

IL PROGETTO “ARCO DELLA VITA”



PRESENTAZIONE

Credere nelle risorse umane

Dal “tessuto sociale” al “sincizio sociale”

con “sguardo antropologico”

Relatori:

Rosanna Vagge

Maria Grazia Sbarboro

Premessa

E' sufficiente navigare su internet per pochi minuti per rendersi conto dell'infinità di progetti promossi dall'OMS, dalla Commissione Europea, dalle Nazioni e dalle Regioni sul tema dell'invecchiamento della popolazione.

Il perché è evidente: " ... in un futuro ormai prossimo, l'invecchiamento della popolazione costringerà i Paesi dell'Europa a far fronte a un'emergenza di dimensioni solo in parte prevedibili..." (A. Drusini, Antropologo dell'Università di Padova durante una conferenza A.V.O. nell' ottobre 2000).

Nell'anno 1995, in Italia, i valori relativi all'aspettativa media di vita alla nascita erano di 74,7 anni per l'uomo e di 81,3 per la donna. Si prevede che per l'anno 2020 gli ultraottantenni costituiranno il 6% della popolazione totale e il 20,7% della popolazione di età superiore ai 60 anni.

La nostra Regione è tra le più vecchie d'Italia, il numero di pensionati è altissimo ed è innegabile che la crisi economica di questi ultimi anni, abbia costretto istituzioni e persone a "tirare la cinghia". Quando "non si arriva alla fine del mese", bisogna pensare a sopravvivere, altro che alla qualità della vita e i sacrifici negli anziani hanno sicuramente un peso maggiore.

Ecco quindi attuarsi il circolo vizioso: le difficoltà conducono allo sconforto e ci si ammala più facilmente, allora si ricorre alla pillola, almeno quella è mutuabile, e poi sorgono altri problemi e si aggiungono pillole e pillole su pillole, cresce la disabilità, l'isolamento, la necessità di istituzionalizzazione e lievita così la spesa sia individuale che dell'intera società.

Si sopravvive, magari, anche a lungo, merito della scienza e delle tecnologie, ma siamo proprio sicuri di volere questo ?

E di questo passo, fino a quando lo stato sociale sarà in grado di mantenere gli aiuti alle famiglie nella fornitura dei presidi, nel contributo al pagamento della retta delle strutture residenziali e quant'altro?

Dagli studi di ricerca sull'invecchiamento in corso da parecchi anni (Excelsa, progetto Anchise ecc.) emerge chiaramente che le strategie sanitarie dovranno sempre più essere ispirate al principio di prevenzione e quindi avere, nei confronti del mondo della persona anziana, un approccio di tipo olistico. In parole povere, non sarà possibile dare tutto a tutti, ma bisognerà decidere "che cosa" dare e "a chi".

Emerge altresì chiaramente che, se da un lato l'allungamento della vita è indubbiamente legato ai progressi della scienza medica, dall'altro l'aderenza ai protocolli clinici e epidemiologici non garantisce la distinzione tra l'invecchiamento normale e quello patologico e tanto meno ci permette di capire perché alcuni individui invecchiano meglio di altri.

E' evidente agli occhi di tutti che la motivazione, la voglia di vivere e la serenità che ne consegue, non sono correlabili con la normalità dei parametri laboratoristici o strumentali, considerati espressione di un buon stato di salute fisica. Si sa inoltre che la terapia farmacologica, nonostante i notevoli investimenti dell'industria, ha apportato ben pochi vantaggi agli anziani con decadimento cognitivo e progressiva perdita dell'autosufficienza, non riuscendo né a rallentarne l'evoluzione, né a controllare i disturbi comportamentali e soprattutto la sofferenza psicologica. Tutto ciò a fronte di ingenti costi sanitari.

Medici, biologi, antropologi, sociologi, psicologi, politici, amministratori , associazioni di volontariato, all'unisono, declamano a gran voce la necessità di affrontare l'emergente e complessa situazione non solo da un punto di vista biologico –sanitario, ma anche da un punto di vista umanistico e culturale.

Antonio Guerci, antropologo dell'Università di Genova, nel corso di una conferenza sull'invecchiamento, svoltasi a Chiavari nel maggio scorso, ha sottolineato " ... quanto sia inquietante osservare che le conoscenze attorno all'invecchiamento evolvono assai più rapidamente sul versante delle scienze medico-biologiche e tecnologiche rispetto a quello delle scienze umane e sociali. Arriveremo tra breve alla contraddizione che vedrà la medicina e l'ingegneria genetica capaci di ritardare la senescenza, allorché le scienze sociali saranno incapaci di proporre dei modelli di organizzazione collettiva che permettano di accogliere degnamente gli anziani, di offrire loro un ruolo e una utilità sociale.

