

Risorse dell'anzianità.
Un cambio di paradigma
nell'approccio ai servizi
con gli anziani.

**Risorse dell'anzianità.
Un cambio di paradigma
nell'approccio ai servizi
con gli anziani.**

1

Introduzione

Questo numero de “I Quaderni della Diaconia”, dedicato al tema dell’anzianità, documenta il lavoro di riflessione svolto dalla Commissione Sinodale per la Diaconia nell’anno ecclesiastico 2018/2019, che ha portato alla proposta di un dibattito sinodale. La Diaconia non è un ente di ricerca e sviluppa le proprie riflessioni partendo dalle esperienze e dagli incontri quotidiani con il lavoro, con le dinamiche sociali, con la sofferenza e l’emarginazione. Non ci sono pretese ultimative e conclusive, né la sistematicità che richiederebbe un testo accademico, ma certamente c’è l’intenzione di proporre sovrapposizione di linguaggi: teologico, scientifico, esperienziale e politico. Il tema dell’anzianità ci interessa in quanto chiesa e come credenti evangelici facciamo riferimento ad una prospettiva biblica del tema. È quello che abbiamo chiesto di fare al Professor Paolo Ricca, che con tratti chiari dipinge il quadro della figura dell’anziano nell’Antico e nel Nuovo Testamento e che lo porta ad affermare, non senza una certa amarezza, che “nella società antica l’anziano era considerato un valore, oggi è considerato un peso”. Una considerazione che riporta al titolo della pubblicazione, che si orienta alla valorizzazione delle “risorse dell’anzianità”, e l’intervento del Professor Marco Trabucchi, geriatra e illustre studioso, invita a non lasciarsi prendere dal pessimismo di fronte agli scenari che si presentano (aspettative di vita,

tecnologia, crisi del welfare, intelligenza artificiale, ecc.), ma realisticamente ammettere che “discutere del futuro dei vecchi diventa quindi un modo per farsi carico del futuro delle nostre comunità”. È in questa prospettiva che è stato chiesto al Professor Enrico Benedetto, non senza un pizzico di ironia, di raccontare le nostre chiese nella loro concretezza, vissute da credenti sempre più avanti negli anni e di come il ruolo del Pastore può essere condizionato da questa situazione. La riflessione, il contesto, i riferimenti teologici e sociologici, come succede sempre con la diaconia, si mescolano con la pratica, i servizi, le sperimentazioni e le innovazioni, così anche il testo prosegue proponendo una carrellata di servizi ed interventi svolti nelle numerose strutture della diaconia sparse in Italia. La diaconia italiana è culturalmente debitrice della diaconia protestante europea e non potevano mancare un ascolto ed uno sguardo a cosa succede al di là delle Alpi: anche in questo ci sentiamo europei. In conclusione è proposto il documento programmatico che la Diaconia Valdese CSD propone alla discussione del Sinodo come road map per i prossimi anni di lavoro in questo settore che, mai come oggi, sentiamo come terreno della nostra vocazione.

La Commissione Sinodale per la Diaconia

2

L'anziano nella Bibbia

di Paolo Ricca,
pastore e teologo valdese

Nella Bibbia l'anziano¹ occupa un posto eminente che ha quasi completamente perduto nella società moderna. Questa è una delle grandi differenze tra la società antica e quella contemporanea: nella società antica l'anziano era considerato un valore², oggi è considerato un peso; nella società antica era onorato, oggi è ignorato; nella società antica era ascoltato, oggi nessuno lo interroga; nella società antica era parte integrante del gruppo sociale, oggi ne è emarginato. Nella Bibbia ritroviamo sostanzialmente la posizione dell'anziano com'era nella società antica, L'Antico Testamento riconosce all'anziano un posto eminente in tre ambiti: quello familiare, quello politico e quello religioso. Il Nuovo Testamento invece valorizza l'anziano essenzialmente come figura religiosa: è il ministero principale dopo quello dell'apo-

1 Nel nostro tempo è diventato sempre più difficile stabilire quando una persona cessa di essere «adulta» e comincia a diventare «anziana». In maniera molto approssimativa si può dire che si comincia a essere «anziani» dai sessant'anni in su. Ma, come tutti sanno, c'è chi, come pensiero, mentalità e sentimenti, invecchia prima dei sessant'anni, e chi invece, spiritualmente e culturalmente, è ancora «giovane» a ottant'anni.

