, in parte, la situazione nazionale, presenta alcune differenze e specificità rispetto ai cambiamenti demografici, alle tipologie familiari e al processo di invecchiamento, anticipando alcuni dei fenomeni che si susseguono poi nel resto del Paese.
Nella regione Lombardia già dagli anni sessanta, infatti, si registravano una minore diffusione di famiglie numerose e una maggiore presenza di persone che vivono sole, insieme all'avvio del processo di nuclearizzazione della famiglia.
La condizione di solitudine, in particolare, rappresenta uno degli elementi più rilevanti della trasformazione della famiglia e interessa una quota crescente di popolazione, da quella giovane a quella più anziana, conseguente sia all'aumento degli anziani e del loro stato di vedovanza, sia allo sviluppo economico e agli stili di vita che poggiano su un modello socio-culturale "individualistico" di riferimento.
Allo stesso tempo, si è modificato il quadro politico-normativo di riferimento in ambito sia sociale, sia sanitario[1]. La crisi e la trasformazione del Welfare italiano, da un sistema burocratico e statale di "Welfare State" a una forma più flessibile e comunitaria di "Welfare Mix - Community", è conseguente a tre macro aspetti intrecciati tra loro: la necessità di contenere e contrarre la *spesa pubblica* destinata alla protezione sociale, il mutamento dei *bisogni sociali* (e sanitari ed educativi) e l'incremento e la diversificazione della *domanda di prestazioni sociali* (Ranci Ortigosa, 2000).
Tale evoluzione viene perseguita con modelli di welfare differenziati tra le nostre regioni, ma anche con azioni che, in parte, vanno nella stessa direzione. Da un lato, rendendo i sistemi di cura e di assistenza meno pesanti e più dinamici verso un *welfare sostenibile e leggero*; dall'altro, coinvolgendo nei sistemi di welfare la *comunità* (famiglia, associazioni, privato sociale…), in passato esclusa dalla concezione centralista del *welfare state*, che si proponeva di perseguire tutti i bisogni "dalla culla alla bara".

[1] A partire dalla Legge 502/1992 e del D.Lgs. 229/1999 in materia di riforma sanitaria, e dalla Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi sociali 328/2000 in ambito sociale.

Gli operatori dei servizi socio-sanitari incontrano, così, bisogni socio-sanitari nuovi e complessi, e si trovano spesso ad affrontare richieste d'aiuto numerose da parte di fasce di popolazione differenziate tra le quali anziani, famiglie nucleari e monogenitoriali, stranieri, con risposte a volte inadeguate e con risorse insufficienti.
Nelle periferie delle grandi città questi aspetti sono più evidenti anche se, gradualmente, stanno investendo contesti più piccoli, tanto da spingere alcuni comuni a sperimentare, adattandoli alla loro realtà, progetti analoghi alle esperienze delle città metropolitane (come il caso della città di Monza, che vedremo successivamente).
In questi luoghi con maggior rischio di tipo demografico, socioeconomico e ambientale, sono frequenti i casi in cui le persone che presentano problematiche e necessità non esprimono i loro bisogni e non si rivolgono ai servizi competenti, se non quando questi raggiungono un livello di disagio elevato e cronico.

I CUSTODI SOCIALI: STORIA, FINALITÀ E OBIETTIVI

Nel territorio di Milano i cambiamenti del contesto sociale e dei riferimenti normativi si traducono in numerose situazioni di disagio e, contemporaneamente, vedono la presenza di una rete formale e informale di servizi socio-sanitari ricca di soggetti pubblici e privati in grado di realizzare progetti e esperienze significative attraverso la realizzazione di azioni di sostegno, ma anche di prevenzione e di promozione sociale.
Per far fronte a tali cambiamenti, e alla difficoltà nel dare risposte efficaci ed efficienti con servizi e prestazioni tradizionali, nel Comune di Milano, dal 2000 ad oggi, si sono sperimentati diversi progetti/servizi di Custodi Sociali, una delle espressioni dei "servizi di prossimità", attraverso la sinergia tra pubblico e privato.

➢ *Il Portierato Sociale*, la prima tipologia sperimentata, nasce grazie all'intuizione di alcune delle numerose e attive realtà del volontariato e del privato sociale, e dell'allora Assessorato ai Servizi Sociali del Comune, per offrire una risposta innovativa al disagio degli anziani residenti nei quartieri difficili della periferia milanese, ed alle nuove e differenziate richieste, talvolta non espresse direttamente, da parte delle persone anziane fragili.
Il principio di fondo, infatti, che sta alla base anche dei successivi modelli di "custodia sociale e socio-sanitaria", è quello di offrire spazi di relazione e supporti concreti ed immediati alle esigenze che si rilevano quotidianamente attraverso una sinergia tra pubblico e privato, attivando operatori sociali in grado di rilevare i bisogni e realizzare le attività di sostegno più opportune direttamente nei luoghi dove il disagio e le richieste si esprimono: nei quartieri popolari.
Nelle postazioni di Portierato Sociale, ubicate presso le portinerie di alcuni stabili popolari dell'Azienda Lombarda di Edilizia Residenziale (ALER) o del Comune, infatti, erano presenti due figure: il Portiere Sociale, stabile e conoscitore di tutti gli inquilini, e il Custode Sociale, con la funzione di monitorare il quartiere, di facilitare l'utilizzo dei servizi pubblici e privati del territorio e di intervenire con aiuti concreti (come ad esempio fare la spesa, accompagnare gli anziani alle visite mediche).

➢ Negli anni, poi, con l'intento di sviluppare ulteriormente il progetto, nel 2003 la Fondazione don Carlo Gnocchi, attraverso l'Istituto Palazzolo, ha avviato la *prima postazione pilota di "Custode Socio Sanitario"*, nella zona 8 del Comune di Milano[2], in collaborazione con un'associazione di volontariato e con finanziamenti di soggetti privati (aziende farmaceutiche).
La sperimentazione ha permesso all'Istituto di "aprirsi" alla sua zona di riferimento dove, dal 1938, gradualmente ha ampliato e differenziato l'offerta dei servizi alle persone più fragili, agli anziani e alla popolazione residente. In questo modo, la struttura è potuta andare "incontro" alle persone con bisogni inespressi, offrendo loro orientamento verso i servizi competenti, garantendo risposte professionali. Tale esperienza ha permesso di coinvolgere maggiormente le risorse della rete socio-sanitaria, in particolare attivando i Medici di Medicina Generale e di attribuire agli operatori anche competenze sociosanitarie nella lettura dei bisogni e nella definizione dei progetti di intervento a favore dei singoli anziani incontrati nel territorio. Attraverso attività di prevenzione e di orientamento, accanto agli interventi di sostegno quotidiano e di monitoraggio dei bisogni e delle richieste del quartiere si è maturato, quindi, il passaggio a un mix di competenze sociali e sanitarie.
Forte di questi risultati, e considerati i dati significativi circa l'esplosione di molti casi d'emergenza di anziani soli in gravi difficoltà nel periodo estivo (fenomeno

[2] In questa zona è presente il maggior numero di anziani residenti del Comune di Milano over 65 – Fonte: Comune di Milano, anno 2001.

evidente dal 2003, che ha colpito anche altri paesi europei), la Regione Lombardia ha recepito l'ordinanza del Ministero della Salute che invitava le regioni a sperimentare forme innovative di comunicazione e di sostegno a favore degli anziani nei periodi di rischio climatico.

➢ Dal 2004, pertanto, la Regione Lombardia, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore della Sanità hanno promosso un nuovo *progetto sperimentale "Evoluzione del Custode Socio Sanitario nell'area metropolitana di Milano"*[3], con la finalità di sperimentare un servizio di "prossimità" più articolato, puntando su un ruolo innovativo del Custode, con l'attribuzione di competenze socio-sanitarie, e su un modello organizzativo flessibile e complesso in grado di valorizzare le sinergie dei diversi soggetti istituzionali, ognuno con le proprie competenze, e di raggiungere maggiormente la popolazione destinataria. L'Assessorato Regionale alla Famiglia e Solidarietà Sociale, infatti, ha coinvolto le diverse Istituzioni quali ASL, Comune di Milano, Aler e Fondazione Don Gnocchi, in modo da favorire l'integrazione dei servizi e degli interventi.
Si sono attivate, così, 44 postazioni di Custodi Socio Sanitari presso locali Aler e del Comune di Milano, con la presenza di oltre 50 operatori, suddivisi in piccoli gruppi di lavoro, costituiti da Custodi Socio Sanitari con funzione di indirizzo, e "operatori addetti alla vigilanza attiva" per lo svolgimento di interventi diretti di supporto. Tutti i gruppi di operatori coordinati da una centrale operativa collocata presso l'Istituto Palazzolo, costituita da assistenti sociali, un responsabile amministrativo, un operatore dedicato alla promozione della rete, e da due addetti ad un Call Center dedicato alla rilevazione delle richieste, all'orientamento e al monitoraggio dei casi più fragili.

➢ Queste esperienze hanno rappresentato la spinta per un ulteriore sviluppo del *servizio del Comune di Milano di Custodia Sociale* che, da giugno 2007, vede impegnati nelle zone 7, 8 e 9 la Fondazione don Gnocchi in Associazione Temporanea di Scopo (ATS) con soggetti rilevanti del privato sociale e con tradizione nella realizzazione della prima forma di portierato sociale e di ulteriori servizi di prossimità: Consorzio Farsi Prossimo Onlus e Fondazione Aquilone Onlus.
Il Servizio è comunque presente su tutto il territorio della Città di Milano attraverso il suo affidamento ad altre organizzazioni del terzo settore, di riferimento delle altre sei zone del decentramento comunale, e si pone la finalità generale di "fidelizzare" persone riconosciute dalla comunità del quartiere, offrendo così sostegno e senso di sicurezza.
Attraverso il nuovo modello di Custodia Sociale il Comune di Milano intende sostenere le persone e i nuclei familiari più fragili delle zone popolari della città, rispondendo quindi non solo ai bisogni degli anziani, ma anche alle necessità delle persone adulte e delle famiglie con minori in difficoltà, in stretta collaborazione con i servizi sociali del Comune di Milano e degli altri enti pubblici, i portieri degli stabili di Edilizia Residenziale Pubblica e la ricca rete di realtà del privato sociale, del volontariato e delle parrocchie.
Il Servizio viene svolto da Custodi Sociali, operatori socio-assistenziali e socio-sanitari dipendenti per le zone di competenza dei tre enti dell'ATS, coordinati da un Assistente sociale dell'Istituto Palazzolo.
I Custodi hanno sede operativa presso i Centri Multiservizi Anziani (CMA) e i Servizi Sociali della Famiglia (SSF) del Comune di Milano e attivano nel territorio contatti con i portieri degli stabili e i residenti dei quartieri assegnati, in modo da poter offrire interventi diretti di supporto quotidiano, promuovere momenti di socializzazione e interventi a favore della sicurezza.

➢ Infine, un'ultima evoluzione si è avuta con il mese di maggio 2008[4] in seguito all'*ampliamento ulteriore del Servizio di Custodia Sociale* che ha inserito gli operatori "addetti alla vigilanza attiva" del progetto Custode Socio Sanitario, in modo da allargare a tutta la città la presenza di Custodi Sociali. Parallelamente, la Regione Lombardia, attraverso l'ASL città di Milano, in intesa con il Comune di Milano, continua a sperimentare il progetto Custode Socio Sanitario, sempre in gestione all'Istituto Palazzolo – Fondazione don Gnocchi, con un numero ridotto di operatori, attribuendo a questa figura il ruolo di "facilitatore dei servizi socio-sanitari". Si è scelto, quindi, di andare verso un unico modello di

[3] Delibera regionale n. VII/17948 del 28/06/2004 e allegato alla delibera "Convenzione per l'attuazione del piano esecutivo relativo alla realizzazione del progetto sperimentale *Evoluzione del Custode Socio Sanitario nell'area metropolitana di Milano* tra Regione Lombardia, Comune di Milano, Asl Città di Milano, ALER, Fondazione Don Gnocchi".
[4] Deliberazione n.VIII 006927 del 02/04/2008 "Sperimentazione di un sistema integrato di custodia sociale e custodia socio-sanitaria a favore della popolazione fragile della città di Milano".

Servizio per offrire ai destinatari, attraverso la collaborazione e l'integrazione delle esperienze precedenti di Portierato/Custode Sociale e di Custode Socio Sanitario, una sistematicità degli interventi, superando la sovrapposizione territoriale e delle attività, pur nel rispetto della distinzione delle funzioni e delle competenze tra le due figure e servizi che gradualmente si stanno delineando.

➢ Realtà più piccole, ma che hanno in comune con la città di Milano l'emergere del bisogno della solitudine degli anziani e della difficoltà di raggiungere tutte le persone fragili con i servizi tradizionali, stanno cominciando a sperimentare il progetto di *Custode Sociale*, come la *Città di Monza*.

Attività comuni alle diverse esperienze

Le numerose e differenziate attività realizzate in questi anni dai diversi progetti/servizi di Custodi possono raggrupparsi in alcune tipologie di interventi:

- interventi diretti di sostegno alla persona che si basano sulla relazione e su un rapporto concreto tra operatore e utente, tra cui si evidenziano visite domiciliari, monitoraggi telefonici, accompagnamenti verso i servizi, cura della persona (ad esempio, igiene personale);
- interventi indiretti realizzati esclusivamente dall'operatore senza il coinvolgimento attivo degli utenti: disbrigo di pratiche burocratiche (ad esempio, per il riconoscimento dell'Invalidità Civile o di tipo pensionistico), cura della salute (come prendere contatti con i medici), rapporti con i care givers e collaborazione con la rete formale ed informale;
- attività di ascolto, prossimità e socializzazione attraverso la presenza degli operatori nelle portinerie, nei locali messi a disposizione dell'Aler e del Comune o delle parrocchie e di altri enti non profit: si offrono "spazi e luoghi" aperti agli inquilini e ai residenti dei quartieri.