E' indubbio quindi che il problema prioritario riguarda l'organizzazione sociale e la messa in opera di politiche delle età che assicurino a tutte le generazioni delle condizioni d'esistenza degne e dei ruoli riconosciuti compatibili con le loro capacità e i loro bisogni, senza discriminazioni né esclusioni.

Da qui il concetto di "arco della vita".

Dall'arco della vita alle solidarietà intergenerazionali il passaggio è d'obbligo."

E sono forti le sue parole quando aggiunge: "Nel contesto sociale attuale, ove il segmento anziano della popolazione conosce una rapida espansione e dove quattro generazioni coabitano sempre più abitualmente, la separazione tra le età della vita non sembra dipendere dalle necessità demografiche e ancora meno dal buon senso, essa è piuttosto dovuta alla semplificazione analitica e assai futile delle logiche strategiche del marketing. La "dittatura del mercato", articolata secondo dei fittizi bisogni generazionali distinti e stereotipati, è divenuta da strategia di mercato un succedaneo culturale. La visione della vita parcellizzata in nicchie generazionali ha trovato nei media dei partner formidabili che l'hanno diffusa senza difficoltà alcuna in una società in piena crisi identitaria..."

Questa preoccupazione non può essere altro che condivisibile..

Non si tratta di criticare l'una o l'altra forma di organizzazione sociale, né di aggiungere modelli innovativi che spaziano dalla riabilitazione motoria a quelli psicoattitudinali, della comunicazione e dell'espressività, offerti (a costi elevati) da professionisti della materia, ma di constatare come sia difficile oggi, aggrovigliati in una matassa di leggi, disposizioni, regole, protocolli e per di più con scarse risorse economiche, cercare, ognuno per la propria piccola realtà, quella sorta di equilibrio, tra ciò che era una volta e ciò che è adesso in modo da permettere la convivenza di giovani e anziani, ma soprattutto la conoscenza e la comprensione degli uni e degli altri, senza le quali viene meno la solidarietà e ne deriva isolamento e emarginazione (e non solo degli anziani). Oggi dobbiamo contare tutto e fare i conti con tutto e tutti: bisogna certificare, regolamentare, omogeneizzare, omologare ecc. ecc. E così anche le intenzioni più benevole vengono sminuzzate in tanti piccoli frammenti che, nel loro complesso, sono tutti egualmente utili, adeguati, opportuni, ma è come se si volesse costruire un puzzle di migliaia di pezzi avendo perso il coperchio della scatola che riporta il disegno d'insieme.

Con la nascita dell'epidemiologia, avvenuta negli anni 50, grazie allo sviluppo di sistemi informatici sempre più potenti, più rapidi e meno costosi, gli scienziati hanno cominciato ad analizzare le informazioni ricavate da ampie popolazioni e a mettere a confronto i dati riguardanti sani e ammalati, uomini e donne, giovani e anziani, dividendo la popolazione in gruppi definiti omogenei per certe caratteristiche.

E' stato quindi introdotto il concetto di fattore di rischio, una condizione che si osserva con maggior frequenza tra gli ammalati che tra i non ammalati, tra gli anziani rispetto ai giovani, insomma in un gruppo piuttosto che in un altro. Oggi la letteratura internazionale è in grado di definire innumerevoli fattori di rischio e di proporre rimedi specifici per ognuno (farmaci, strumenti, comportamenti ecc.) tutti rigorosamente testati con la metodologia moderna e cioè scientificamente provati come efficaci su una ampia popolazione.

Le strategie politiche di prevenzione di massa promosse dall'OMS e recepite dai vari paesi fondano infatti le loro scelte sulla cosiddetta Evidence Based Medicine, cioè sulla medicina basata sulle prove di efficacia.

Ma siamo proprio sicuri che le decisioni sul tema generale della salute e del ben- essere debbano basarsi sempre e solo sui grandi dati?

E siamo sicuri che i benefici di una cura, o di un dato comportamento ottenuti su un'intera popolazione, si possano ottenere anche sul singolo individuo?

Se ciò fosse, il parere del proprio medico e quello degli altri specialisti si ridurrebbe ad avere una valenza esclusivamente tecnica, legata alla conoscenza degli eventi, piuttosto che alla conoscenza dell'essere umano.

Sarebbe sufficiente un programma informatico (e già ne esistono) che permettesse ai singoli professionisti di introdurre i dati (che la ricerca provvederà a rendere sempre più numerosi e definiti) per ottenere delle risposte precise, statisticamente validate.

E' probabile che un tale comportamento conduca ad un prolungamento della vita, riduca l'incidenza di eventi importanti, ma è altrettanto probabile, se non certo, che ogni trattamento si

porta appresso inconvenienti che devono essere attentamente valutati dal singolo soggetto o da chi si prende in carico la tutela della sua salute.

La percezione che ogni individuo ha del rischio è in parte dovuta a un vissuto personale ed in parte ad attitudini soggettive, come recita Marco Bobbio, Primario Cardiologo dell'Ospedale di Cuneo , nel suo libro " *Il malato immaginato*". Come sostengono gli psicologi, " *la percezione non è modulata solo dall'azione dello stimolo esterno, ma anche dalla struttura della personalità e dal contesto sociale in cui la percezione avviene*".