2 Non bisogna dimenticare e tanto meno sottovalutare un dato statistico importante e ben noto: le persone anziane che superavano i sessanta, settanta e ormai sempre più spesso gli ottant'anni, e persino i novanta, erano, nella società antica, molto meno numerosi di quanto non lo siano oggi, grazie alle migliori condizioni di vita, alla creazione dello Stato sociale e agli straordinari progressi della medicina in generale e della geriatria in particolare.

stolo. Il vero «successore dell'apostolo» (se vogliamo adoperare la nozione, peraltro fuorviante, di «successore»: in realtà l'apostolo non ha successori!), non è il vescovo, ma l'anziano. Oppure si può dire che vescovo e anziano sono la stessa persona, che svolge la stessa funzione di «guida» o «conduttore» della Comunità (Ebrei 13,7).

2.1. L'Antico Testamento

1. Il primo ambito nel quale all'anziano viene riconosciuto un ruolo è quello familiare. L'anziano è inseparabile dalla famiglia alla quale appartiene e che per nessun motivo vorrebbe privarsi di lui. «La gloria dei giovani sta nella loro forza e la bellezza dei vecchi nella loro canizie» (Proverbi 20,29): bellissimo pensiero, questo, che dichiara «belli» i capelli bianchi (la «canizie»), cioè appunto la persona anziana in quanto tale, uomo o donna che sia, aldilà del suo aspetto fisico. La bellezza del vecchio non consiste nelle forme del corpo, ma proprio nell'anzianità. L'anziano però non va solo ammirato perché è «bello», ma anche onorato perché ha autorità. «Alzati davanti a chi ha i capelli bianchi, onora la persona del vecchio e temi il tuo Dio. Io sono l'Eterno» (Levitico 19,32). È molto importante cogliere qui il nesso tra l'onore all'anziano e il timore di Dio; vanno, per così dire, a braccetto: dove c'è l'uno, c'è anche l'altro; dove manca l'uno, manca anche l'altro.

L'anziano però, nel gruppo familiare, non è solo una figura ornamentale. Ha un ruolo importante da svolgere, che solo lui o lei possono svolgere: mettere a frutto la loro ricca esperienza di vita per le giovani generazioni. Questo aspetto è messo molto bene in luce in un libro apocrifo³ dell'Antico Testamento che si chiama *Siracide*, dove leggiamo queste parole: «Quanto

3 «apocrifi» sono detti sette libri esclusi dal canone ebraico dell'Antico Testamento, ma accolti nella sua versione in lingua greca detta «*dei Settanta*», e da lì nella versione latina di Girolamo, detta *Vulgata*. Le Bibbia protestanti e anglicane non li contengono. Lutero però ne consigliava la lettura, non per la dottrina, ma per la pietà. Letteralmente «apocrifo» significa «nascosto», e può assumere diversi significati, anche quello di libri destinati solo all'uso privato, non a quello pubblico.

si addice il giudicare ai capelli bianchi e agli anziani il saper dare dei consigli [...]. Corona dei vecchi è un'esperienza molteplice, loro vanto è temere il Signore» (25,4-6). Ecco uno dei ruoli primari delle persone anziane in famiglia: dare buoni consigli basati su ciò che la vita vissuta ha loro insegnato.