Risultati raggiunti attraverso la sperimentazione delle diverse forme di custodi sociali-socio sanitari

La realizzazione delle diverse esperienze sopra descritte ha consentito un incremento significativo del numero delle persone prese in carico e assistite ed un aumento costante delle attività erogate. La vicinanza degli operatori nei quartieri, così come l'attivazione di interventi nuovi e differenziati, ad integrazione di quelli tradizionali dei servizi istituzionali (come ad esempio l'assistenza domiciliare e l'erogazione di contributi economici) hanno permesso di raggiungere fasce di popolazione precedentemente escluse dai servizi, sia per la loro non conoscenza, sia perché non rientravano nei criteri di accesso previsti. Attraverso la collaborazione tra Custodi, inoltre, operatori dei servizi e soggetti della rete informale, si creano sia progetti individualizzati di supporto e di relazione a favore dei singoli destinatari, garantendo risposte integrate corrispondenti ai bisogni reali, sia progetti più ampi e condivisi a favore delle comunità locali (ad esempio, per gli accompagnamenti verso i servizi o per attività di socializzazione).
In sintesi possiamo evidenziare alcuni risultati comuni a tutti i servizi di "custodia":

- *servizio di prossimità*: gli operatori attivi nei territori, come "sentinelle", rappresentano riferimenti stabili e qualificati in contesti socioambientali disagiati e a rischio, e offrono risposte concrete e immediate a bisogni espressi e non. Gradualmente, restituendo senso di fiducia e recuperando forme di relazione spesso perdute nelle comunità locali;
- *costruzione di ipotesi sulla fragilità*: attraverso la raccolta e l'elaborazione di dati sulle situazioni degli utenti raggiunti, con strumenti cartacei ed informatici. Prima la Regione Lombardia, poi anche il Comune di Milano, hanno messo appunto azioni di monitoraggio e di ricerca per la conoscenza delle nuove espressioni di "*fragilità*" e per lo studio dell'efficacia ed efficienza degli interventi. In riferimento al progetto specifico del Custode Socio Sanitario è interessante evidenziare che, dalla banca dati, emerge che il primo bisogno degli anziani è proprio quello di far fronte alla solitudine, seguito da quello legato alla perdita dell'autonomia psicofisica e, in terzo luogo, ad una situazione familiare problematica;
- *attivazione e responsabilizzazione degli utenti destinatari*: grazie al coinvolgimento attivo delle persone raggiunte, all'orientamento e all'accompagnamento da parte degli operatori, nonché al riconoscimento e al rinforzo delle risorse personali, si favorisce l'empowerment dei destinatari, i quali non "subiscono passivamente" l'intervento (gli utenti e i loro familiari), mentre possono contare sulle proprie competenze e risorse residue ed esercitare solo così il di-

ritto alla libertà di scelta dei percorsi e dei servizi socio-sanitari idonei a soddisfare i propri bisogni[5];

– *attivazione e responsabilizzazione della rete dei servizi*: i numerosi contatti con i servizi della rete formale ed informale (documentati da banche dati), dimostrano quanto i Custodi lavorino in collaborazione con i diversi soggetti presenti, a volte in assenza di protocolli definiti, bensì con forme di collaborazione concordate e condivise "dal basso"; promosse, cioè, dagli stessi operatori. I diversi progetti/servizi hanno spinto verso la creazione di una rete realmente integrata in grado di mixare aspetti in comune e differenze di cui è portatore ciascun ente e soggetto per il raggiungimento di scopi condivisi, consapevoli che si tratta di un percorso lungo e complesso, basato sulla partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti della rete, direttamente e indirettamente (Mauguire, 1996). Una rete efficace ed efficiente, infatti, produce benefici ed effetti positivi non solo sulle persone che usufruiscono del supporto diretto – i cosiddetti "utenti-clienti", ma anche sulle istituzioni e sulla società civile. Tutti i soggetti del territorio locale, se effettivamente coinvolti nelle varie fasi di definizione e di realizzazione dei progetti e dei servizi del proprio quartiere, possono confrontarsi e creare relazioni con realtà orientate allo sviluppo e al rafforzamento di una cultura della solidarietà e dell'integrazione sociale;

– *crescita delle organizzazioni che gestiscono i progetti/servizi di prossimità*: la gestione diretta di queste esperienze, oltre a produrre risultati attesi in relazione agli obiettivi preposti, si rivela strategica per il consolidamento e lo sviluppo del contesto organizzativo di riferimento. La flessibilità e l'innovazione dei modelli organizzativi, l'apertura verso i territori, la collaborazione con la rete, la visibilità ottenuta grazie all'attenzione delle istituzioni e dei mass media sono solo alcuni degli effetti di crescita di chi ha accettato la sfida di queste nuove realtà. Nello specifico, per l'Istituto Palazzolo – Fondazione don Gnocchi, ha comportato la creazione concreta di una nuova area di "Servizi Territoriali" (che comprende il progetto Custode Socio Sanitario, il Servizio di Custodia Sociale del Comune di Milano e del Comune di Monza, il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata), e buone prassi per un confronto all'interno dell'organizzazione più ampia e tra gli stessi operatori dei diversi ambiti.

Conclusioni

Le diverse esperienze descritte di progetti/servizi di "Custodia Sociale" (Portierato Sociale, Custode Socio Sanitario, Custode Sociale) hanno come principio di fondo quello di essere "vicini-prossimi" alle persone più fragili, andando incontro agli utenti e quindi ai loro bisogni e alle loro richieste, spesso stimolando anche le richieste inespresse (per timore di non essere ascoltati o per sfiducia nelle istituzioni e nei servizi!), senza quindi aspettare che siano i cittadini a rivolgersi ai servizi.

Si caratterizzano come modello di gestione innovativo, con caratteristiche tipiche della progettazione sociale con metodo di ricerca intervento, attenti, cioè, non solo ad effettuare azioni di sostegno e supporto agli utenti raggiunti, ma anche a ciò che si incontra e si sperimenta, rielaborando i dati raccolti e le esperienze vissute.

Dalla sperimentazione delle diverse forme descritte si apprende che è sostenibile l'evoluzione dei servizi tradizionali verso un modello di servizio più flessibile, efficace ed efficiente, che consente di valorizzare e promuovere le risorse già attive sul territorio, dagli stessi servizi istituzionali alle associazioni di volontariato, alle Parrocchie, e a stimolare nuovi e ulteriori risposte in un sistema di aiuto coordinato e sinergico. Creando, così, una rete di supporto e di relazioni con l'obiettivo di favorire un uso appropriato delle risorse, evitare duplicazioni, diventare punti di riferimento e garantire continuità di presa in carico, attraverso la responsabilizzazione dei diversi soggetti, attori pubblici e privati: servizi, utenti destinatari, i quartieri, la cittadinanza.

Bibliografia

Mauguire L. Il lavoro sociale di rete, Erickson, Trento 1996.

Ranci Ortigosa E. Diritti, servizi, benessere. In Prospettive sociali e sanitarie, IRS, Milano 2000.

[5] Ordine Nazionale Assistenti sociali, *AS Codice deontologico dell'assistente sociale*, Roma.

Nel lavoro di cura essere Anna Rita o chiamarsi Giorgio è lo stesso? Dal lavoro di cura familiare al lavoro di cura professionale

Giovanna Perucci

Psicologa, Milano

Una cultura della 'neutralità' ha caratterizzato a lungo gli ambienti in cui si svolgono le attività professionali ed è, ancora oggi, un obiettivo generalmente auspicato. In particolare, accantonare, comprimere, negare la dimensione uomo/donna ha svolto, peraltro, una sua utile funzione all'interno delle organizzazioni (aziende, servizi) in quanto ha favorito la semplificazione dei comportamenti individuali e delle dinamiche interpersonali: "Separare per semplificare, vivere una cosa alla volta in luoghi diversi (...) facilita la concentrazione sul compito, elimina le distrazioni superflue, è produttivo. Piace agli uomini che sanno controllare meglio i loro sentimenti o, più propriamente, hanno una maggiore dimestichezza con la scissione emotiva. Ma può essere apprezzato anche dalle donne, che al lavoro possono rilassarsi un po', calmare quell'incessante produzione sentimentale che caratterizza la loro vita ordinaria. (...) Sono queste -a grandi linee- le ragioni per cui le organizzazioni si aspettano dai propri membri, a tutti i livelli, dei comportamenti controllati e ovviamente asessuati (Piva, 1994)."

Tuttavia, una gestione asettica degli ambienti professionali è difficile. Le stesse organizzazioni che vi aspirano richiedono nel contempo agli individui – sempre più – di lasciarsi coinvolgere nei compiti di lavoro e di collaborare tra colleghi/e. Tale coinvolgimento esige si mettano in campo risorse legate all'identità personale – maschile o femminile – e i rapporti uomo-donna. Questi fattori, quindi, vanno resi espliciti e governati piuttosto che negati.

Esser uomo o donna è differente nella vita privata? E al lavoro? Essere operatore uomo o donna è solo un problema del paziente? O dell'operatore quando interviene sull'"intimo"? E nei rapporti tra colleghi?

Innanzitutto, parlando di differenze tra uomini e donne – fuori o dentro al mondo del lavoro – di quali differenze parliamo? In particolare di quella che sta acquisendo oggi un grande rilievo: l'identità di genere. L'ingresso recente (dagli anni '70) degli uomini nella professione infermieristica, e il numero sempre maggiore di donne nella professione medica e di ASA/OSS, rendono ancora più necessario mettere a fuoco le ricadute dell'identità di genere sui ruoli sociali e professionali.

Quando parliamo di ruoli di 'genere' (femminile e maschile) ci riferiamo ad un processo di costruzione sociale. Sarebbe quindi la società – sulla base delle diverse funzioni degli uomini e delle donne nell'ambito della procreazione – ad aver costruito una divisione dei compiti che i due soggetti svolgono nel mondo. In particolare, la cultura ha attribuito tradizionalmente agli uomini il ruolo prevalente di procacciatori del reddito familiare attraverso il lavoro professionale, e alle donne quello prevalente – all'interno della famiglia – della cura del partner, dei figli, di eventuali anziani non autosufficienti, e così via. Tali diversi ambiti di interventi e modelli di comportamento finiscono con l'aderire a tal punto alla base biologica da essere percepiti come un tutt'uno con essa. Si è così giunti, nel tempo, ad identificare anche alcune competenze professionali come "da donna" e altre come "da uomo", quasi questa fosse una divisione 'naturale' e non una sovrastruttura sociale.

Mentre se è vero che, in termini strutturali e ormonali, esistono nei due generi predisposizioni ben differenziate, è però solo con lo specifico concorso di un persistente rinforzo, sociale e culturale, che tali differenze acquistano il peso, il significato e la portata che tutti conosciamo.
Sulla base delle differenti esperienze sociali sviluppate, nel tempo, dagli uomini e dalle donne, si sarebbero sedimentate identità di genere differenti – una prevalentemente 'maschile' e una prevalentemente 'femminile'.
La preoccupazione più recente degli studiosi, e soprattutto delle studiose, è quella di mettere in guardia rispetto al rischio che possibili specificità caratteriali degli uomini e delle donne diventino stereotipi generalizzati, cioè immagini di ruolo che ingabbiano in clichè immutabili i diversi soggetti maschili e femminili. Al contrario, pur condividendo alcune caratteristiche generali del proprio genere, ogni essere è portatore di una propria individualità più articolata e sfumata.
Oggi la nostra cultura tende a superare la polarizzazione stereotipata uomo-donna. Essa ipotizza in prospettiva "(…) la coesistenza di caratteristiche maschili e femminili all'interno del medesimo soggetto, sia esso uomo o donna"(Taurino, 2005).
Ma per il momento va segnalato soprattutto il fatto che il carattere 'femminile' è stato svalutato storicamente rispetto al valore attribuito socialmente a quello 'maschile', in particolar modo fuori dalle mura domestiche. Lo stereotipo, in questo senso, avrebbe fissato uomini e donne: "(…) in posture immobili, sempre sfavorevoli alle donne nel lavoro extradomestico. Se gli uomini sono forti, decisi, coraggiosi, valorosi, rapidi, autonomi, indipendenti, naturalmente portati alla carriera, allora sono veri uomini, premiati, perché questi sono valori stimati dalla società. Se le donne sono affettive, deboli, dipendenti, passive, dolci, sottomesse, espressive, mansuete, naturalmente portate alla cura, allora sono vere donne. Peccato che questi valori siano altamente stimati dalla società se restano rinchiusi nel segreto di una casa ma non siano affatto valori stimati nel mondo della produzione. Se nel linguaggio comune il lavoro complesso e pluridisciplinare che una donna svolge nell'ambito familiare viene definito "niente" (*Che lavoro fa? Niente, la casalinga*) anche tutte le abilità ad esso connesse e le capacità in esso maturate saranno "niente", qualcosa da nascondere sotto il tappeto, da buttarsi dietro le spalle quando dal mondo del lavoro familiare si passa al lavoro extrafamiliare"(Piazza, 1999).

Identità di genere e competenze professionali trasversali

Il mondo del lavoro, oggi, come è noto, sta cambiando rapidamente. All'interno di tale trasformazione acquista particolare rilievo la crescente importanza attribuita al capitale umano – cioè alle persone – nell'ambito delle organizzazioni produttive, tanto nelle aziende quanto, soprattutto, nei servizi di cura. Non è solo la qualità della merce/servizio offerta che oggi fa la differenza, ma è la qualità della relazione che si stabilisce con il 'cliente'/utente. In questo senso le risorse umane che agiscono tale relazione diventano sempre più cruciali nell'organizzazione del lavoro.
A queste risorse umane oggi si chiede di possedere delle 'competenze trasversali'. Il termine 'competenze trasversali' sta a segnalare che alle aziende e ai servizi occorre personale non solo in possesso di conoscenze teoriche e di abilità pratiche, ma anche in grado di tradurle operativamente in comportamenti concreti ed efficaci che tengano conto dell'ambiente in cui si opera. Si va inoltre diffondendo "una visione non 'neutra' delle caratteristiche professionali delle risorse umane.
All'interno delle competenze trasversali, quali il mondo del lavoro ritiene più "femminili", quali più "maschili" e quali più "neutre", nel senso di attribuibili in egual misura ad entrambi i sessi?
Le ricerche condotte (De Fazi et al., 2000) su questo tema evidenziano che:

- le competenze *relazionali* sono ritenute più 'femminili', in quanto le donne sarebbero più orientate a tenere conto dell'altro, a gestire le relazioni, ad agire in un'ottica interattiva;
- le competenze relative alla capacità di *affrontare* sono ritenute più 'maschili', in quanto gli uomini sarebbero più allenati a prendere iniziative, ad agire perseguendo direttamente uno scopo senza necessariamente stabilire relazioni significative di coinvolgimento con le persone e l'ambiente circostante;
- le competenze *diagnostiche* sono invece attribuite in ugual misura ad entrambi i sessi.