La decisione stessa di quale sia il miglior provvedimento da attuarsi nel singolo caso è sempre basata su una complessità di elementi valutativi che non possono prescindere dalla personalità individuale e dal contesto in cui ci troviamo.

Nonostante la vasta letteratura in materia geriatrica, è difficile sfatare alcuni comportamenti che sono divenuti prassi quotidiana, la cui giustificazione è basata su pregiudizi e convinzioni comuni che sono in netta contrapposizione con le evidenze scientifiche e addirittura con la giurisprudenza.

E' dimostrato, ad esempio, che le *contenzioni fisiche* (e tra queste le *sponde al letto*), prescritte per garantire la sicurezza dell'individuo, non la garantiscono affatto, non evitano le cadute e possono provocare a "cascata" conseguenze molto gravi sia sul piano fisico che psicologico, soprattutto nel paziente confuso o demente: agitazione, umiliazione, paura, apatia, deprivazione neuro-sensoriale, morte.

Il ricorso ai mezzi di contenzione , con l'impostazione giurisprudenziale attuale, risulta peraltro *incompatibile* con il principio della *volontarietà del trattamento sanitario*, sancito dalla legge, anche nel "malato di mente" e deve essere considerato l' *extrema ratio* assunta al termine di un processo di valutazione multidimensionale del soggetto. In sintesi l'unica scriminante è lo " Stato di necessità" sancito dall'Art. 54 del C.P.P., situazione difficilmente verificabile in una residenza protetta e comunque accettabile solo per un tempo breve e ben determinato.

Eppure, continuano ad essere redatti protocolli che indicano l'uso della contenzione nelle case di riposo, nelle R.S.A, nei reparti ospedalieri ed è difficile da sfatare la convinzione errata che sia sufficiente la corretta compilazione, da un punto di vista formale, del consenso informato, per legittimarne la consueta applicazione.

Si sa che il *pannolone* risolve solo marginalmente il problema dell'incontinenza e non aiuta affatto al mantenimento dell'autonomia, eppure è tra i primi presidi ad essere rimborsato, al pari dei farmaci cosiddetti " salvavita" e i cambi del pannolone devono essere rigorosamente annotati nelle schede degli operatori delle case di riposo.

In campo più strettamente sanitario, gli studi epidemiologici mostrano una elevata prevalenza di prescrizione inappropriata di farmaci, intendendo con questo termine la prescrizione di farmaci il cui rischio di eventi avversi supera i possibili benefici clinici che raggiunge il suo culmine negli anziani istituzionalizzati, particolarmente nelle RSA (dal 10,5 al 54,7%).

Dati sconcertanti in un momento storico in cui la valutazione del rischio, di tutti i rischi è alla base delle scelte individuali e della intera società, tanto più se si considera che la prescrizione inappropriata di farmaci è la causa principale di aumentata morbilità e maggiore utilizzo dei servizi sanitari, in particolare dell'ospedalizzazione. E' stato stabilito che gli anziani istituzionalizzati, notoriamente affetti da molteplici patologie croniche, assumono in media più di 5 farmaci, ognuno dei quali prescritto per contrastare una specifica malattia o un fattore di rischio.

Questo comune comportamento, ormai consolidato sulla base delle singole evidenze scientifiche, è definito con il termine di " stratificazione geofarmacologica" dalla geriatra, Dr.ssa Marina Botto ed è la causa principale di disabilità negli anziani del mondo occidentale, oltre che determinare un incremento sempre maggiore della spesa sanitaria.

Ivan Illich nel suo libro " *Nemesi medica*" scritto nel 1976, nel capitolo dedicato alla medicalizzazione della vita, scrive quanto segue: " *Quanto più la vecchiaia diventa soggetta a servizi d'assistenza professionale, tanta più gente viene spinta in istituti specializzati per gli anziani, mentre l'ambiente di casa, per quelli che resistono, si fa sempre più inospitale.[...] La trasformazione della vecchiaia in uno stato che richiede assistenza professionale ha condannato gli anziani al ruolo di una minoranza che si sentirà sempre dolorosamente priva del necessario, qualunque sia la posizione di relativo privilegio assicurata dal denaro pubblico. Da vecchi deboli, talvolta miseri e amareggiati dall'abbandono, si tramutano in membri ufficialmente riconosciuti del più triste fra i gruppi di consumatori, quello degli anziani programmati per non ottenere mai abbastanza.*"

Questo concetto che Illich, già oltre 20 anni fa, definisce “*catalogazione medica dell’ultima parte della vita*” è riflesso nell’organizzazione socio-sanitaria delle strutture per anziani.