2. Il secondo ambito nel quale l'anziano occupa un posto eminente nell'Antico Testamento è quello civile e politico. Qui l'anziano non è più una persona singola, ma un collettivo: sono gli «anziani d'Israele», presenti nella storia del popolo ebraico fin dalla più remota antichità. Esercitando un'autorità collegiale, svolsero funzioni di governo, compresa quella di politica militare, di rappresentanza e di amministrazione della giustizia. La loro importanza è stata molto grande in certe fasi della storia d'Israele, e marginale in altre, quando il potere politico è stato monopolizzato dalla monarchia, quindi dai re e dai loro funzionari. Ma l'istituzione «anziani d'Israele» non è mai del tutto scomparsa, e al tempo di Gesù, sia pure in condizioni politiche completamente mutate, riviveva in qualche modo nell'organismo chiamato «Sinedrio». Vale però la pena ricordare ancora che i momenti cruciali dell'epopea di Mosè (che non era un «anziano d'Israele», ma «aveva ottant'anni, e Aronne ottantatre quando parlarono al Faraone» Esodo 7,7) si sono tutti svolti alla presenza degli «anziani d'Israele», e che settanta di loro, secondo l'importante passo di Numeri 11, furono convocati nella «tenda del convegno», dove Dio era solito incontrare Mosè, «e l'Eterno scese nella nuvola e gli parlò; prese dello spirito che era su lui, e lo mise sui settanta anziani; e avvenne che quando lo spirito fu posato su loro, quelli profetizzarono, ma non continuarono» (vv. 16-17, 24-25). Settanta anziani sono qui associati a Mosè nella guida del popolo a riprova dell'importanza del loro ruolo in Israele, anche se il dono della profezia viene loro concesso una volta sola e non in modo permanente. L'anziano è una figura centrale nella vita pubblica d'Israele, ma non è profeta.
3. Questo ci porta al terzo ambito in cui compare la figura dell'anziano: l'ambito religioso. Qui sono soprattutto tre testi a guidare la nostra riflessione. Tutti e tre parlano dell'anziano non come figura politica o civile descritta

nel paragrafo precedente, ma semplicemente come una persona avanti in età, che sta vivendo l'ultima fase della sua vita.

- a. Il primo passo si trova nel Cantico di Mosè che, al termine della sua vita, rivolto al popolo d'Israele, dice: «Ricordati dei giorni antichi, considera gli anni delle età passate; interroga tuo padre, ed egli te lo farà conoscere, i tuoi vecchi, ed essi te lo diranno» (Deuteronomio 32,7). Il «padre» di cui qui si parla è un anziano interrogato da un figlio o una figlia in età matura. Qui l'anziano o il «vecchio» svolge una funzione fondamentale nella comunità sia civile che religiosa: quella di testimone della storia passata («i giorni antichi», «gli anni delle età passate»): testimone della storia del popolo ebraico, certamente, ma anche e soprattutto della storia di Dio con quel popolo e con l'umanità intera. In quanto tale, la persona anziana, uomo o donna che sia, è una figura insostituibile e preziosa: è il o la custode della memoria di un popolo, colui o colei che, con la sua testimonianza, ricorda che solo conoscendo il proprio passato e imparando dalle esperienze delle generazioni precedenti, è possibile costruire un futuro. Perciò, dice Mosè, «interroga tuo padre» (anziano).

- b. Il secondo passo è tratto dal Salmo 71: una lunga preghiera pronunciata evidentemente da una persona anziana che tra le altre cose dice: «O Dio, tu m'hai ammaestrato dalla mia fanciullezza, ed io, fino ad ora, ho annunziato le tue meraviglie. Ed anche quando sia giunto alla vecchiaia e alla canizie, o Dio, non abbandonarmi, finché non abbia fatto conoscere il tuo braccio a questa generazione, e la tua potenza a quelli che verranno» (vv. 17-18). È una bellissima preghiera, che colpisce perché lo sguardo di questa persona anziana non è volto all'indietro (come facilmente può accadere), nel ricordo nostalgico dei bei tempi passati; no, questo anziano (o anziana) guarda avanti, alla generazione più giovane, «a quelli che verranno», e chiede a Dio la forza fisica e spirituale necessaria per annunciare a loro «il braccio» di Dio, cioè la sua «potenza», che è tante cose, ma soprattutto la forza della sua grazia. Questo anziano (o anziana) pensa più al futuro degli altri che al suo passato, e desidera avere ancora del tempo per evangelizzare «quelli che verranno».

no» piuttosto che per rimpiangere la proprio giovinezza perduta.