Anche se è ancora considerato un valore spogliarsi della propria identità di genere nell'ambito lavorativo, da qualche tempo si tende non più a negare ma a valorizzare le specificità femminili e maschili trasferite nell'attività professionale. In particolare, le competenze ritenute più 'femminili' cominciano ad avere rilievo

nella nuova organizzazione del lavoro orientata 'al cliente' e impostata sul lavoro di gruppo.
Uscendo dalle mura domestiche – dove erano considerate 'naturali' e date per scontate – le capacità tradizionalmente attribuite alle donne, perché sviluppate nelle cure familiari, cominciano, dunque, a perdere la loro invisibilità. Le ricerche, pur confermando un luogo comune (le donne sono dolci, pazienti, disponibili, ecc.), non evidenziano più una svalutazione di questo tipo di competenze. È questo l'aspetto innovativo.
Al contrario, anche se le competenze trasversali 'femminili' non sono ancora diffusamente valutate e premiate dalle organizzazioni, nei contesti di lavoro si riconosce loro sempre più valore strategico per l'azienda/il servizio. Quella delle competenze trasversali 'femminili' è una grande opportunità per le donne, a condizione di assumerla e giocarla in modo consapevole. Esse infatti risultano particolarmente strategiche nei servizi alla persona, dove l'attività professionale è molto incentrata sulla qualità della relazione con il paziente/utente. Spesso, però, le risorse umane femminili valorizzano poco il proprio patrimonio professionale specifico, anche perché più una competenza professionale femminile risulta 'vicina' ai compiti svolti dalle donne nel ruolo materno – e, quindi, a titolo gratuito – più essa fatica ad acquistare un proprio valore 'di mercato', cioè sul piano professionale.

Dal lavoro familiare al lavoro professionale: quale passaggio di competenze?

Il contenuto del lavoro di cura – un lavoro non a caso con una prevalente presenza di donne – ha molte contiguità con i compiti familiari di accudimento.
Nonostante rappresenti un'esperienza sociale fondamentale per maturare determinate attitudini/capacità nelle donne, il lavoro di cura svolto all'interno della famiglia è stato – come già detto – per lungo tempo ritenuto un "non lavoro", un insieme di gesti ovvii, che non richiedono nessuna particolare competenza. Non è quindi facile che esso acquisti valore e venga riconosciuto – sia dagli individui sia dalle organizzazioni – una volta trasferito dall'interno delle case al mercato professionale. Eppure, se consideriamo gli aspetti più tradizionali di tale 'lavoro', notiamo che esso ha potenziato nelle donne alcune attitudini utilizzabili proficuamente nell'attività lavorativa. Ma nello stesso tempo, proprio per le sue caratteristiche, tale lavoro ha determinato alcune delle difficoltà che le donne talvolta incontrano nel mondo del lavoro.
Le donne infatti:
"Dal **lavoro materiale della casa**, per definizione invisibile, visibile solo quando non è fatto o quando viene riconosciuto dall'altro, portano la capacità riparativa, la sublime arte del rammendo – che tanto più è perfetto quanto più è invisibile – la capacità cioè di far sì che tutto proceda bene senza attirare l'attenzione. Con precisione, attenzione, senso pratico. Ma proprio perché il lavoro nella casa è visibile quando è riconosciuto dall'altro, le donne si aspettano che anche nel lavoro professionale sia l'altro a riconoscerlo, dunque non sono autoassertive, non chiedono, non si propongono, difficilmente sanno affermare il proprio valore. Si aspettano che sia l'altro a farlo.
Dal **lavoro di mediazione tra famiglia e Stato** (servizi sociali, sanitari, educativi, ecc.) traggono la capacità di destreggiarsi nei rivoli della burocrazia e della complessità, una mentalità "problem solving", l'abilità di affrontare e risolvere problemi complessi; ma anche la difficoltà, spesso, ad accettare l'astrattezza delle leggi o le regole delle organizzazioni.
Dal **lavoro di rapporto** (in famiglia e con l'esterno) portano nel lavoro professionale l'attitudine alla relazione, alla mediazione, alla negoziazione nei conflitti, la capacità di tener conto delle differenze, l'attenzione ai pareri degli altri, il senso dell'equilibrio; ma anche la tendenza a non tener conto dei propri bisogni, quindi ad avere scarso rispetto di sé.
Dal **lavoro materno** portano la mancanza di arroganza, l'attenzione ai bisogni dell'altro, la disponibilità, la pazienza. Ma talvolta corrono il rischio di un eccesso di disponibilità, la tendenza a servire.
Dal **lavoro di manutenzione** dell'apparato tecnologico-domestico portano nel lavoro professionale la cura per gli strumenti di lavoro, ed anche dell'ambiente in cui esso si svolge (renderlo gradevole e comodo), ma molto meno la capacità di destreggiarsi con le tecnologie complesse.
Dal **lavoro di consumo** (far la spesa, cucinare) portano la capacità di previsione e programmazione, l'ottimizzazione delle risorse, l'attitudine a contrastare lo spreco. Ma spesso anche la difficoltà a rischiare, un eccesso di timidezza nei confronti del maneggio del denaro.
Dal **lavoro di organizzazione** complessiva del lavoro di cura portano la capacità di tenere contemporaneamente sotto controllo molte variabili, di avere il quadro di insieme della situazione e soprattutto la capaci-

tà di definire le priorità; ma anche la tendenza a non accettare la parcellizzazione del proprio lavoro, e la tensione verso il controllo, con il rischio di sovraccaricarsi non delegando (Piazza, 1999)".
Vanno evidenziate, tuttavia, le trasformazioni profonde – negli ultimi decenni – verificatesi all'interno del tradizionale lavoro di cura familiare. In precedenza si erano giustamente sottolineati il carattere di disponibilità temporale e psichica di tale lavoro e l'apertura relazionale, la cooperazione, l'attenzione alla dimensione affettiva del rapporto. Oggi, invece, si mettono più in evidenza quelle caratteristiche del lavoro di cura – legate alla sua complessificazione – che ne trasformano in gran parte il contenuto e le modalità. In particolare, si sta superando il concetto di "sacrificio" per evidenziare i problemi organizzativi e strategici, oltre che psicologici. Problemi che, per essere affrontati, richiedono rapidità di decisione, senso dell'organizzazione, capacità di combinare risorse, modalità di espressione e relazionalità, apertura agli altri, ma anche investimento su di sé. Dunque capacità strategiche e decisionali molto forti, cioè manageriali.
Anche nel mondo del lavoro, e in particolare dei servizi alla persona, questo intreccio di diverse competenze (gestionali e relazionali) risulta sempre più richiesto. Le donne sarebbero quindi potenzialmente avvantaggiate dai nuovi orientamenti del mercato. Tuttavia, prima che esse lo siano di fatto, c'è ancora molta strada da fare.
Il contesto attuale dei servizi, almeno formalmente, ancora non valorizza la cultura della cura, anzi, non riconosce neppure una specificità alle donne che vi lavorano. Di fatto, però, fa affidamento in modo strisciante proprio sulla dedizione, sulla presenza costante, sulla capacità di far da collante, che le donne sembrano "naturalmente" portare con sé.
D'altra parte, le operatrici stesse ricorrono – nel costituire la propria identità professionale – al proprio essere donna, incorporando e agendo la cultura delle "cure femminili-materne". Ma tale passaggio rischia di portare nel lavoro la stessa svalorizzazione dei compiti di cura esistente nell'ambito privato-familiare, fino a considerarlo un "non-lavoro". Inoltre, questo ricorso è spesso finalizzato, e persino richiesto, a supportare condizioni di lavoro, per lo più pesanti e inadeguate nei servizi in cui l'operatore "ha addosso tutto il giorno la persona da curare".
Individuate le competenze richieste per offrire un buon servizio e gli elementi cognitivi, emotivi, relazionali necessari, si pone una domanda di fondo: come determinare le condizioni per un buon servizio? Bastano conoscenze, disponibilità, buon senso, impegno dei singoli?
Più si è consapevoli della complessità degli elementi che interagiscono nel costruire un buon servizio, tanto più è necessaria una costante alimentazione delle competenze degli operatori attraverso la loro formazione. E, prima ancora, inserire, nei piani di studio, percorsi e riflessioni che accrescano le competente trasversali fin qui considerate.
Occorrono, però, anche condizioni organizzative che valorizzino e correlino tra loro gli apporti dei singoli operatori. Le risorse umane vanno "curate" esattamente come gli utenti-pazienti, per "trattenerle" e non disperdere il loro potenziale di conoscenze e competenze, mettendo le persone in grado di dare il meglio di sé. Non interventi formativi ed organizzativi, mirati solo ad approfondire i problemi connessi al rapporto ravvicinato con il corpo, ma "un'educazione sentimentale", "un'educazione alla convivenza" "(…) in cui circolino anche dimensioni più corporee, siano viste e nominate, in cui si insegni alle persone a riconoscerle e gestirle in modo civile. Si potrebbe definire un'organizzazione come una "embodied situation", una situazione cioè in cui i corpi esistono insieme con le menti e le intelligenze. Questi corpi vanno dunque fatti esistere: bene, con agio, non cancellati (Piazza, 1998)".
Organizzazioni come una "embodied situation": ben oltre i tradizionali stereotipi di maschile e femminile.

Bibliografia

De Fazi S, Perucci MB, Piazza M. Competenze S-convenienti. Domanda di lavoro, valori organizzativi e modi di produzione femminili, Edizioni Editoriale Aesse, Roma 2000.

Piazza M. Molestie sessuali: risultati della ricerca. Quaderni della Regione Lombardia, Milano 1998:38-9.

Piazza M, Dal lavoro di cura al lavoro professionale. Sinergie, contaminazioni, perversioni. In: Demetrio D et al. Il libro della cura si sé, degli altri, del mondo, Rosemberg & Sellier, Torino 1999:90-3.

Piva P. Il lavoro sessuato. Donne e uomini nelle organizzazioni, Anabasi, Milano 1994:16-8.

Taurino A. Psicologia della differenza di genere, Carocci, Roma 2005:88.

Bibliografia consigliata

Perucci G. Sulla nostra pelle. Il corpo dell'operatore nel lavoro di cura, Carocci, Roma 2006.

Ruspini E. Le identità di genere, Carocci, Roma 2004:108.

Uno strumento di lavoro per gestire razionalmente le liste d'accesso alle RSA

*Fausta Podavitte, Carmelo Scarcella, Emma Mattana, Marcho Trabucchi**

ASL di Brescia
** Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione ed il riflesso che tale fenomeno ha oggi sui bisogni assistenziali per gli anziani compromessi in modo significativo nell'autonomia crea una spaccatura fra quantità di servizi disponibili e richieste di accesso ad essi. Benché la Lombardia sia ricca di unità di offerta, non esiste oggi corrispondenza fra domanda ed offerta, poiché la prima evolve più rapidamente delle reali possibilità di ampliamento della rete.
Proprio il fatto che la Lombardia disponga di un numero di servizi, e di una loro tipologia di gran lunga superiore ad altre regioni d'Italia, richiede di mettere in atto strategie organizzative mirate ad un uso razionale, competente ed originale di tali risorse, poiché non è pensabile attendersi un rapido ampliamento della rete, anche considerando il quadro nazionale delle politiche per la non autosufficienza.
L'ASL di Brescia si caratterizza sia per la presenza di una ricca e diversificata rete di servizi per anziani non autosufficienti, sia per il particolare ruolo di regia assunto da anni, con l'intento di governare il delicato equilibrio domanda/offerta e di assicurare un'alta qualità non solo dei servizi, ma anche per il supporto ad anziani e loro familiari.
Le RSA sono, e di fatto dovranno sempre più essere, il segmento della rete geriatrica elettivamente rivolto agli anziani più compromessi e/o privi di supporti familiari sufficienti, un'alternativa alla domiciliarità quando il sistema di protezione non è più adeguato.
Nell'ASL sono attive ben 86 RSA accreditate con la disponibilità di n. 5.985 posti letto, che giungono a 6.415 comprendendo anche quelli solo autorizzati. Quarantacinque strutture hanno aderito al progetto di gestione territoriale della lista unica di accesso alle RSA come "azione responsabile" verso gli anziani e le loro famiglie.
Per meglio comprendere le motivazioni che hanno sostenuto la scelta dell'ASL di assumersi un ruolo chiave nella gestione della lista di ingresso è opportuno fornire un quadro dell'evoluzione rapida della domanda di accesso alle RSA, oltre che una fotografia attuale dell'ospite tipo delle strutture residenziali, ben diverso da quello di non molti anni fa.

L'ospite tipo di RSA e l'evoluzione della domanda di ingresso

Nel 2006 i 5.989 posti letto accreditati delle RSA bresciane sono stati occupati da n. 8.243 ospiti, con un turn over del 37,64%. Le persone che accedono alle RSA sono significativamente compromesse nell'autonomia, portatori di grave comorbilità e sempre più anziane: il 61% ha una dipendenza completa nella deambulazione, il 73% presenta una comorbilità di grado severo (da 5 a 7 patologie) e l'86% è portatore di patologia psichiatrico-comportamentale.
Le classi S.OS.I.A (Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza) sono il sistema di valutazione della fragilità dell'ospite in uso in Lombardia per le RSA, con una diversificazione per livelli di gravità dalla classe 1 (più gravi) alla classe 8 (meno gravi).
Le classi determinano la quota giornaliera del fondo sanitario regionale erogata alle RSA, oltre che l'assistenza da garantire all'ospite. I restanti costi sono a carico di anziano/familiari o del Comune di residenza, se indigente,

attraverso una retta a giornata definita dalle RSA (la retta media bresciana nel 2006 è stata di € 39,00).
La tabella 1 evidenzia l'evoluzione dal 2004 al 2006 delle condizioni di salute degli ospiti delle RSA, dimostrando un progressivo aggravamento delle condizioni cliniche. Le classi 1-3 sono infatti quelle in cui è avvenuto il maggior incremento, a fronte di una diminuzione di ospiti in classe 6 e 8.
La tabella 2 evidenzia un trend in crescita costante della domanda di accesso alle RSA, passando da 718 persone in attesa nel 2000 alle 2.153 dei primi 9 mesi del 2007 e il conseguente allungamento nei tempi medi di attesa di ingresso passando da 44 giorni del 1999 ai 125 dei primi nove mesi del 2007. Questi dati confermano il fenomeno nazionale di invecchiamento della popolazione ed il progressivo aggravamento delle condizioni cliniche e di non autonomia delle persone anziane, accompagnate dalla crescente condizione di solitudine, causata in particolare dalla riduzione di dimensione del nucleo familiare.
Una buona organizzazione deve chiedesi se esiste una strategia per gestire con oculatezza questo fenomeno, non lasciandolo al caso e soddisfacendo la domanda nel rispetto della gravità della singola situazione. Inoltre si deve chiedere se è possibile soddisfare comunque i bisogni della popolazione, evitando un grave disagio sociale, a fronte di un non aumento delle risorse disponibili.