RIFERIMENTI NORMATIVI

L’evoluzione dei riferimenti normativi relativi alla progettazione delle strutture residenziali per anziani in Liguria è stata piuttosto complessa, partendo dalla L.R. 28/84 relativa alle residenze protette fino al DGR 969/2008 nel quale sono stati rivisti i tempi assistenziali e le tariffe previste dalla DGR 308/2005.

Per la classificazione delle strutture residenziali rivolte ad anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti si fa ancora riferimento a tale delibera che, in relazione ai LEA sanitari e socio-sanitari e al progetto “Mattoni”, le riconduce alle seguenti ampie categorie :

- **strutture sanitarie di cura e recupero:** hanno caratterizzazione *elettivamente sanitaria* anche se svolgono attività funzionali al reinserimento sociale (domicilio o altro);
- **strutture sanitario-assistenziali:** hanno caratterizzazione socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria, che erogano prestazioni di cura e recupero di esiti di co-morbilità o polipatologie o pluridisabilità;
- **strutture protette socio-sanitarie,** la cui caratterizzazione è quella di erogare prestazioni tipiche della lungo assistenza per patologie cronicizzate. Possono rispondere anche ad una funzione di mantenimento;
- **strutture di accoglienza a caratterizzazione sociale-alberghiera,** finalizzate a fornire una residenza a piccoli gruppi, senza particolari forme di protezione e con assistenza sanitaria simile a quella erogata al domicilio.

Tra queste:

Residenza protetta

È una struttura che offre prestazioni residenziali con assistenza sanitaria di medicina generale, assistenza infermieristica, assistenza alberghiera e tutelare, animazione e socializzazione. È rivolta ad anziani con esiti cronicizzati di patologie cognitive o senili, con punteggio AGED da 10 a 16 (non autosufficienti parziali: NAP)

In accordo con l’azienda sanitaria, per le persone che si aggravano e nel caso vi sia un’ opportuna dotazione di personale, può essere esercitata anche la funzione di mantenimento, propria delle RSA di base.

Le **RSA di base** offrono prestazioni terapeutiche di mantenimento funzionale delle abilità, assistenza medica, infermieristica, tutelare, attività rieducative e di animazione ad anziani non autosufficienti e/o cronicizzati e a persone con demenza, che abbiano un punteggio AGED > 16 (non autosufficienti totali: NAT)

Comunità alloggio

È una struttura a carattere comunitario a prevalente accoglienza alberghiera con prestazioni di socializzazione e di sostegno al governo della casa. Offre prestazioni sanitarie equivalenti a quelle erogabili dal Medico di Medicina Generale e dal Distretto Sanitario; il supporto sociale è attuato dal Distretto Sociale. È rivolta ad anziani autosufficienti o con parziale autosufficienza, con punteggio AGED rigorosamente inferiore a 10.

La Fondazione Antonio Morando, dopo gli adeguamenti strutturali e organizzativi, dall’aprile 2009 (L.R. 20/99) ha ottenuto dal Comune di Chiavari, visto il parere favorevole dell’ASL4-Chiavarese l’autorizzazione definitiva al funzionamento come “presidio sanitario Residenza Protetta” per n. 25 posti letto per anziani non autosufficienti totali (con punteggio AGED superiore a 16: NAT)

Ma cosa è in realtà la Fondazione Morando?

Dallo Statuto firmato in data 20 luglio 2005 risulta che, “ ... *in ossequio alle disposizioni di ultima volontà del Sig. Gerolamo Antonio Morando, è stato istituito in Chiavari un Ente di Assistenza e Beneficio Pubblico, sotto il nome di Fondazione Antonio Morando, eretto in ente morale con lo stesso Regio decreto di approvazione dello statuto in data 1942.*

*La Fondazione aveva lo scopo di aprire in Chiavari un **ritiro decoroso** ove trovassero ospitalità, con vitto e alloggio, Signore e Signori del Comune di Chiavari, appartenenti a famiglie agiate o già tali di detta città, di buona condotta e buoni costumi, non affetti da malattie in atto, per cui dovessero essere sottoposti a trattamenti curativi che, per vecchiaia ed altra causa, non fossero più in grado di procacciarsi decoroso impiego ed occupazione e che per il passato loro personale e delle loro famiglie (queste impossibilitate a dare loro aiuto) **fossero andate mal volentieri a cercare ritiro presso altri Enti congeneri costituiti in Chiavari.***

Il numero dei posti gratuiti era stabilito dal Consiglio di Amministrazione in relazione ai mezzi di cui disponeva la Fondazione.[...]”

A seguito dell'evoluzione normativa e del riordino delle Istituzioni Pubbliche, l'Ente di Assistenza e Beneficienza IPAB, con D.G.R. 1552 del 5/12/2003, è stato ricondotto al regime giuridico di diritto privato, con denominazione “Fondazione Antonio Morando” ai sensi della Legge Regionale 1 marzo 1994 n. 8, in ottemperanza al D.L. 4 maggio 2001 n.207 ed ai sensi del decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 6 del 18 marzo 2003 e ss. mm. e ii.