- c. Il terzo passo è del profeta Gioele ed annuncia tempi futuri, quando Dio spanderà il suo Spirito «sopra ogni carne», cioè su ogni persona umana, e allora accadrà, tra le altre cose, che «i vostri figli e le vostre figlie profetizzeranno, i vostri vecchi avranno dei sogni, i vostri giovani avranno delle visioni» (2,28). Questa stupenda promessa, secondo la fede cristiana, si è realizzata a Pentecoste, quando lo Spirito Santo discese sugli apostoli e sulla Comunità raccolta intorno a loro (Atti 2, 1-36). L'affermazione che qui ci interessa è: «i vostri vecchia avranno dei sogni». È un pensiero bellissimo: il sogno, nella Bibbia, è uno dei modi con i quali Dio comunica i suoi messaggi (Genesi 28, 10-15; 37, 5-11). Di solito si pensa che siano i giovani a sognare. I vecchi, che nella loro vita ne hanno viste di tutti i colori, sono ormai disincantati e forse scoraggiati, e non sognano più. E invece no! Lo Spirito di Dio li fa ancora sognare, cioè li mantiene giovani spiritualmente! Un vecchio che sogna è ancora più bello di un giovane che sogna! E quali possono essere i sogni che Dio manda ai vecchi ? Sono sicuramente i suoi sogni! Cioè un'umanità libera, fraterna, pacifica e solidale, che conosce e riconosce Dio e impara ad amarlo, a ubbidirgli e a lodarlo.

Tutte queste cose molto belle (ed altre ancora) dice l'Antico Testamento dell'anziano e anziana: vale veramente la pena conoscerle e cercare di viverle.

2.2. Il Nuovo Testamento

Come nell'Antico Testamento, sulla soglia della storia d'Israele, troviamo una coppia anziana senza figli perché sterile (Abramo e Sara), dalla quale Dio trae miracolosamente un figlio, Isacco, nel quale la promessa fatta ad Abramo (Genesi 12, 1-3) comincia a realizzarsi, così nel Nuovo Testamento, sulla soglia della storia di Gesù, troviamo, accanto a una coppia giovane costituita da Maria, la madre di Gesù, e Giuseppe, promesso sposo di lei, un'al-

tra coppia anziana, senza figli e sterile (Zaccaria ed Elisabetta), dalla quale miracolosamente Dio fa nascere Giovanni Battista, il precursore di Gesù, «la voce che grida nel deserto» (Marco 1,2) annunciando il giudizio (invece è venuta la grazia). Non è certamente senza significato la presenza di queste due coppie di anziani, di cui Dio si serve per avviare, con due nascite miracolose, due tappe fondamentali della storia della salvezza.

Così pure non si possono dimenticare altre due persone anziane, Simeone e la profetessa Anna, che sono le prime, dopo gli angeli, i pastori e i Magi, a riconoscere in Gesù ancora neonato (aveva otto giorni!), visto con i loro occhi pieni di stupore e gratitudine, «la salvezza di Dio preparata davanti a tutti i popoli» (Luca 2, 30-31). È bellissima la scena dipinta con pochi tratti dall'evangelista Luca: il vecchio Simeone con in braccio il bambino che è e sarà «il Salvatore del mondo» (Giovanni 4,42)! Il passato che abbraccia il futuro! La promessa che diventa compimento! Tutta la vita Simeone aveva atteso quel momento, che ora finalmente gli è concesso di vivere! Ora egli può «andare in pace» (Luca 2,29) perché ha constatato che Dio è fedele, che la sua Parola è verace, che di lui ci si può fidare e che da lui viene salvezza e non condanna. E è molto bello che al canto di Simeone si associ una donna, la profetessa Anna, che aveva raggiunto gli 84 anni (un record per quel tempo!) e anch'ella «lodava Dio e parlava del bambino a tutti quelli che aspettavano la consolazione d'Israele» (Luca 2,38). È questa donna molto anziana quella che possiamo considerare la primissima missionaria cristiana in quanto «parla di Gesù» a coloro che aspettavano il Messia e forse dubitavano che sarebbe mai venuto. Anna è dunque un esempio da seguire: non si è mai troppo vecchi per lodare Dio ed evangelizzare!

Infine non si possono dimenticare i «24 anziani» che siedono su 24 troni disposti intorno al trono di Dio, indossano vesti bianche e portano sul capo corone d'oro, che però gettano a terra quando si prostrano davanti a Dio per adorarlo (Apocalisse 4,4-10). Sono figure simboliche che con ogni probabilità rappresentano il popolo di Dio⁴, o forse l'umanità intera, ma è appunto

4 Non è molto chiaro che cosa simboleggi il numero 24. Forse si riferisce alle 24 famiglie o corporazioni di Leviti menzionate in I Cronache 24, 7-19. Forse 24 è la somma delle 12 tribù di Israele più i 12 apostoli: in questo caso il numero rappresenterebbe le due alleanze.

significativo che siano chiamate «anziani» (non si sa se per età o dignità o autorità) e non in altro modo. Come in terra non si è mai troppo vecchi per credere, amare, sperare, lodare Dio ed evangelizzare «parlando di Gesù» come Anna, così in cielo le persone più vicine a Dio, che forse rappresentano l'umanità intera, sono 24 «anziani».