UN MODELLO PER LA GESTIONE RAZIONALE DELLE LISTE DI ATTESA

I principi base su cui si fonda il modello, già ampiamente sperimentato e verificato, poiché attivo dal 1999, sono:

1. la presenza di un accordo sostanziale fra ASL ed Enti gestori di RSA, espresso attraverso un protocollo di intesa, sulla modalità di attivazione e gestione della lista unica di ingresso in struttura;
2. la definizione ed applicazione di un regolamento di gestione degli ingressi basato su sistemi di valutazione della gravità del singolo caso, comprensiva sia del quadro sanitario sia di quello sociale. Tale valutazione premia il bisogno effettivo anziché la data di presentazione della domanda, elementi non sempre in corrispondenza;
3. la presa d'atto ed il rispetto della libera scelta della struttura da parte del richiedente, attraverso il sistema della preferenza, che permette di mantenere la posizione in lista per la RSA di gradimento anche quando viene scelta transitoriamente un'altra struttura, perché disponibile di posto letto.

I principi sintetizzati e l'intero impianto organizzativo sono attuabili grazie a tre presupposti presenti nell'ASL:

1. il funzionamento dal 1999 di équipes territoriali denominate Unità di Continuità Assistenziale Multidi-

Tabella 1 - *Evoluzione nel tempo delle condizioni di gravità degli ospiti delle RSA della provincia di Brescia.*

Classe SoSIA	Pazienti al gennaio 2004	Pazienti al dicembre 2006
Classe 1	26,61%	29,49% (+)
Classe 2	4,13%	3,53%
Classe 3	28,47%	32,82% (+)
Classe 4	3,85%	3,63%
Classe 5	4,84%	5,71%
Classe 6	9,05%	2,73% (–)
Classe 7	14,88%	15,46
Classe 8	8,16%	6,62% (–)

Tabella 2 - *Numero persone in lista d'attesa per l'entrata in RSA e numero giorni di attesa.*

Anno	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Gen-Set 2007
Totale persone in lista d'attesa	504	718	935	1.262	1.476	1.479	1.644	1.974	2.153
Giorni medi di attesa	44	61,7	89,8	61,3	77,3	64,8	76,6	106,4	125,61

mensionale (UCAM, in precedenza denominate unità di valutazione multidimensionale), aventi il ruolo di accogliere ogni richiesta di intervento da parte di cittadini non autosufficienti o loro familiari e di supportarli nel decodificare i reali bisogni, proponendo le soluzioni più idonee fra quelle disponibili; il tutto in tempi rapidi (prima risposta entro 3 gg lavorativi).
Queste équipes garantiscono il loro intervento anche per la gestione della lista di ingresso in RSA, definendo il quadro complessivo dell'anziano ed effettuando il monitoraggio delle situazioni nella fase di attesa del posto letto. In questo modo è possibile offrire servizi alternativi e ricollocare in posizione nuova in lista la persona aggravatasi;

2. la regia e gestione della rete dei Servizi da parte dell'ASL. Ciò permette alla UCAM di individuare e proporre anche servizi alternativi alla residenzialità, garantendo sia una risposta al richiedente sia l'appropriatezza nell'uso delle unità d'offerta locali;
3. la presenza di una forte rete di cure domiciliari in grado di garantire la vita nella propria abitazione anche a persone assai compromesse, sovrapponibili per quadro clinico agli ospiti di RSA, ma con il supporto familiare. Attraverso le cure domiciliari, erogate da soggetti accreditati pubblici/privati, fra i quali anche articolazioni dell'ASL, si garantisce al domicilio la presenza di un medico, infermiere, riabilitatore, OSS/ASA, in sinergia con MMG, a seconda delle necessità, ed anche il fine settimana, e con la reperibilità sino alle ore 20. Inoltre sono garantiti: respirazione assistita, alimentazione artificiale ed ausili protesici.

Quali vantaggi per i protagonisti del processo

I principali vantaggi per gli attori coinvolti nella gestione dell'ingresso in RSA sono così riassumibili:

Per gli anziani e le loro famiglie
- La semplificazione delle procedure, con la presentazione di una sola domanda di ingresso in RSA.
- Il supporto delle UCAM nella scelta di interventi "sostitutivi" nella fase di attesa di un posto letto.
- La rivalutazione tempestiva in caso di modifica della situazione pre-ingresso.
- Il sostegno delle UCAM alla famiglia e preparazione alla separazione determinata dall'istituzionalizzazione.

Per le RSA
- La riduzione dell'impegno amministrativo nella gestione degli ingressi; viene meno la necessità di chiamare le persone in attesa sino ad ottenere un assenso. Le UCAM infatti forniscono immediatamente il nominativo della persona già preparata all'ingresso in struttura.
- La rapidità dei tempi di occupazione dei posti letto.
- La conoscenza del quadro dell'ospite precedentemente l'ingresso e la preparazione dell'accoglienza.

Per le ASL
- Disponibilità di una banca dati ricca di informazioni puntuali ed aggiornate sull'utenza.
- Un buon governo della relazione domanda/offerta.
- La garanzia di appropriatezza nell'uso dei servizi.
- La soddisfazione ed il gradimento del servizio da parte delle famiglie.

Modalità di attribuzione del punteggio

Come in precedenza accennato, le aree valutate per l'attribuzione dei punteggi ai fini dell'ingresso in RSA sono due:

a. *punteggio sanitario che comprende:*
   – la valutazione funzionale dell'autosufficienza
   – i disturbi di comportamento
   – gli aspetti psico-sensoriali
b. *punteggio sociale che comprende:*
   – la situazione abitativa
   – la gestione degli atti quotidiani della vita
   – il supporto familiare

Nella tabella 3 sono riportati gli items e i relativi pesi utilizzati per la determinazione del punteggio funzionale e sociale.
Questi items permettono di fatto una valutazione multidimensionale completa ed esaustiva da parte delle UCAM, andando a sondare i reali bisogni, le condizioni oggettive di anziano e famiglia, e facendo sì che la precedenza di ingresso sia per "gravità".
La tabella 4 evidenzia la correlazione fra punteggi di gravità e tempi di attesa per l'ingresso in RSA dimostrando che, pur di fronte ad una crescita vertiginosa delle domande (2.153 del 2007), le persone in condizioni critiche entrano in 3 giorni, e che il 66,9% degli anziani entra in 90 giorni in struttura a fronte di una media di attesa di 125,61 giorni.

Tabella 3 - *Elementi per l'attribuzione dei punteggi ai fini dell'ingresso in RSA.*

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA	Punteggio funzionale				
	Dipendenza Completa	Dipendenza Grave	Dipendenza Moderata	Dipendenza Lieve	Autosufficienza
Deambulazione	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
Scale	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Trasferimento letto/sedia	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Uso del WC	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Continenza intestinale	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Continenza urinaria	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Alimentazione	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
Vestirsi	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Igiene personale	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Bagno/Doccia	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
DISTURBI DI COMPORTAMENTO	Grave	Moderato	Lieve	Assente	
Confusione	(8)	(5)	(2)	(0)	
Irritabilità	(4)	(3)	(1)	(0)	
Irrequietezza	(4)	(3)	(1)	(0)	
ASPETTI SENSORIALI	Assente	Limitata	Integra		
Vista	(6)	(3)	(0)		
Udito	(4)	(2)	(0)		

ASPETTI SOCIO-AMBIENTALI	Punteggio sociale		
	Non Problematico	Problematico	Gravemente Problematico
Isolamento abitazione	(0)	(1)	(2)
Stato manutenzione alloggio	(0)	(2)	(4)
Igienicità alloggio	(0)	(2)	(4)
Riscaldamento	(0)	(2)	(4)
Servizi igienici	(0)	(2)	(4)
Barriere architettoniche	(0)	(2)	(4)
Problemi economici	(0)	(2)	(4)
Gestione alimentare	(0)	(2)	(4)
Gestione della vita quotidiana	(0)	(3)	(6)
Problemi relazionali	(0)	(2)	(4)
Supporto familiare: quantità	(0)	(2)	(4)
Supporto familiare: qualità	(0)	(3)	(6)

L'obiettivo guida di questo modello organizzativo è ispirato dalla necessità di un uso razionale delle risorse locali, attraverso strumenti qualificati, oltre che rispettosi ed improntati all'umanità, evitando il caos che sorge quando le richieste sono gestite solo in base alla loro data di presentazione.
Il risultato oggettivo è evidente: nei territori in cui è in funzione la lista unica le persone sono soddisfatte e si sentono "protette", anche in un contesto di domande in costante crescita.
Grazie al sistema informativo costruito in ASL per il settore Anziani-Cure Domiciliari, si è in possesso, nei territori a lista unica di ingresso in RSA, di molti dati significativi, determinanti ai fini di un buon governo locale. La tabella 5 mostra, ad esempio, la percentuale di inserimento dei nuovi iscritti in lista nei primi 9 mesi

Tabella 4 - *Rapporto tra durata dell'attesa per il ricovero in lista d'attesa e punteggio funzionale e sociale.*

Numero giorni tra la data della domanda e l'inserimento in RSA	Media punteggio sanitario	Media punteggio sociale	Media punteggio totale
Entro 3 giorni	28,22	25,85	54,07
Da 4 a 30 giorni	28,31	22,69	51,00
Da 31 a 90 giorni	26,39	22,19	48,58
Da 91 a 180 giorni	23,16	20,56	43,71
Da 181 a 360 giorni	23,00	17,28	40,28
Oltre 360 giorni	18,59	17,48	36,06

Tabella 5 - *Percentuale di anziani ricoverati in RSA per classi di gravità Sosia.*

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Classe 8	Totale
Campione nuovi iscritti in lista di attesa RSA gennaio-settembre 2007	178	120	380	241	30	54	171	194	1.368
Inseriti in RSA al 30 settembre 2007	77	46	104	67	6	16	32	40	388
	43,26%	38,33%	27,37%	27,80%	20,00%	29,63%	18,71%	20,62%	28,36%

del 2007, suddivisi per classi SOSIA. Viene dimostrata la collocazione nelle classi più gravi di un numero alto di nuovi ospiti (43,26% nella classe 1), a conferma ancora una volta della precedenza della gravità nell'accesso alla residenzialità.
L'impegno delle équipes ASL per la garanzia della continuità di cura (UCAM) nella gestione delle liste di ingresso in RSA, e l'utilizzo del Sosia per la valutazione pre ingresso e per il monitoraggio nel periodo di attesa, hanno un'ulteriore importante ricaduta organizzativa, cioè la quasi totale assenza di discrepanze fra valutazione dei medici di RSA, aventi la responsabilità di certificare Sosia ai fini rendicontativi e remunerativi, ed esiti dei controlli ASL sul 10% degli ospiti di ogni struttura da attuare ogni anno, come indicato dalla Regione Lombardia.

Conclusioni

Ancora per molti anni assisteremo al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e, nel futuro prossimo, dovremo fronteggiare i problemi di salute e la perdita dell'autonomia che colpisce un numero elevato di persone, in particolare nel corso degli ultimi dieci anni di vita.
La società italiana non può affrontare il tema della non autosufficienza puntando solo su un incremento di posti letto in strutture protette quali le RSA, scelta non compatibile con l'economia e non rispondente da sola alla pluralità di bisogni degli anziani.
Una di queste azioni, attuata dall'ASL di Brescia, consiste nell'assumersi la responsabilità di un uso corretto dei posti letto di cui si dispone, attraverso criteri oggettivi e validati, con la consapevolezza che, come ogni risorsa preziosa, non vada mal usata e sprecata.
I risultati di questo progetto, in funzione dal 1999, sono considerevoli su vari fronti, non ultimo il livello di soddisfazione dei fruitori delle RSA.
Le sfide che ci attendono sono ancora molte e vanno combattute con coraggio, intelligenza, senso di responsabilità e lungimiranza.

I luoghi della cura
Anno VI - N. 3 - 2008

Cambiare non nuoce: trasferimento di un nucleo Alzheimer e valutazione dello stress

Roberta Vaccaro, Eleonora Valle, Sabrina Garolfi, Giovanni Andreoni, Antonio Guaita

Istituto Geriatrico "C. Golgi", Abbiategrasso, Milano
"Centro di ricerca invecchiamento cerebrale", Fondazione "C. Golgi", Abbiategrasso, Milano

Introduzione

Il cambiamento di residenza per gli anziani costituisce un evento potenzialmente traumatico ed una sicura causa di stress, anche se i suoi effetti sono stati sopravvalutati (Hodgson et al., 2004). Per i malati di demenza questo può rivestire un'importanza particolare: infatti, lo spazio fisico influenza l'insieme dei disturbi comportamentali e psichiatrici delle persone con demenza, e i processi assistenziali (Colombo et al., 1998). D'altra parte, l'adattamento a situazioni ambientali nuove potrebbe costituire un compito impossibile per chi si trova nella condizione di avere grandi difficoltà all'apprendimento. Per questo, la necessità di dover trasferire un intero gruppo di persone con demenza da un nucleo ad un altro di una RSA costituisce un evento da gestire con la massima attenzione, e di cui conoscere gli effetti. In occasione del trasferimento del Nucleo Alzheimer dell'Istituto Geriatrico "C. Golgi" in un nuovo spazio, si è proceduto ad osservare il comportamento delle persone ricoverate, a distanza di 8 mesi l'una dall'altra: prima del trasferimento, nell'ottobre 2006, e dopo il trasferimento nel nuovo reparto, nel maggio 2007. Dati di letteratura dimostrano effetti a lungo termine del trasferimento osservabile come peggioramento dei disturbi del comportamento, anche dopo tre mesi dallo spostamento all'interno dello stesso istituto (Lander et al., 1997).
Abbiamo, con questo, voluto verificare gli effetti a lungo termine del trasferimento, e gli effetti di un ambiente di vita più ampio, sicuro, e ben curato nel design, in modo da rispondere ai bisogni delle persone con deficit cognitivi.