L'art. 2 : Scopi istituzionali dello Statuto recita:

“ La Fondazione Antonio Morando opera senza fini di lucro, ha personalità giuridica di diritto privato, opera con autonomia statutaria e gestionale e persegue scopi di utilità sociale, sempre nel pieno rispetto dei principi morali enunciati dai fondatori.[...]”

L'art. prosegue, mantenendo invariato lo scopo istituzionale , in conformità agli atti originari.

E ancora: “ *Al fine del raggiungimento degli scopi statuari la Fondazione si impegna a:*

- a) gestire una residenza protetta per anziani autosufficienti di sesso femminile e maschile;*
- b) ampliare l'utenza della Residenza Protetta*
- c) istituire un centro diurno o comunità alloggio per anziani;*
- d) rivolgere l'assistenza anche ad anziani provenienti dal circondario, zone limitrofe ed altre regioni.*

Da ciò si evince come sia impossibile conciliare gli scopi statuari della fondazione, la pianificazione del distretto socio sanitario che, in convenzione con l'ASL, ha autorizzato codesto ente a Residenza Protetta per n. 25 ospiti non autosufficienti e la normativa regionale che impone alle Residenze Protette ospiti con solo un grado parziale di non autosufficienza (AGED da 10 a 16). Peraltro la Fondazione ha dovuto far fronte ad impegni economici per adeguare la Residenza ai requisiti strutturali per non autosufficienti totali, togliendo risorse ai numerosi ospiti con scheda Aged inferiore a 10, che sono proprio coloro per i quali la Fondazione è stato istituita.

A questa contraddizione ed ambiguità etico-morale si aggiunge una forzata contrapposizione tra servizio pubblico (la Fondazione è un ex IPAB) e la personalità giuridica di diritto privato che conduce a costi elevati, senza poter usufruire di fondi pubblici.

Il risultato è una sempre maggiore difficoltà a erogare le prestazioni di cui il cittadino anziano ha effettivamente bisogno e di “[...] *perseguire, con autonomia statutaria e gestionale, gli scopi di utilità sociale, nel pieno rispetto dei principi morali enunciati dai fondatori.*”

Attualmente la struttura ospita 25 anziani, di età compresa tra poco più di 70 anni e 101 anni , di cui una buona parte ultranovantenni.

Lo stato di salute degli ospiti è complessivamente buono; alcuni mantengono un grado di autosufficienza pressoché completo e "il ritiro" in casa di riposo è stata una scelta consapevole per non dover rimanere da soli.

La Fondazione è situata nel centro di Chiavari, in stretta vicinanza con l'RSA dell'ASL 4 Chiavarese e con le principali scuole cittadine, elementari, medie, superiori sia pubbliche che private.

Questa privilegiata ubicazione permette all'anziano, con l'aiuto dei familiari e accompagnatori, di uscire frequentemente, godere di passeggiate in centro o nel vicino litorale, fare acquisti, andare a trovare parenti e amici.

Una situazione ideale, apparentemente, eppure qualche problema esiste.

Tra gli ospiti più giovani e i più vecchi la differenza di età è rilevante: 25 anni, più di una generazione. Le esigenze individuali sono quindi diversificate, ma l'organizzazione assistenziale, basata sull'analisi dei bisogni, non può che essere omogeneizzata a favore di chi soffre di maggiore disabilità (per esempio, l'orario dei pasti).

La vita in comunità inevitabilmente limita la libertà individuale e riduce le iniziative personali impedendo agli ospiti più giovani o anche solo più intraprendenti, vuoi per motivi di normativa istituzionale o semplicemente per convenienza generale, di esprimere le proprie potenzialità in campo sociale, culturale, relazionale e creativo. Questo comporta un appiattimento generale, necessariamente verso il basso, della qualità del soggiorno offerto che grava soprattutto su coloro che possono godere di uno stato di benessere maggiore. E questo è un peccato.

In passato era diverso: vi erano meno disposizioni, meno regole, minor formazione specifica degli operatori, minor ricorso a figure professionali come il fisioterapista o l'animatore, ma, in compenso, era più facile accontentare l'uno o l'altro e prendersi cura della persona nella sua globalità con iniziative personali basate sulla esperienza e solidarietà.

Detto in altri termini, siamo proprio sicuri che sia sufficiente l'adeguamento strutturale e funzionale a garantire una vita serena?

I bisogni degli anziani nella loro globalità sono talmente differenti, da caso a caso, dipendendo dalla personalità di ognuno di essi, malato o no, disabile o no, autosufficiente o no, e dalla relazione con gli operatori che è pressoché impossibile identificare dei criteri generali di comportamento.