Bisogna però, per completezza, dire anche una parola sugli «anziani» nella Comunità giudaica al tempo di Gesù: sono gli eredi dell'antichissima istituzione degli «anziani d'Israele» di cui abbiamo parlato in precedenza⁵. Nel racconto degli evangelii e degli Atti degli Apostoli sono, con i sacerdoti e gli scribi, l'autorità religiosa della Comunità israelitica, perciò direttamente coinvolti, e quindi corresponsabili, dell'arresto, processo e condanna a morte di Gesù: sono loro che interrogano Gesù sulla sua autorità (Marco 11,27); loro che mandano le guardie ad arrestarlo (Marco 14,43); loro che lo consegnano a Pilato (Marco 15,1); loro che lo accusano pubblicamente (Matteo 27,12); loro che si fanno beffe di lui crocifisso (Matteo 27,41); è a loro che Giuda restituisce i 30 sicli d'argento ricevuti per il suo tradimento (Matteo 27,3).

Tornando alla comunità cristiana, resta da illustrare la cosa più importante, già accennata all'inizio, e cioè che nel Nuovo Testamento, e quindi nella Chiesa delle origini che in esso si rispecchia, l'«anziano» è il ministero principale dopo quello dell'apostolo. Si potrebbe dire che l'apostolo fonda la Chiesa e l'anziano la gestisce. Ma, probabilmente nella scia dell'esperienza ebraica, l'anziano (in greco *πρεσβύτερος*, *pr.presbyteros* = «presbitero», da cui proviene la parola italiana «prete») è prevalentemente un ministero collettivo, esercitato in forma collegiale. Gli «anziani» sono un gruppo di credenti al quale è affidata la cura materiale spirituale di ogni Comunità locale. Talvolta sono menzionati insieme agli apostoli, ad esempio a Gerusalemme, dove «apostoli e anziani» assicuravano insieme la guida della prima Comunità cristiana della storia (Atti 15,4-6 e 22-23). Altrove compaiono solo gli «anziani», ad esempio nella Chiesa di Efeso: è a loro che l'apostolo Paolo rivolge il suo discorso di commiato, dicendo tra l'altro che

5 Nel paragrafo 2 del capitolo dedicato all'Antico Testamento.

lo Spirito Santo «vi ha costituiti come vescovi a pascere la Chiesa di Dio» (Atti 20,28). Stranamente il termine «anziano» non compare nelle lettere più antiche di Paolo, dove invece compaiono quelli di «vescovo», di «diacono» e di «pastore». Si può ragionevolmente supporre che «anziano», «vescovo» e «pastore» indichino la stessa funzione. È interessante notare che, ad esempio nella Chiesa di Filippi, i responsabili della Comunità sono «vescovi e diaconi», entrambi al plurale come gli «anziani»: anche l'episcopato esercitato in ogni Comunità era, all'origine, un ministero collegiale.

Il carattere collegiale del ministero degli anziani è confermato da I Timoteo 4,14 dove si attribuisce a un «collegio o consiglio degli anziani» (in greco *πρεσβυτέριον*, *pr, presbytérion* = lett. «presbiterio» nel senso di «collegio degli anziani o presbiteri») la funzione di riconoscere a Timoteo il ministero della «profezia», cioè della predicazione, e di conferirgli il mandato di esercitarlo. La I Lettera di Pietro attribuisce agli anziani il compito di «pascere il gregge di Dio» (5,2) e l'autore stesso, pur presentandosi come «apostolo» (1,1), dichiara di essere «anziano come loro» (5,1). Che gli «anziani» esercitino funzioni pastorali è confermato dalla Lettera di Giacomo, che ne parla come persone chiamate al capezzale di un malato per pregare con lui e per lui, «dopo averlo unto con olio» (5,14). Va infine ricordato che l'autore della II e III Lettera di Giovanni si qualifica come «l'anziano» (in greco *ὁ πρεσβύτερος* = «l'anziano» o «il presbitero»): si tratta di una figura allora nota (ma a noi sconosciuta) della cosiddetta «scuola giovanica», cioè, probabilmente, un discepolo dell'autore del quarto evangelo. Questa è un'ulteriore conferma dell'importanza del ministero dell'«anziano» nella Chiesa apostolica.