Definizione del contesto

Il trasferimento è avvenuto verso un'altra parte dell'Istituto che riproduceva la pianta "a veranda" del vecchio nucleo, ma con una ristrutturazione completa sia della struttura muraria che degli impianti. Nel vecchio reparto vi era una capienza di 45 posti, nel nuovo di 39, suddiviso in due nuclei, ciascuno con un giardino (che al momento del trasferimento non era, però, agibile), mentre lo spazio medio a disposizione non si modificava sostanzialmente. Inoltre, mentre nel vecchio nucleo il soggiorno era essenzialmente rappresentato dalla veranda, nel nuovo è presente uno spazio ampio dedicato al soggiorno, mentre le stanze sono state tutte dotate di bagno (Figg. 1 e 2). Nel soggiorno vi è anche la presenza di una doppia cucina a disposizione dei parenti e delle attività occupazionali, oltre ad un distributore di acqua rinfrescata e/o gasata.
Il trasferimento è stato preparato con largo anticipo, e coinvolgendo i famigliari e i volontari che hanno assicurato una presenza quasi completa. Tutto è avvenuto nella seconda parte di una mattina. Il nuovo nucleo è stato attrezzato con ornamenti, musica e cibi che dessero l'idea di una festa in cui si inserivano mano a mano le persone che arrivavano. I parenti, invitati ad essere presenti e a partecipare al trasferimento, risposero quasi tutti, aderendo alla richiesta di rimanere un po' più a lungo durante la giornata. Non si sono verificati incidenti, e la prima notte è trascorsa in modo del tutto tranquillo, salvo le difficoltà del personale di assistenza a muoversi con scioltezza in un ambiente nuovo e più ampio, in cui non era automatico reperire tutto il

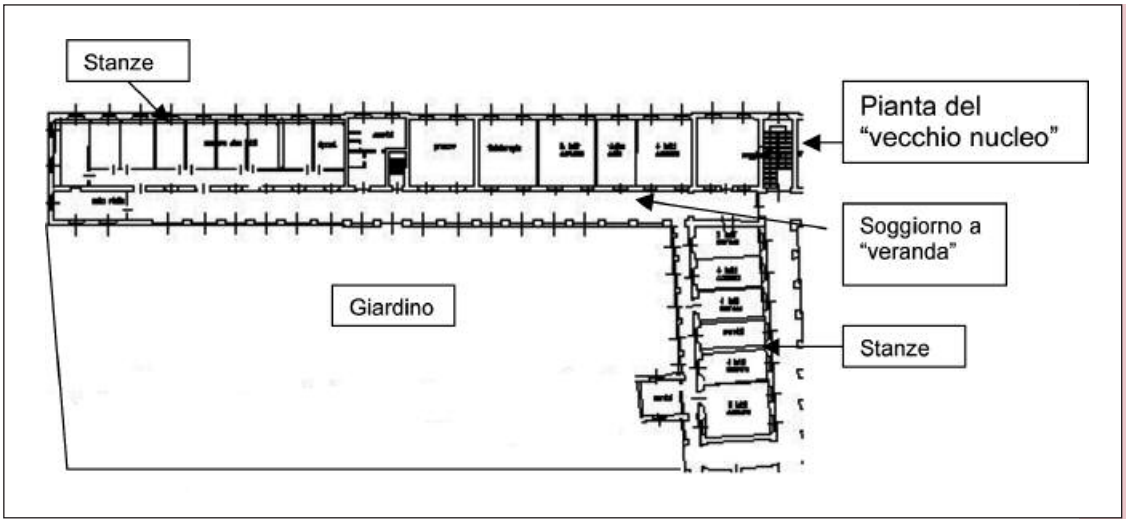


Figura 1

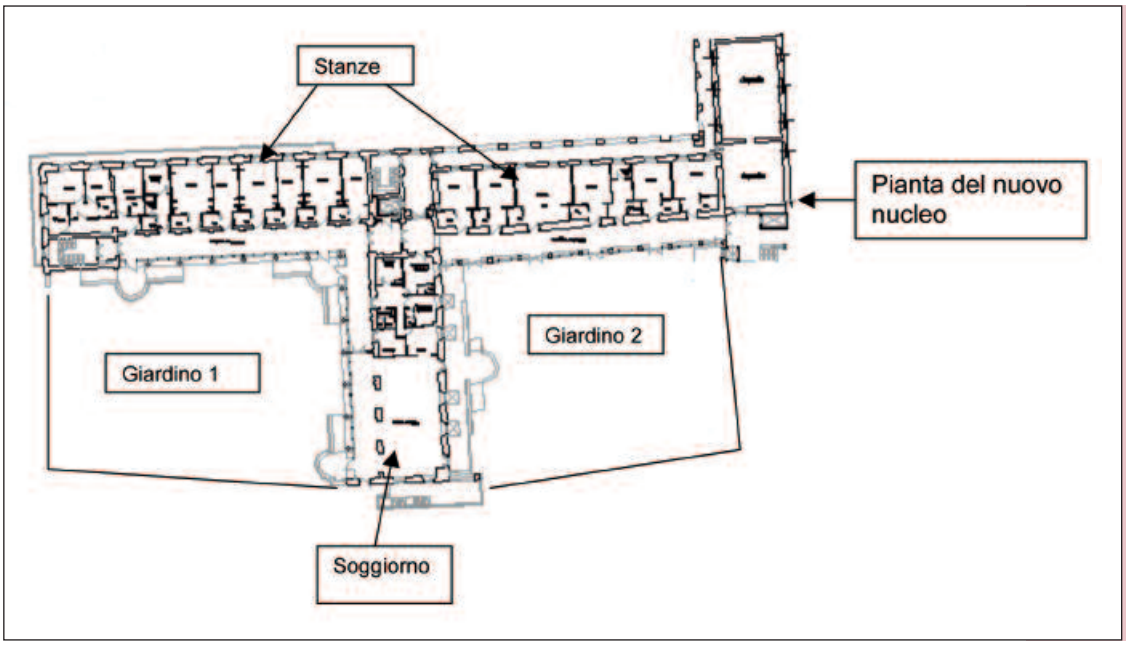


Figura 2

materiale di cui si necessita nell'assistenza. La soddisfazione di parenti, volontari e personale sulla giornata è stata pressoché massima, con osservazioni critiche del tutto marginali.

Metodo di studio

Per valutare i disturbi del comportamento, oltre alla valutazione con Neuro Psychiatric Inventory (NPI), si è utilizzato il metodo della osservazione diretta, della durata di 15 minuti per ogni paziente, in tre momenti della giornata: mattino (fra le 8 e le 9), metà giornata (fra le 11.30 e le 12.30), sera (fra le 16.30 e le 17.30). In tal senso, l'osservazione diretta, molto usata in ambiente pediatrico dove risulta più utile delle osservazioni indirette in una serie di situazioni (Himle et al., 2006), è stata proposta dalla Cohen Mansfield per le persone agitate con demenza (Cohen-Mansfield et al., 1989, riproposta nel 2007).

I comportamenti presi in considerazione riguardano manifestazioni di rabbia/aggressività, comportamento afinalistico, ripetitività, disinibizione sessuale, alterazioni dell'umore, allucinazioni e deliri. È stata rilevata la presenza/assenza di tali disturbi, e l'eventuale frequenza/durata, registrando i dati su una "check list" predisposta appositamente. La frequenza con cui ogni comportamento si è manifestato nell'unità di tempo è stata codificata attribuendo un punteggio da 1 a 3: 1 = episodio di brevissima durata; 2 = comportamento ripetuto più volte; 3 = comportamento continuo. La registrazione è stata condotta da tre osservatori indipendenti per 28 persone, sia prima che dopo il trasferimento. Per semplificare l'analisi è stata costruita una variabile come somma dei tre orari (punteggio di frequenza x osservazione) per ogni singolo comportamento, essendo bassa la consistenza interna fra gli items. Mettendo a confronto il risultato, cioè mettendo "in riga" tutte le osservazioni, si sono confrontati i valori presentati prima e dopo il trasferimento.
L'analisi è stata fatta con "t" di Student per dati appaiati, e usando SPSS release 11.

Caratteristiche dei pazienti

L'osservazione è stata eseguita su un gruppo di 28 ospiti, 8 uomini e 20 donne, età media 76,2 anni, con diagnosi di demenza di Alzheimer nel 42,9%, ma con una presenza importante di psicosi (25%) (Tab. 1).
Soltanto per un piccolo gruppo, costituito da 8 soggetti, il MMSE risulta con deficit di grado moderato (media punteggio grezzo: 16,12), mentre per tutti gli altri i valori sono inferiori a 10, oppure il test non è somministrabile. Inoltre, per l'intero gruppo osservato il livello di autonomia funzionale medio, misurato con l'Indice di Barthel (Sha et al., 1989), è di 27,64/100 (DS ± 25,21), con solo 5 soggetti con valori uguali o superiori a 50/100.

Risultati

L'analisi dei risultati evidenzia come siano significativamente diminuiti i comportamenti relativi alle manifestazioni di rabbia/aggressività, il comportamento afinalistico e quello legato ad alterazioni dell'umore. Complessivamente i comportamenti problematici osservati nei tre momenti della giornata, corretti per durata del comportamento, sono risultati prima del trasferimento quasi tre volte più alti che dopo (Tab. 2).
La differenza maggiore è registrata dal comportamento apatico, indifferente, che potrebbe anche far pensare ad un contemporaneo aumento dei comportamenti agitati o aggressivi. Così, invece, non è stato poiché tali comportamenti risultano migliorati (aggressività) o invariati (petulanza, disturbo di altri ospiti). Lo stesso "wandering" appare positivamente influenzato dal cambiamento di ambiente, quasi quanto le alterazioni dell'umore sia per quanto attiene alla depressione, che migliora in modo altamente significativo, sia per la "rabbia immotivata" che pure migliora, anche se in modo meno evidente (Tab. 3).
La valutazione effettuata con NPI, negli stessi tempi, mostra risultati analoghi di miglioramento passando da 40,18 (Ds ± 17,17) a 38,29 (Ds ± 17,72), con alta significatività statistica. Il punteggio complessivo si riduce soprattutto perché si riduce la gravità del comportamento (–0,61), mentre la frequenza pure si riduce (–0,57), ma in modo non statisticamente significativo:

Tabella 1 - *Distribuzione delle patologie [è riportata la numerosità (numero) e la percentuale (%) delle patologie delle persone considerate nello studio].*

	Numero	%
D. Alzheimer	12	42,9
D. vascolare	5	17,9
D. mista	1	3,6
Psicosi	7	25,0
Oligofrenia	1	3,6
Altre demenze	2	7,1
Totale	28	100,0

Tabella 2 - *Valore totale e medio dei disturbi comportamentali osservati prima e dopo il trasferimento [il valore indicato come "totale" riporta la somma di tutte le osservazioni fatte, come somma di tre momenti della giornata, mentre la "media" è una media delle medie giornaliere delle tre osservazioni, con deviazione standard (DS) e significatività statistica (P)].*

	Totale	Media	DS	P
Prima	313,00	11,18	6,266	< 001
Dopo	109,00	3,89	3,424	

Tabella 3 - *Variazione dei comportamenti osservati prima e dopo trasferimento [sono riportati la differenza media della somma delle tre osservazioni eseguite nell'arco della giornata prima e dopo il trasferimento, con la deviazione standard (DS), il valore del "t" di student per dati appaiati, la significatività (P); ns = non significativo].*

Comportamenti osservati	Differenza Media	DS	t	P
Appare triste, depresso	1,13	1,708	3,681	0,001
Appare apatico, distante, indifferente	1,45	2,862	2,824	0,008
Vagabonda, tocca oggetti continuamente	1,19	2,762	2,406	0,022
Appare arrabbiato senza motivo	0,71	1,697	2,329	0,027
Aggredisce verbalmente urla senza motivo	0,48	1,262	2,136	0,041
Parla o fa domande in modo ripetitivo	0,55	1,567	1,948	ns
Ride è allegro senza motivo	0,23	0,762	1,650	ns
Tenta di farsi male	0,23	0,884	1,423	ns
Deliri	0,16	0,898	1,000	ns
Comportamento sessuale disinibito	0,06	0,574	0,626	ns
Disturba fisicamente altri ospiti	0,10	0,944	0,571	ns
Allucinazioni	0,00	0,894	0,000	ns

la frequenza diminuisce in 12 persone, peggiora in 4 e resta immutata negli altri 12. La gravità diminuisce in 12, peggiora in 3 e resta immutata in 13.
Da rilevare che non si è mai registrato un aumento dell'uso degli antipsicotici, che è stato invece registrato altrove, ancora a 6 mesi dal trasferimento (Hagen et al., 2005). Anche la mortalità è risultata non diversa, mentre vi è stato un aumento di cadute nel primo mese dopo il trasferimento (da una media di 3 cadute al mese si passa a 8 cadute nel primo mese).

Conclusioni

Questi dati supportano la teoria di una influenza dell'ambiente sul comportamento delle persone con problemi comportamentali, legato soprattutto, ma non solo, alla demenza (Judd et al., 1994). La collocazione in uno spazio più idoneo, fruibile e sicuro, oltre che più ampio, ha ridotto i comportamenti osservati ma anche quelli riferiti. Non vi è stato un effetto negativo sulle funzioni psichiche legato al trasferimento, non si sono dovuti fare interventi per reazioni comportamentali avverse nell'immediato, probabilmente come conseguenza della preparazione accurata che aveva coinvolto i pazienti, la famiglia e lo staff, metodo che altrove già si è dimostrato efficace (Grant et al., 1992). Da segnalare l'aumento di cadute, anche se non di fratture, a riprova della difficoltà di ridurre questi eventi negativi nelle persone anziane con problemi mentali ricoverate in strutture residenziali (Jensen et al., 2003). A distanza di tre mesi si può registrare l'effetto benefico dei nuovi spazi, ed una interazione positiva del comportamento dei residenti con i nuovi ambienti. Questo è coerente con la visione "protesica" (Guaita e Jones, 2000) della cura della demenza in fase moderato severa. In quest'ottica lo spazio fisico, le persone e le attività sono altrettanti elementi costitutivi di una protesi che sostiene il benessere e riduce lo stress di cui i disturbi del comportamento sono l'espressione.

Bibliografia

Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS. An observational study of agitation in agitated nursing home residents. Int Psychogeriatr 1989;1(2):153-65.

Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007;62:908-16.

Colombo M, Vitali S, Molla G, Gioia P, Milani M. The Home Environment Modification Program in the Care of Demented Elderly: Some Examples Arch Gerontol Geriatr 1998; Suppl. 6: 83.

Grant PR, Skinkle RR, Lipps G. The impact of an interinstitutional relocation on nursing home residents requiring a high level of care. Gerontologist 1992;32:834-42.

Guaita A, Jones M. Il progetto GENTLECARE G Gerontol 2000;48:781-6.

Hagen B, Esther CA, Ikuta R, Williams RJ, Le Navenec CL, Aho M. Antipsychotic drug use in Canadian long-term care facilities: prevalence, and patterns following resident relocation. Int Psychogeriatr 2005;7:79-93.