All'anziano non interessa se compiliamo accuratamente il piano assistenziale individuale secondo la valutazione multidimensionali sancita dalle linee guida, se annotiamo sul diario clinico le variazioni del peso corporeo, le evacuazioni, la temperatura e nemmeno se garantiamo l'animazione e l'attività motoria per le ore settimanali corrispondenti ai parametri di riferimento istituzionali .

L'anziano deve sentirsi utile, considerato, amato e rispettato per quello che è stato, che è, e potrà ancora essere e ha il diritto, che diventa il nostro dovere, di portare a conclusione il suo arco di vita nel modo migliore possibile. L'arco della vita che, come un arcobaleno, ha infiniti colori con infinite sfaccettature, diversi e indistinguibili al tempo stesso. E, come un arcobaleno, solo apparentemente inizia e finisce all'orizzonte.

Come uscire dal circolo vizioso

E' evidente quindi, che, se vogliamo uscire dal circolo vizioso, se vogliamo contenere la spesa economica e, nel contempo, dare all'anziano quello di cui ha bisogno, secondo la sua scala di valori che spesso non corrisponde ai bisogni cosiddetti primari, occorre avvicinarsi al problema in modo diverso, pensare e costruire diversamente l'ambiente, puntare sull'educazione all'ambiente e al cambiamento delle proprie condizioni e abitudini di vita, proporre animazione e "terapia" del tempo libero pensata individualmente.

In altre parole, occorre *promuovere un cambiamento culturale* che deve necessariamente *coinvolgere tutto il personale*, con la consapevolezza di dare inizio ad un percorso, lungo e impegnativo, che non può essere imposto, né schematizzato, né protocollato, dove non esiste ordine gerarchico. Come è possibile protocollare il buon senso, il vissuto, la relazione, la percezione, la sensibilità, l'arte?

Occorre creare, per ogni realtà, un modello organizzativo proprio, che, facendo tesoro di quanto la vasta letteratura in materia ci insegna, **sappia tradurre in termini applicativi queste informazioni e sappia adattare al contesto ed alle esigenze individuali investendo soprattutto sulle risorse umane, nel rispetto dei diritti e delle prerogative inalienabili della persona**, declamati a gran voce da tutte le organizzazioni internazionali, ma, così difficili, da raggiungere nei fatti concreti.

Il cambiamento culturale può essere promosso solo con un lavoro continuo e specifico che sappia convogliare le diversità culturali e formative di ogni operatore e accrescere l'istruzione e le competenze individuali e di gruppo.

Storia della Fondazione Antonio Morando

Negli anni la Fondazione ha sempre aderito, con grandi sforzi economici, alle normative nazionali e regionali adeguandosi di volta in volta agli standard strutturali e organizzativi richiesti. I locali che ospitano la Fondazione sono stati recentemente completamente ristrutturati ed attualmente risultano essere locali all'avanguardia, sia per quanto riguarda le attrezzature sia per quanto riguarda gli arredi.

Rispetto agli spazi esterni, invece, occorre ancora terminare la ristrutturazione ed è stato ritenuto opportuno, visto il tipo di utenza, progettare una parte dello spazio esterno, in particolare quello già dedicato a giardino, come "giardino sensoriale".

La qualità funzionale ed estetica degli spazi, sia chiusi che aperti, ha un ruolo determinante, non soltanto perché supporta lo sviluppo dei programmi terapeutici, ma perché richiama costantemente il valore e l'inviolabilità di ogni persona, riconoscendone la dignità, sia degli ospiti, sia di chi se ne prende cura.

Una struttura per anziani deve proporsi come luogo di vita, in cui realizzare un progetto assistenziale, e deve essere in grado di dare all'ospite e ai suoi familiari l'opportunità di godere di spazi aperti, dove il movimento è senza limiti e pericoli, e dove è possibile ripristinare un contatto con la natura. E' nato così il "giardino sensoriale".