Himle MB, Chang S, Woods DW, Pearlman A, Buzzella B, Bunaciu L, Piacentini JC. Establishing the feasibility of direct observation in the assessment of tics in children with chronic tic disorders. J Appl Behav Anal 2006;39(4):429-40. (reperibile all'indirizzo http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1702335&blobtype=pdf).

Hodgson N, Freedman VA, Granger DA, Erno A. Biobehavioral correlates of relocation in the frail elderly: salivary cortisol, affect and cognitive function. J Am Geriatr Soc 2004;52:856-62.

Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Fall and Injury Prevention in Residential Care-Effects in Residents with Higher and Lower Levels of Cognition. J Am Geriatr Soc 2003;51:627-35.

Judd S, Marshall M, Phippen P. Design for Dementia (suppl. Journal of Dementia Care), Hawker Pubblications, London 1998.

Lander SM, Brazill AL, Ladrigan PM. Intrainstitutional relocation. Effects on residents' behavior and psychosocial functioning. J Gerontol Nurs 1997;23:35-41.

Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989;42:703-9.

NURSING GERIATRICO ***Collana diretta da M. Trabucchi***

L. Kennedy-Malone, K.R. Fletcher, L.M. Plank

MANUALE DI CLINICA GERIATRICA PER INFERMIERI

I edizione italiana dalla II edizione inglese a cura di Marco Trabucchi

Volume brossurato
di 564 pagine
f.to cm 12×19
€ 50,00

CIC Edizioni Internazionali

L'esercizio del rispetto nella relazione di cura

Antonio Censi

Gerontologo, Bergamo, Fondazione Santa Maria Ausiliatrice

Premessa

Per chi è dipendente, vivere in una società dominata dalla "cultura del bastare a se stessi" equivale a subire uno stigma, una classificazione sociale degradante. L'aver bisogno degli altri viene vissuto come una colpa individuale e viene pagato con la privazione di ogni rispetto e dignità. Ce lo ha spiegato mirabilmente nel suo ultimo libro Richard Sennett (2004), uno dei più grandi sociologi contemporanei.
Muovendo dall'analisi dell'esperienza soggettiva della dipendenza, Sennett pone sul tappeto una questione cruciale delle politiche di welfare del prossimo futuro: la necessità di ricercare modalità di assistenza e di aiuto che considerino riconoscimento e rispetto come fattori che offrono a chi è dipendente la possibilità di percepirsi come soggetto a pieno titolo, come attore della propria vita anziché come oggetto di compassione caritatevole, o come destinatario di prestazioni assistenziali.
Le persone anziane non autosufficienti, a causa della loro fragilità fisica e della loro vulnerabilità psicologica, sono particolarmente esposte al rischio di perdere il rispetto degli altri.
Gli operatori che si prendono cura di loro sono chiamati, in quanto tecnici, a farsi carico dei loro bisogni assistenziali, e, in quanto cittadini, a tutelare il loro diritto ad essere riconosciuti come soggetti sociali a pieno titolo.

Curare rispettando la persona e la sua vita

L'aspetto cruciale delle cure geriatriche è che la loro erogazione non deve compromettere il sentimento di autostima della persona che ne fruisce. Il processo di deterioramento corporeo fa vivere all'anziano non autosufficiente un sentimento di disgregazione dell'identità per contrastare il quale necessita di uno sguardo esterno che lo comprenda nella sua globalità e che gli rinvii un'immagine positiva di sé. Se l'intervento dell'operatore si concentra esclusivamente sulla parte malata della persona assistita, quest'ultima si sentirà rivolgere uno sguardo riduttivo e oggettualizzante che rafforzerà un vissuto di frammentazione.
Il rispetto della persona anziana non autosufficiente non può essere perseguito soltanto erogando prestazioni assistenziali di elevato contenuto tecnico-professionale, ma anche costruendo una relazione di cura che faccia riferimento anche ad altri fattori.
Il primo è l'accettazione incondizionata della persona. Fin dalla nascita ciascuno di noi porta con sé un insopprimibile desiderio di essere riconosciuto come oggetto d'amore. Senza una conferma esterna la nostra identità non può svilupparsi e consolidarsi. Il bambino riceve la prima conferma della sua esistenza sociale dalla madre che, nel momento in cui lo nutre, gli comunica che "è buono", che "è bello", contribuendo in questo modo alla costruzione di un'autopercezione positiva di sé. L'accoglienza incondizionata della persona anziana non autosufficiente da parte dell'operatore deve essere vista come un modo per soddisfare il suo desiderio di essere considerato un oggetto d'amore e per rispettare la sua inalienabile individualità.
Il secondo fattore è la valorizzazione delle capacità della persona. L'anziano non autosufficiente presenta le caratteristiche di un soggetto che, nel linguaggio della psicologia sociale, viene definito depowered (de-potenziato), vale a dire di una persona in possesso di un potenziale limitato e in via di esaurimento, con la per-

cezione di non influenzare o di non poter incidere efficacemente nelle situazioni, rassegnato e privo della lucidità necessaria ad orientare la propria azione.
L'intervento assistenziale, oltre ad offrire cure e accudimento, va concepito anche come un processo di empowerment finalizzato a ri-potenziare la persona fornendole l'aiuto necessario a utilizzare le sue risorse vitali, ad assumere un orientamento attivo verso l'impegno e la realizzazione, a provare il sentimento di essere in grado di incidere efficacemente sulle situazioni. L'empowerment è un processo che, dal punto di vista di chi lo esperisce significa "sentire di avere potere" o "sentire di essere in grado di fare". Dal punto di vista di chi lo asseconda, o lo rende possibile nei suoi interlocutori, significa "un atteggiamento tecnico capace di accrescere l'orientamento al fare delle persone".
Il terzo fattore è la predisposizione, intorno alla persona, di un ambiente di vita su cui essa possa esercitare un controllo, e nel quale possa rispecchiarsi come soggetto sociale. Il rischio al quale sono sottoposte tutte le persone affette da malattie o disturbi cronici è che le attività mediche vengano a dominare la loro esistenza, sostituendosi alle loro relazioni normali e allontanandole dalla loro vita abituale (Good, 1999). Quando ciò accade si può affermare che la persona vive per essere assistita.
Se vogliamo fare in modo che la persona anziana non autosufficiente non viva per essere assistita, ma sia assistita per vivere, le cure rivolte al suo corpo vanno accompagnate da interventi finalizzati a mantenerla inserita in uno spazio, in un tempo, in una storia, in una rete di relazioni che diano un significato alla sua vita. La definizione di un piano di cure individualizzato deve procedere di pari passo all'organizzazione di un ambiente di vita quotidiano che offra alla persona gli spazi, i tempi, le attività sociali necessari a conservare la sua visibilità sociale.
Vi è infine un ultimo fattore. La stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) dovrebbe essere attuata tenendo conto anche della diversa importanza attribuita alle varie prestazioni da parte del residente in base alla sua scala di valori. Non è scontato, ad esempio, che tutti i residenti considerino le prestazioni assistenziali più importanti di quelle alberghiere o sociali (Cohn e Sugar, 1991). E, fra coloro che prediligono le prestazioni alberghiere, vi sarà chi dà priorità ai pasti piuttosto che al servizio di gestione dei capi di abbigliamento personale. Così come fra coloro che attribuiscono molta importanza ai pasti vi potrà essere chi è più interessato al loro contenuto dietetico che alle loro qualità gastronomiche, e viceversa.

Gli ostacoli all'esercizio del rispetto nei servizi destinati alle persone anziane non autosufficienti

L'esercizio del rispetto nell'ambito dell'assistenza alla persona anziana non autosufficiente incontra ostacoli di natura strutturale e culturale.
Il principale ostacolo di natura strutturale è rappresentato dalla carenza di risorse umane che si riscontra nei servizi destinati a questa fascia di popolazione. Ciò determina un appesantimento dei carichi di lavoro che induce gli operatori ad agire in modo frettoloso e standardizzato. Questo problema è aggravato dalla spinta efficientistica introdotta nei servizi socio-sanitari dalla logica aziendalistica. Agendo in questa logica gli operatori sono spinti a concentrare la loro attenzione su tutto ciò che nel loro lavoro può essere valutato in termini quantitativi, trascurando quegli aspetti della relazione di cura che, pur non essendo quantificabili, esercitano una notevole influenza sul sentimento di benessere della persona assistita.
Un altro ostacolo è rappresentato dall'influenza che la cultura sanitaria esercita sul comportamento degli operatori. La medicina rappresenta a tutt'oggi una sacca di arretratezza rispetto alla pratica dei diritti dei pazienti. "L'organizzazione e i processi decisionali dell'istituzione sanitaria – osserva Gianni Tognoni (2000) – soprattutto all'interfaccia con quei cittadini particolari che sono i portatori di bisogni sia di "care" che di "cure", sono fortemente connotati dalla gerarchia interna e dall'arroganza informativa verso l'esterno". Nella scala gerarchica di molte istituzioni sanitarie il paziente è considerato colui che si colloca sul gradino più alto della scala gerarchica. L'imposizione del "tu" al paziente, tuttora largamente diffusa non solo nelle strutture di lungodegenza, ma in tutti i servizi sanitari, sancisce lo squilibrio di status che intercorre tra il personale di assistenza e i pazienti. Gli operatori, nelle relazioni che intrattengono con i residenti, tendono a dimenticare la differenza che intercorre tra la dipendenza fisica e la dipendenza psichica. Una tale distinzione è di cruciale importanza agli effetti dell'esercizio del rispetto poiché non si assiste allo stesso modo una persona che capisce e che sa esprimere le sue aspettative e una persona che non possiede più queste capa-

cità. Circa la metà dei ricoverati nelle RSA dispone ancora della capacità di manifestare la sua volontà. E non dimentichiamo che fra le persone confuse ve ne sono molte che, attraverso il linguaggio non verbale, sanno esprimere chiaramente ciò che gradiscono e ciò che non gradiscono.
A prescindere dal livello di lucidità della persona non autosufficiente andrebbe comunque affermato il principio che il rispetto della sua autonomia passa anche attraverso il modo in cui gli parliamo, lo tocchiamo e lo guardiamo. Un modo che deve essere conforme alle regole sociali che legano due adulti, e dunque rispettoso della sua sensibilità e dei suoi desideri. Ogni relazione di cura dovrebbe fondarsi sull'accordo o sul consenso tra due partner volto a definire specifiche norme e modalità di erogazione (Gineste e Pellissier, 2007).
Ma l'ostacolo più arduo all'esercizio del rispetto nella relazione di cura è rappresentato dall'enorme squilibrio di potere che esiste tra l'operatore e la persona assistita. Quest'ultima, a causa della sua fragilità psicofisica, è in totale balia della persona che la assiste. Nel campo della psicologia sociale sono note da tempo le insidie che si nascondono in una relazione eccessivamente squilibrata tra terapisti e pazienti.
Molti di voi ricorderanno lo scalpore suscitato nell'opinione pubblica internazionale dalle fotografie e dai racconti, diffusi attraverso la stampa e la televisione, che documentavano le violenze e gli abusi consumati dai militari inglesi e americani nella prigione di Abu Ghraib in Iraq.
In uno degli articoli giornalistici dedicati a queste tristi vicende si cercava di spiegare come persone appartenenti a un mondo altamente civilizzato potessero lasciarsi andare a comportamenti così palesemente primitivi e disumani. L'articolista, citando un esperimento condotto dallo psicologo sociale Philip G. Zimbardo nel 1971, e noto come "Esperimento carcerario di Stanford", concludeva affermando che ovunque si instauri, fra due o più persone, una relazione fortemente squilibrata si annida il rischio della prevaricazione, del sopruso, della violenza. L'esperimento di Zimbardo fu condotto con ventitré studenti che si offrirono come volontari. Essi furono divisi in due gruppi. Ai membri di un gruppo fu affidato il ruolo di guardie e ai membri dell'altro gruppo quello di prigionieri. Nel giro di pochi giorni coloro che svolgevano la funzione di guardie presero a commettere tali azioni di brutalità nei confronti dei loro coetanei cui era stato affidato il ruolo di prigionieri che questi ultimi cominciarono a presentare segni di grave disgregazione della personalità. Conclusione: l'esperimento, che avrebbe dovuto durare due settimane, dovette essere interrotto dopo sei giorni. Secondo Zimbardo questa rapidissima e imprevedibile irruzione di comportamenti aggressivi in soggetti normali deriva dal "fatto che il comportamento umano è influenzato più da fattori esterni che interni. L'ambiente interno sono i geni, la storia morale, l'educazione religiosa. Ci sono volte in cui le circostanze esterne possono sopraffarci e facciamo cose alle quali non avevamo mai pensato. Se non si è consapevoli che questo possa accadere è possibile lasciarsi sedurre dal male. Abbiamo bisogno di un vaccino contro la nostra potenziale capacità di compiere del male. Dobbiamo riconoscerne l'esistenza, solo allora potremo cambiarla" (Dreifus, 2007).
A qualche mese di distanza dalla lettura di questo articolo ho ritrovato un riferimento all'esperimento di Zimbardo in "Psichiatria non oppressiva", un bellissimo libro in cui Bruno Bettelheim descrive, traendo spunto dalla sua trentennale esperienza alla Orthogenic School dell'Università di Chicago, i principi e i metodi necessari per costruire un ambiente terapeutico totale.
Nel suo libro Bettelheim segnala le insidie che si nascondono in una relazione eccessivamente squilibrata tra terapisti e pazienti. "In ogni forma di terapia – egli scrive – l'ambiente deve contribuire a impedire che il terapista possa esercitare un dominio ingiustificato sul paziente, e che questi cada nella trappola di accettare tale dominio. Il paziente può essere tentato di soggiacere a tale dominio a causa della sua debolezza, insicurezza e angoscia, ma il risultato di tale subordinazione è un'ulteriore disintegrazione della sua personalità, invece dello sviluppo di una personalità sana. Nelle istituzioni la pratica di dominare il paziente per il suo bene è la regola e non l'eccezione".
Se si considera lo stato di profonda fragilità psicofisica delle persone anziane non autosufficienti che vivono nella RSA, non si può che riconoscere l'enorme potere di cui dispone nei loro confronti il personale di assistenza. Questo strapotere rafforza il rischio di costruire un ambiente istituzionale in cui le esigenze di coloro che vi vivono vengono subordinate alle esigenze organizzative di coloro che vi lavorano. Quando ciò accade, e mi pare accada abbastanza spesso, la RSA diviene un luogo in cui si erogano prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative di eccellente qualità, ma

la cui organizzazione comprime, e talvolta cancella, le possibilità di vita dei residenti.

Conclusione

Le carte dei servizi introdotte da alcuni anni in tutti i servizi socio-sanitari come strumento di tutela dei diritti degli utenti prescrivono con chiarezza agli operatori il rispetto di ogni residente nella sua individualità facilitando il mantenimento delle sue credenze, opinioni e sentimenti, nelle sue modalità di condotta, delle sue abitudini, della sua liberta di scelta, dei suoi effetti personali, delle sue relazioni familiari e amicali.
È, tuttavia, illusorio pensare che l'introduzione delle Carte dei Servizi, per quanto importante, assicuri il rispetto dei diritti degli utenti se non si approfondisce la conoscenza di ciò che accade in quei microcosmi sociali che sono le relazioni di cura.
Se vogliamo creare le condizioni del rispetto nei servizi destinati alle persone anziane non autosufficienti dobbiamo trovare riferimenti diversi dall'efficientismo aziendalistico, ponendoci costantemente in "una prospettiva di ricerca volta ad attribuire priorità assoluta a tutto ciò che, nel nostro modo di parlare, toccare, agire e reagire, scegliere e organizzare possa, in primo luogo, risvegliare il piacere di vivere in coloro che si affidano a noi, accettando le nostre cure" (Ploton, 2003).

Bibliografia

Bettelheim B. Psichiatria non oppressiva, Feltrinelli, Milano 1988.

Dreifus C. Combattere il male riconoscendo che appartiene alla natura umana, New York Times, 16/4/2007 (allegato a "La Repubblica").

Cohn J, Sugar JA. Determinants of life in institution: perceptions of frail older residents, staff and families. In: Birren J. The concept and the measurement of quality of life in the frail elderly, Academic Press Inc., 1991.

Gineste Y, Pellisier J. Humanitude. Comprendre la vielliesse, prendre soin des homes vieux, Armand Colin, Paris 2007.

Good B. Narrare la malattia, Edizioni di Comunità, Torino 1999.

Ploton L. La persona anziana, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.

Sennett R. Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali, Il Mulino, Bologna 2004.

Tognoni G. Premessa. Un quadro di riferimento. In: Kuhse H. Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera, Edizioni di Comunità, Torino 2000.

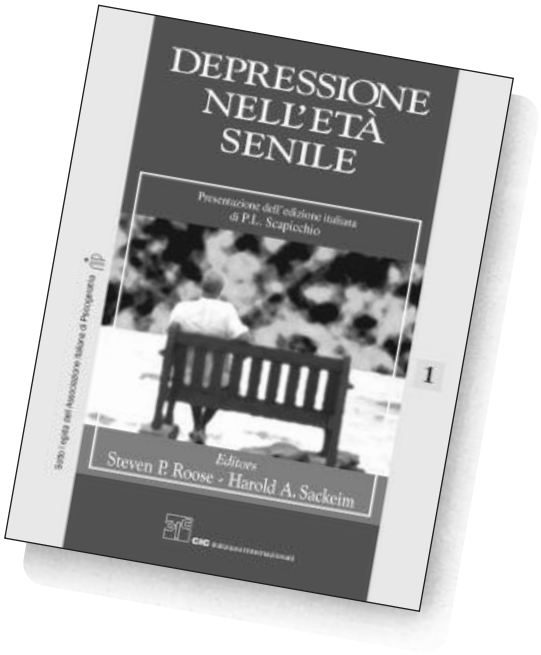
S.P. Roose, H.A. Sackeim

DEPRESSIONE NELL'ETÀ SENILE

Presentazione dell'edizione italiana di Pier Luigi Scapicchio

Sotto l'egida dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria

Volume cartonato di 448 pagine
f.to cm 22×28
€ 60,00



CIC Edizioni Internazionali

Corsi di ginnastica: un "benefit" per sostenere e valorizzare il volontariato

Renzo Bagarolo

Piccolo Cottolengo di Don Orione, Milano

PREMESSA

Il Piccolo Cottolengo di Don Orione di Milano è una struttura multiservizi di 306 posti letto, integrata nel tessuto urbano cittadino, composta da una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di 200 posti, di cui 40 di Nucleo Alzheimer, una Residenza Sanitaria per Disabili adulti (RSD) di 72 posti, una Comunità socio sanitaria per disabili (CSS) di 10 posti, un servizio di riabilitazione con degenza di 24 posti ed un servizio ambulatoriale (circa 10.000 prestazioni).
L'attività di volontariato è tradizionalmente presente e viva all'interno dell'istituto e, negli anni, si è strutturata dando vita all'associazione del Movimento Volontari Orionino (MOV).
Per dare un'idea dell'importanza anche numerica di questa realtà, al 30 giugno 2006 erano operativi (iscritti annuali) 271 volontari, di cui 175 adulti e 20 giovani coinvolti in attività a stretto contatto con le persone accolte; altri 76 volontari erano coinvolti in attività di supporto non a diretto contatto con le persone come Servizi Generali, Banco Benefico, Centro Culturale Don Orione.
Consapevole di questo "valore", la Direzione ha intrapreso dal 2002 un progetto di promozione, sostegno e valorizzazione dell'attività di volontariato che si è sviluppata in tre fasi:

1. Riordino dell'attività di volontariato in integrazione con le trasformazioni in atto nella struttura con incontri, ridefinizione dell'operato del volontario, e definizione di modalità di comportamento tramite semplici Linee guida per l'attività di volontariato in istituto.
2. Formazione dei volontari, molti in età adulta/anziana, tramite corsi di educazione alla salute con un approccio geragogico.
3. Sostegno ai volontari con corsi di attività motoria come "benefit" loro dedicato a riconoscimento dell'attività svolta e come promozione della salute, tramite la prevenzione alla disabilità e la conservazione della riserva funzionale.

La promozione dell'attività motoria è stata quindi la conclusione di un percorso di formazione ed insieme l'inizio di una nuova fase di consapevolezza del ruolo e della funzione del volontario.
I corsi di ginnastica sono stati intrapresi sperimentalmente a piccoli gruppi nell'anno sociale di volontariato 2004/2005 e sono proseguiti nell'anno 2006 in modo più strutturato; da quattro anni sono seguiti con assiduità da circa 35 persone.

METODI E STRUMENTI

I corsi hanno inizio tutti gli anni a ottobre/novembre e terminano a maggio/giugno; vengono tenuti al pomeriggio, due volte la settimana, presso una delle palestre dell'istituto; nei primi due anni sono stati avviati due corsi con gruppi di 15/18 persone; dal 2007 i gruppi sono tre, composti da circa 12 persone.
Il corso di attività motoria è tenuto da terapisti della riabilitazione secondo i criteri di sicurezza ed efficacia di attività fisica adattata a basso impegno, come suggerito dalla cultura gerontologica; viene svolta ogni anno una valutazione medica preliminare dove vengono rilevati alcuni dati anamnestici (ad esempio, farmaci, patologie, ricoveri), somministrate scale per l'autonomia (IADL), misurati alcuni semplici parametri vitali (Pressione Arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione O2) e le persone valutate con un semplice test di prestazione (…); al termine del corso vie-

Tabella 1 - *Caratteristiche del campione.*

Variabile	Casi	Minimo	Massimo	Media	Dev. Stand
Età	45	50	84	67,18	8,19
Scolarità	42	5	17	9,95	3,10
Qualità di Vita	45	0	10	7,17	2,28
IADL	45	7	8	7,98	0,14
Equilibrio	44	2	4	3,84	0,47
Cammino	44	1	4	2,25	0,99
Trasferimento	44	1	4	2,50	0,98
Performance	44	4	12	8,64	1,75

ne organizzato un incontro conviviale con consegna di un attestato di partecipazione.
In questi anni questa modalità ha trovato elevato gradimento nei volontari coinvolti; stiamo valutando, sperimentalmente, anche i risultati in termini di attività di prevenzione alla disabilità, e riteniamo che possa essere proposta come modello di intervento preventivo per la popolazione anziana autonoma generale, come l'ampia letteratura nazionale e internazionale suggerisce.

Caratteristiche del campione

Hanno accettato di sottoporsi a valutazione la maggior parte delle persone che hanno frequentato i corsi nel primo anno sperimentale (2005, 38 persone) e nel secondo anno (2006, 32 persone), per un numero complessivo di 45 persone, prevalentemente donne 42 (93,3%). Come si può notare dai dati riportati in tabella, è un gruppo di anziani giovani, con discreto livello di scolarità, una autonomia conservata anche nelle attività strumentali, un giudizio più che soddisfacente della propria qualità di vita, ma un test di "performance" che segnala una riduzione della riserva di funzione (cut off ≤ 9) e una suscettibilità alla perdita di autonomia.
Relativamente agli aspetti sociali, per il 46,7% le persone vivono sole, ma escono di casa più volte al giorno (84,4%); un buon numero di persone aveva già sperimentato qualche forma di attività motoria organizzata (86,6%); il ricorso alle cure mediche è mensile solo nel 13,3% dei casi, mentre nella restante parte di persone è trimestrale o annuale. A fronte di un giudizio lusinghiero della qualità di vita e dello stato di benessere, il 31,1% delle persone riferisce una qualche forma di sofferenza fisica moderata o grave, ed il 22,2% un disturbo della sfera emotiva moderata o grave, ma tutto ciò non influisce sul livello di attività e/o autonomia (il 95,6% riferisce "nessun problema" nelle attività quotidiane).

Discussione

L'indagine condotta sui nostri volontari anziani autonomi conferma quanto acquisito ormai da anni in ambito gerontologico: vale a dire che la percezione dello stato di salute e benessere è correlata allo stato di autonomia e/o dipendenza delle persone. L'iniziativa di associare l'attività di volontariato e di prevenzione alla disabilità, tramite corsi di attività motoria, ci è sembrato un buon modo per arricchire e valorizzare il contributo ed il ruolo del volontariato già presente nel nostro istituto; inoltre, tale intervento, a nostro avviso, completa l'azione preventiva di "compressione della disabilità" che un'attività sociale significativa, come quella di volontariato, può rivestire. Per questo motivo le persone che assiduamente frequentano i corsi saranno rivalutate a distanza di 2-3 anni per verificare l'efficacia dell'intervento.
Infine, questa iniziativa ci ha permesso di motivare e "fidelizzare" ulteriormente le persone che svolgono il volontariato in struttura, facendo leva sull'idea, un poco egoistica ma efficace, che aiutare gli altri aiuta anche se stessi.

Conclusione

Farsi carico della cura delle persone "fragili" o disabili, sia adulte che anziane, significa confrontarsi spesso con il limite delle risorse rispetto ai bisogni espressi; come operatori coinvolti, a diverso titolo, nei servizi, facciamo frequentemente l'errore di ridurre la ricognizione delle risorse umane e materiali disponibili a quelle "formali": così facendo rischiamo di non considerare la ricchezza rappresentata dall'attività di volontariato e le potenzialità insite nello spirito di solidarietà e carità che lo promuove.
L'attività di volontariato nel nostro istituto contribuisce in maniera importante a mantenere viva la "mission" del fondatore, attraverso lo spirito di gratuità e solidarietà che sostiene e motiva costantemente i volontari, ma soprattutto rappresenta una risorsa ed un "valore aggiunto" nel garantire la qualità di vita delle persone accolte, tramite l'azione di sostegno e l'accompagnamento quotidiano, integrata e coordinata con le attività di cura formale.
Sostenere in modo concreto e finalizzato l'attività di volontariato, come abbiamo fatto in questi anni, anche se con fatica, ci ha permesso di attivare e valorizzare risorse umane e competenze non altrimenti reperibili.

Bibliografia consigliata

Bagarolo R, Guaita A, Milani M, Bertoni I, Lanza C. Tests di "performance" in anziani autonomi. Giornale di Gerontologia 1997;vol. XVL(1):1-2.

Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, Leveille SG, Markides KS, Ostir GV et al. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000; 55:M221-M31.

***

ALLEGATO 1

LINEE GUIDA PER I VOLONTARI

Premessa

Il volontariato è una ricchezza per tutta la società, ed in particolare una risorsa del Piccolo Cottolengo di Don Orione: la dedizione che tutti i volontari dimostrano nel fare è encomiabile ed è coerente con l'opera intrapresa da Don Orione.
L'attività che il gruppo di volontari del movimento orionino (MOV) da decenni svolge all'interno dell'istituto è un apporto prezioso che, insieme all'impegno di molti operatori, ha permesso una vita dignitosa e spesso serena a molti ospiti.
L'attività si è espressa in questi anni con modalità di aiuto e assistenza diretta, oltre che con "l'affiancamento" e "l'accompagnamento" degli ospiti in molte fasi della loro vita in istituto.
Oggi è necessario un ripensamento del modo di fare volontariato anche sulla base delle nuove normative e delle modifiche organizzative a cui sono sottoposti i servizi alla persona.
Personale più preparato e, in buona parte, crediamo, motivato, è coinvolto nell'assistenza professionale agli ospiti, apportando competenza e continuità di cure. Le risposte che gli operatori possono dare sono comunque in misura ridotta rispetto alla quantità enorme di bisogni espressi e non espressi degli ospiti.
Grande spazio può trovare quindi il volontariato nel rispondere ai bisogni degli ospiti in una "alleanza" di intenti a fianco degli operatori.
Si può ripensare quindi al ruolo e alle attività del volontario come di chi solo in minima parte risponde ai bisogni primari (ad esempio, imboccamento, idratazione, accompagnamento, ecc.) degli ospiti per dedicarsi a quei momenti della vita a volte meno presidiati dalle cure di base come: relazione, socializzazione, animazione, ecc.

LINEE GUIDA

Tracciando delle linee guida di riferimento per l'attività del volontario all'interno dell'istituto si possono individuare due aree di intervento:
1. Attività rivolte direttamente alle persone;
2. Attività rivolte a servizi di cui indirettamente usufruiscono le persone.

1. Volontariato con persone: le attività possono riguardare o *aspetti della cura* (aiuto all'assunzione del pasto e imboccamento, idratazione) oppure *aspetti della vita quotidiana* (momenti di socializzazione con singoli o piccoli gruppi, uscite dal reparto e dall'istituto, animazione, ecc.).
Tutti gli interventi rivolti direttamente alle persone devono essere coordinati e concordati con le figure di riferimento di nucleo: coordinatori di reparto, referenti di nucleo e infermieri in particolare per gli *aspetti delle cure*, educatori ed animatori per gli aspetti più *specifici della vita* (relazione, socializzazione e aiuto nell'animazione), in caso di difficoltà a contattare queste figure rimangono di riferimento il coordinatore di reparto ed il referente di nucleo.