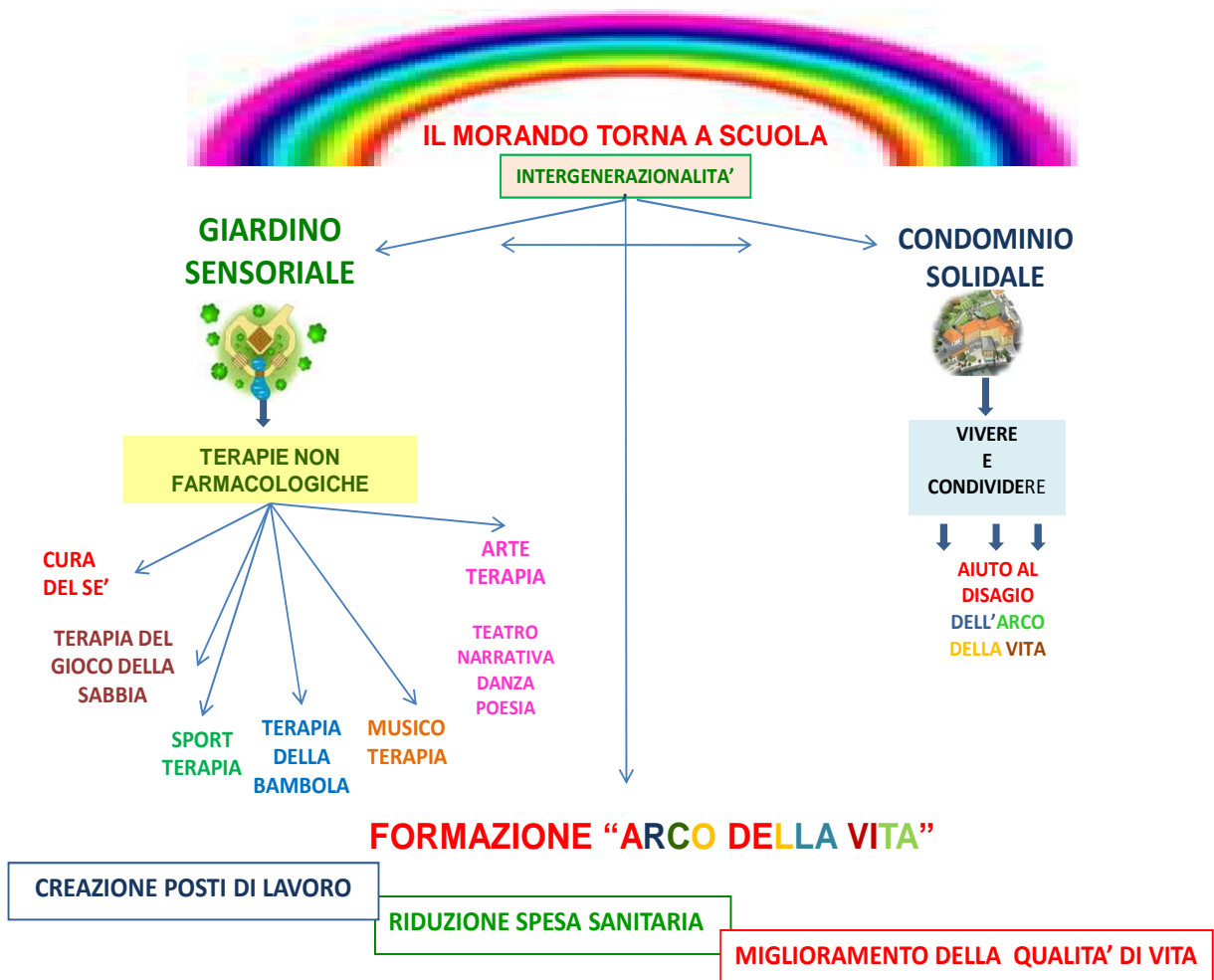
La Fondazione è attiva come sede di Tirocini formativi e Borse lavoro in collaborazione con la Provincia di Genova che ha riconosciuto in questo servizio un esempio concreto di "**responsabilità sociale**".

Le politiche sociali dell'anziano che propongono l'invecchiamento attivo chiedono che gli utenti non siano solo ricettori di servizi ma siano soprattutto una risorsa di idee e contributi.

Il sapere e le competenze acquisite nel tempo offrono la possibilità di proporsi come soggetto attivo e promotore di nuovi percorsi per la salute e il ben-essere dell'anziano.

Da queste considerazioni nascono progetti sia in attuazione che ancora da concretizzare ed il grafico che segue vuole esserne una traccia:

ARCO DELLA VITA



FORMAZIONE "ARCO DELLA VITA"

Perché l'arco della vita, come un arcobaleno, ha infiniti colori con infinite sfaccettature, diversi e indistinguibili al tempo stesso . Come un arcobaleno, solo apparentemente, inizia e finisce all'orizzonte.

La formazione, già iniziata nel settembre 2010 , è rivolta a tutto il personale della Fondazione Antonio Morando.

Si tratta di una formazione continua ad ampio raggio che completa e arricchisce l'istruzione già acquisita degli operatori socio-sanitari ponendo in particolare rilievo gli aspetti psicologici, sociali e culturali, la responsabilizzazione, il clima aziendale e il lavoro di gruppo, presupposti fondamentali per offrire alla persona un approccio metodologico nuovo e antico allo stesso tempo, globale e individuale nello specifico, che può essere definito semplicemente "antropologico".

Perché l' *Antropologia*, come sostiene il Prof. Guerri, *più che una disciplina che si colloca in una posizione intermedia tra la biologia e le scienze umane, coniugata all'approccio sistemico, è una attitudine nel pensiero.*

Spesso interferenze di vario genere, tra le quali il turnover del personale, la presenza di operatori provenienti da altre realtà e culture, costringono a dare priorità all'apprendimento delle mansioni

rivolte ai bisogni primari (igiene, alimentazione, farmaci) mettendo in secondo piano proprio gli aspetti relazionali e comunicativi che sono alla base di una assistenza geriatrica dignitosa.

Gli argomenti sulla formazione devono essere affrontati in modo globale perché la settorialità non si addice al mondo degli anziani, già abbastanza emarginato e distaccato dal resto della società.

Le tematiche sono numerosissime, ma devono tutte essere centrate sul rendere consapevole il personale di assistenza del disagio che vive l'anziano, sradicato dal contesto socio culturale abituale quando, spesso altri, decidono che è giunta l'ora di terminare il proprio arco della vita in una residenza protetta.

Invecchiare non è mai stata un'impresa facile, in ogni tempo e in ogni luogo.

Alle persone che invecchiano sembrano rimanere solo due strade: accanirsi nel vano tentativo di *'rimanere giovani'*, oppure accettare in silenzio una condizione ritenuta di per sé dolorosa.

E' nostro compito aiutare a trovare una possibile *'terza via' per la vecchiaia, una via nella quale non si contemplano beauty center pieni di dolci inganni, patetici e inutili consigli su come invecchiare bene, discutibili inviti a pensarsi saggi e rassegnati. Invecchiare significa semplicemente continuare in quella difficile e aperta avventura che è vivere* (da "Inventare la vecchiaia" di Sergio Tramma).

L'immagine culturale della vecchiaia, che ognuno di noi si costruisce in modo più o meno cosciente, condiziona i pensieri e le azioni che quotidianamente pratichiamo nei confronti degli anziani.

In questa ottica diventa indispensabile che il personale delle case di riposo acquisisca conoscenze relative al contesto in cui deve operare, conoscenze che possano arricchire le competenze specifiche e istituzionali di operatore socio sanitario, assistenziale, infermiere, medico, animatore, psicologo, fisioterapista e quant'altro di quel valore aggiunto che, seppur difficile da quantificare in termini misurabili, è fondamentale per la tanta auspicata "umanizzazione".

Lo staff di operatori potrà agire all'unisono come "*educatore geriatrico*" aiutando chi invecchia ad assumersi la responsabilità di "*Inventare la vecchiaia*" sia dal punto di vista individuale che collettivo "*all'interno dei margini di pensiero e di azione consentiti ai soggetti individuali e collettivi, in un delimitato contesto sociale e culturale*".

Non si può parlare "*genericamente di anziani*", differenziati esclusivamente in base al punteggio AGED che, oltre a stabilire la minutizzazione dei bisogni assistenziali, secondo la scala di valori imposta dalla società, sancisce l'autorizzazione alla permanenza o meno all'interno delle residenze a seconda di rigidi parametri strutturali e di personale, imposti dalla normativa.

Secondo Tramma ci sono tante vecchieie quanto gli individui, perché *sono troppe le variabili che intervengono a conferire forma alla vecchiaia dell'individuo, troppe le appartenenze che vincolano e concedono possibilità* .

La vecchiaia non si può banalizzare, intendendo con questo termine: "... ridurre la sua complessità a uno dei suoi molteplici aspetti,... ... sistematizzarla nel suo dispiegarsi ... prevederla nelle sue manifestazioni, bisogni e auspici".

Ancora una volta l'attitudine di pensiero antropologico ci può aiutare a trasformare il "*tessuto sociale*" delle strutture per anziani in un "*sincizio sociale*", in cui l'apparente disordine secondario alla fusione del citoplasma e alla locazione dei nuclei è in realtà espressione di una organizzazione sinergica altamente specializzata.

FINALITA'

1. Promuovere la formazione di personale di assistenza geriatrica adeguata alle esigenze attuali
2. Migliorare l'armonia di vita degli ospiti e ridurre l'insorgenza di malessere psico fisico e di malattia

INDICATORI

1. Qualità percepita
2. Riduzione della spesa in termini di presidi e materiali sanitari:
 - a. Pannoloni
 - b. Carrozzelle
 - c. Materassi andidecubito
 - d. Materiale per medicazioni
3. Abolizione della contenzione fisica e farmacologica
4. Demedicalizzazione della residenza valutata in termini di:
 - a. Accessi ambulatoriali per visite ed esami
 - b. Ricorso al Pronto Soccorso

PROSPETTIVE

1. Riconoscimento del progetto pilota: finalizzato al miglioramento delle competenze professionali e della qualità del servizio offerto
2. Accesso al Fondo Sociale Europeo, che è considerato il principale strumento finanziario di cui l'Unione Europea si serve per **investire nelle persone**: sostiene l'occupazione e aiuta i cittadini a accrescere la propria **istruzione** e le proprie **competenze**, in modo da potenziare la creazione di posti di **lavoro** di **qualità**.

I RELATORI

Il Responsabile Sanitario
Fondazione Antonio Morando
Rosanna Vagge

Il Coordinatore
Fondazione Antonio Morando
Maria Grazia Sbarboro

Chiavari, 8 marzo 2011