2. Volontariato di servizio: le attività di aiuto presso servizi di cui solo indirettamente usufruiscono le persone (ad esempio, guardaroba, servizi socio sanitari di supporto, ecc.) possono continuare a seguire le procedure di organizzazione disciplinate tramite accordi diretti con i responsabili del servizio o le religiose. Ricordando che, se tali attività vengono svolte nei nuclei di degenza, devono essere concordate anche con il coordinatore di reparto.
Il rispetto di buone modalità di rapporto fra operatori e volontari è fondamentale per instaurare quella "alleanza" di intenti che ha come obiettivo ultimo il bene dell'ospite, e sono di aiuto per un operare sereno da parte di tutti, pur nel rispetto di responsabilità e competenze.
La comunicazione continua fra operatori e volontari diventa fondamentale per la riuscita del "lavoro" di accompagnamento che ci vede coinvolti: un ruolo fondamentale può essere svolto in questo senso dai *volontari capi-gruppo* di nucleo che possono diventare il punto di riferimento per operatori e volontari.
Tali figure sono, inoltre, il punto di riferimento per comunicazioni urgenti in entrambi i sensi, sia dall'istituto verso i volontari, che viceversa (ad esempio, rischi per la salute per ospiti o volontari).
Sono auspicabili incontri periodici (ad esempio, una o due volte all'anno) dei volontari di ogni nucleo con il coordinatore ed il referente di nucleo (incontri in genere da questi proposti, ma che possono essere richiesti dai volontari capi-gruppo) per impostare e verificare le attività e per migliorare continuamente le sinergie.
Infine, sarà impegno del Piccolo Cottolengo di Don Orione, attraverso la propria equipe di formazione, promuovere e sostenere nel corso dell'anno sociale incontri formativi per i volontari.

***

ALLEGATO 2

"EDUCARSI alla SALUTE... per il proprio benessere e di chi si aiuta"

Ciclo di 3 incontri di 2 ore ciascuno da tenersi il pomeriggio presso la sala Don STERPI dalle 15.30 alle 17.30.
Gli incontri saranno tenuti dal Direttore Sanitario; l'introduzione al corso sarà tenuta dal Direttore Generale del Piccolo Cottolengo Don Orione di Milano.

Argomenti trattati

1° incontro
Introduzione; Senso della gratuità del "dono" del proprio tempo; "Assistenza"e Benessere: come cambia il significato delle cure; Le Urgenze ed Emergenze.

2° incontro
Alimentazione; I problemi della deglutizione (la disfagia per i liquidi ed i solidi); I problemi dell'alvo (la stipsi).

3° incontro
Movimento; L'attività motoria come "farmaco" e "significato"; L'attività anche quando il movimento non è possibile.

***

ALLEGATO 3

CORSO DI GINNASTICA DOLCE - PROPOSTA PER GRUPPO VOLONTARI MOV

Introduzione

Oggi si considera la vita costituita da quattro età. La prima l'età della formazione, la seconda del lavoro, la terza del riposo, la quarta della cura. La terza età è anche quella dove spesso si ha più disponibilità di tempo, esperienza e salute (inteso come benessere generale). La salute e l'autonomia sono condizioni che occorre conservare il più a lungo possibile, e l'educazione sanitaria, intesa come educazione alla salute, ha dimostrato in ciò la sua efficacia.
Il ciclo di incontri organizzato tra Maggio e Giugno di quest'anno ha avuto lo specifico obiettivo di contribuire a modificare gli atteggiamenti (ciò che si pensa) ma diversa cosa è agire sul comportamento (ciò che si fa).
Questa proposta di Corso di Ginnastica Dolce ha proprio l'obiettivo di agire anche sul comportamento in modo tale che, una volta informati che la sedentarietà è da evitare (atteggiamento), occorre incentivare la vita attiva sia sul piano motorio e delle relazioni sociali (comportamento).

Modalità

L'attività potrà essere condotta con un Terapista della Riabilitazione dell'istituto, presso la palestra di Fisioterapia, da Ottobre/Novembre a Maggio, due volte settimana (ad esempio, martedì e giovedì), il pomeriggio in orari da concordare.
A integrazione della attività si prevede una valutazione con un breve questionario ed un breve e semplice test di misura delle abilità motorie.

***

ALLEGATO 4

SCHEDA PERSONALE GINNASTICA (MOV)

Cognome ..... Nome ..... Sesso: M F

Data di nascita ..... Indirizzo .....

Recapito telefonico ..... Età compiuta ..... Scolarità (in anni) .....

Vive sola/o: Sì No

Ha frequentato corsi di ginnastica in passato: Sì No

Frequenza con cui è uscita/o di casa negli ultimi 6 mesi?

1. Più volte al giorno
2. Una volta al giorno
3. Più volte settimana
4. Una volta settimana
5. Una volta mese
6. Mai

Frequenza con cui ha consultato il medico nell'ultimo anno?

1. Almeno una volta
2. Circa ogni 3 mesi
3. Circa una volta mese
4. Ogni settimana

QUESTIONARIO QUALITÀ DI VITA E SALUTE

Segnate con una X l'intensità che meglio descrive come vi siete sentiti durante la settimana passata rispetto a:

SOFFERENZA FISICA: mal di testa, dolore al petto, dolore articolare, dolore alla schiena, nausea o vomito, mancanza di fiato, vertigini, prurito (barrare il problema se ne avete sofferto).

Assente:	la sofferenza fisica è raramente o mai un problema
Lieve:	un problema piuttosto noioso ma che generalmente se ne va da sé
Moderata:	qualche problema fastidioso che crea sofferenza
Grave:	un problema gravemente disturbante che crea sofferenza

EMOTIVITÀ: sentimento di felicità o tristezza, tranquillità o agitazione, difficoltà ad alzarsi la mattina.

Assente:	l'emotività e la visione della vita sono raramente o mai un problema
Lieve:	un problema piuttosto fastidioso che crea malumore e scoraggiamento
Moderata:	qualche problema fastidioso con depressione e agitazione
Grave:	un problema gravemente disturbante con depressione e agitazione

ATTIVITÀ QUOTIDIANE: attività o passatempi piacevoli, fare cose con amici o famigliari, e attività di cura personale così come: lavarsi, vestirsi, mangiare, toilette.

Assente:	le attività quotidiane sono raramente o mai un problema
Lieve:	un problema piuttosto fastidioso con iniziale limitazione nelle attività
Moderata:	qualche problema fastidioso con riduzione delle attività
Grave:	un problema gravemente disturbante con riduzione delle attività

NELL'ULTIMA SETTIMANA COME VALUTA LA SUA QUALITÀ DI VITA (faccia un cerchio sul numero corrispondente)

☹ 😐 ☺

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Peggiore qualità di vita possibile — A metà fra Peggiore e Migliore — Migliore qualità di vita possibile

Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL)

ABILITÀ AD USARE IL TELEFONO
1 Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero telefonico e lo compone.
1 Compone solo pochi numeri ben conosciuti.
1 Risponde al telefono, ma non compone i numeri.
0 È incapace di usare il telefono.

FARE LA SPESA
1 Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma.
0 È capace di effettuare solo pochi acquisti.
0 Ha bisogno di essere accompagnato per qualsiasi tipo di acquisto.
0 È completamente incapace di fare la spesa.

PREPARARE I PASTI
1 Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma.
0 Prepara i pasti solo se gli si forniscono tutti gli ingredienti.
0 È in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata.
0 Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito.

CURA DELLA CASA
1 Riesce a occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti.
1 Riesce a effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto, ecc.
1 Riesce a effettuare lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia.
0 Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie di casa.
0 È completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica.

FARE IL BUCATO
1 Lava tutta la propria biancheria.
1 Lava solo i piccoli indumenti.
0 Tutto il bucato deve essere fatto da altri.

SPOSTAMENTI FUORI CASA
1 Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile.
1 Fa uso di taxi, ma non è capace di usare mezzi pubblici.
1 Viaggia sui mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato.
0 Viaggia in macchina o in taxi quando è assistito o accompagnato da altri.
0 Non può viaggiare affatto.

ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI
1 È capace di assumere correttamente le medicine.
0 È capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate e separate.
0 È incapace di assumere da solo le medicine.

USO DEL PROPRIO DENARO
1 Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca), controlla le proprie entrate.
1 Provvede alle spese e ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese, ecc.).
0 È incapace di maneggiare il denaro in modo proprio.

PUNTEGGIO (Funzioni perse n……)

TERAPIA FARMACOLOGICA in corso (indicare farmaci in uso nell'ultima settimana e la posologia, compresi farmaci lassativi e per indurre il sonno)

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

PARAMETRI RILEVATI

Pressione arteriosa (mmhg)	Frequenza cardiaca (b/m)
Saturazione O2 (%)	Altro
NOTE:	

TEST PERFORMANCE (Guralnik et al., 2000)

STANDING		CAMMINO		SEDIA		TOTALE PUNTEGGIO
Tempo	Punteggio	Tempo	Punteggio	Punteggio	Tempo	

Data .....

La persona che invecchia nella religione ebraica, cristiana e islamica

(dal libro AA.VV. La persona che invecchia nella religione ebraica, cristiana e islamica. Simposio inter-religioso a conclusione del 50° Congresso SIGG. Pisa, Pacini Editore 2008)

Chi legge queste pagine viene colpito dal livello di cultura teologica e storica che le caratterizza; chi è abituato alla concretezza della cultura tecnico-scientifica resta ammirato dalla profondità degli scritti, che induce sempre più a convincere che la persona è costruita attorno al suo corpo e alla sua mente, in un rapporto strettissimo. E che per curare non si può dimenticare nessuna delle sue parti: nella tradizione geriatrica vi è sempre stata un'attenzione alla dimensione verticale dell'uomo, che la multidimensionalità, della quale siamo esperti, non può trascurare al fine di un'assistenza più efficace.
La ricerca del senso della vita è un passaggio delicatissimo, per evitare la disperazione dell'anima nel vecchio ed il pessimismo (premessa dell'abbandono) da parte dei curanti (siano essi familiari, caregiver informali, operatori socio-sanitari). Chi ha la fede è facilitato nella ricerca di senso, perché Dio è un riferimento forte, un punto di arrivo, ed anche un punto di riposo per chi è tribolato a causa delle difficili circostanze della vita. Quindi, pur senza negare la possibilità per tutti – credenti e non credenti – di riempire di significati un'esperienza di difficoltà e di dolore, chi ha avuto il dono della fede è in qualche modo facilitato, ma per questo più responsabile di fronte al fratello. È proprio nell'assunzione aprioristica di responsabilità verso il fratello che trova la sua logica l'atto di cura, anche quando potrebbe sembrare particolarmente difficile, apparentemente senza speranza. Ma la responsabilità per il fratello dà senso anche a chi è vecchio e ammalato, perché mai questi sarà così compromesso da non poter esercitare – anche solo con la preghiera per l'altro – un momento di responsabilità, in una logica di prendersi in carico le sue difficoltà e sofferenze. Ciò vale anche quando la persona fosse colpita da una grave compromissione delle funzioni cognitive, perché viene a trovarsi al centro di una serie di atti di responsabilità che danno senso alla sua vita, proprio perché l'altro dona -attraverso l'atto di attenzione- un significato che sovrasta le mille difficoltà di una vita di sofferenze e potrebbe da taluno essere ritenuta priva di valore autonomo. È un'alleanza tra uomini e donne benedetta dal Dio dell'Universo.
Infine queste pagine ci parlano dell'universalità del concetto di carità, in ogni cultura ed in ogni religione. Il modello di una medicina dominata dall'ideologia tecnologica, che risolve ogni problema clinico attraverso l'intervento delle macchine, dietro le quali l'uomo perde la capacità di rapporto con l'altro uomo, è stato sconfitto dall'impossibilità di affrontare le malattie croniche nella logica del prendersi cura, che significa lenire la sofferenza, controllare i sintomi, accompagnare nelle difficoltà, anche se non si raggiunge la guarigione. Se il rapporto di lunga durata che così si instaura non è caratterizzato da un atteggiamento di vicinanza umana – anche da parte degli operatori sanitari – non si ottengono i risultati attesi. L'atteggiamento di comprensione e compassione (che potrebbe essere anche chiamato di carità nel senso più alto) non è un' appendice volontaristica dell'atto di cura, ma strutturale e necessario. Chi aveva ipotizzato in medicina la fine del rapporto tra le persone, travolto dalla tecnologia, si era dimenticato del monito "i poveri saranno sempre in mezzo a voi". La carità sarà sempre, in qualsiasi luogo del mondo, e mediata attraverso qualsiasi cultura, un indispensabile strumento di coesione umana e quindi, tanto più, di cura delle persone fragili.
L'attenzione verso la persona che invecchia deve sempre essere accompagnata da una lettura non parziale del suo essere nel mondo. Solo così l'atto di cura diviene davvero efficace e la speranza non è travolta dalle difficoltà della vita.

Recensione a cura della redazione

I luoghi della cura

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Un periodico scientifico-professionale, che affronta gli argomenti più rilevanti riguardanti l'assistenza alla persona anziana nelle diverse condizioni di vita, in particolare quando il bisogno rende necessario un supporto organizzato.

DIREZIONE SCIENTIFICA
Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

COMITATO EDITORIALE
Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Renato Bottura, Gianna Carella, Antonietta Carusone, Francesca Castelletti, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Raffaele Latella, Luisa Lomazzi, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

A B B O N A T E V I

Abbonamento annuo (4 numeri) ***€ 10.00***

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - C.so Trieste 42 - 00198 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppocic.it

Nome .....

Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... CAP .....

E-mail .....

☐ Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

☐ Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

☐ Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

☐ Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00 sulla mia Carta di Credito

☐ **VISA** ☐ **AMERICAN EXPRESS** ☐ **DINERS CLUB** ☐ **EUROCARD** ☐ **MASTER CARD**

N° Carta |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data di scadenza |_|_|_|_|

Dlgs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma .....

LINEA IGIENE TENA
Un'attenzione speciale per una pelle speciale

La pelle è un organo sorprendente. Ma dopo anni di intenso lavoro, ha bisogno di un aiuto per mantenersi sana, specialmente in presenza d'incontinenza. Ed è proprio qui che interviene la linea igiene TENA, specifica per l'igiene intima, che grazie ai suoi prodotti 3-in-1 deterge, idrata e protegge anche le pelli più delicate e fragili. Il risultato finale? Una pelle più sana e ospiti più sereni… e la gratitudine di Madre Natura.

TENA | L'assistenza migliore ad un costo totale minore

www.tena.IT | infotena.it@sca.com | Tel +39 0331 443811 | Fax +39 0331 443881

TENA