Ma non tutti gli anziani o anziane sono ministri (della Chiesa), anzi la maggior parte non lo sono, se non nel senso generale del sacerdozio universale di tutti i credenti, giovani o vecchi che siano (I Pietro 2,9), e non tutti i ministri, uomini o donne, sono anziani o anziane. E allora: che cosa dice il Nuovo Testamento sul comportamento dei giovani e degli adulti nei confronti delle persone anziane che non esercitano un ministero particolare e sul comportamento delle persone anziane nei confronti dei giovani e degli adulti? Non dice nulla di speciale, cioè nulla di diverso di quello che dice a

ogni cristiano. Vale dunque anche per i cristiani l'antico, molto esplicito ammonimento d'Israele: «Non disprezzare tua madre quando sarà vecchia» (Proverbi 23,22). E vale sicuramente anche per i padri anziani l'esortazione dell'apostolo Paolo (o di un suo discepolo): «Padri, non esasperate i vostri figli» (Colossesi 3,21). Per il resto, vale la regola generale che vige nella comunità cristiana, cioè quella dell'umiltà di ciascuno nei confronti degli altri: «ciascuno di voi», qualunque sia la sua età, «con umiltà, stimi altri più di se stesso e non cerchi il proprio interesse, ma anche quello degli altri. Abbiate in voi lo stesso sentimento che fu in Cristo Gesù ...» (Filippesi 2, 3-5).

C'è però una figura di persona anziana – una figura di donna – con la quale desidero terminare questa piccola rassegna sull'anziano nella Bibbia. Fortunatamente ne conosciamo anche il nome: Loide, la nonna di Timoteo, giovane collaboratore dell'apostolo Paolo e a lui particolarmente caro. Perché Paolo parla della nonna di Timoteo? Perché la fede di Timoteo, che Paolo definisce «schietta», «fu prima nella tua nonna Loide, poi in tua madre Eunice» (II Timoteo 1,5). È, questo, uno dei primissimi esempi in ambiente cristiano di trasmissione familiare della fede, per linea materna, come vuole la tradizione ebraica e come spesso accade anche oggi. E qui due cose sono da notare. La prima è l'importanza decisiva della famiglia nella trasmissione della fede; in questo senso sia Loide che Eunice sono un esempio tanto umile quanto luminoso. La seconda è che con ogni probabilità Loide e forse anche Eunice erano ebreo: è la loro fede quella che ora abita in Timoteo, perché è lo stesso Dio quello confessato dalla comunità ebraica e da quella cristiana: il Dio di Abramo, di Isacco e di Giacobbe, ma anche di Gesù, di Paolo e di Timoteo, e anche nostro.

3

L'anziano in Italia nel 2025

di Marco Trabucchi,
geriatra

Il modo più realistico per presentare uno scenario fedele alla realtà dell'anziano è indicare una prospettiva a breve su come sarà la vita nelle età avanzate tra qualche anno, alla metà del prossimo decennio. Siamo abituati a leggere prospettive sul nostro mondo che riguardano anni lontani; da più parti si discute su come sarà la vita degli anziani nel 2040 o nel 2060. Non ritengo che queste previsioni abbiano alcunché di realistico; infatti, entro i prossimi 20-40 anni basterebbero, in negativo, una guerra anche di limitate dimensioni, un'immigrazione incontrollata o, in positivo, una scoperta scientifica riguardante alcune delle principali malattie di oggi per cambiare completamente lo scenario. Invece la prospettiva a breve, i prossimi sei anni, è più realistica, seppure anch'essa con mille interrogativi per i quali si deve cercare una risposta.

Di seguito sono presentati solo alcuni spunti per capire la vita di chi invecchia; il lettore saprà trarne indicazione per costruire una propria visione e quindi per collocare nel modo più efficace il proprio personale impegno e quello della comunità nella quale vive.

Un ruolo particolare, da citare all'inizio di questa breve rassegna, spetta allo studio delle nuove scoperte nel campo dell'intelligenza artificiale come

esempio di un'evoluzione che interferirà in modo rilevante sulla vita di ogni cittadino, in particolare delle persone fragili. È però necessario che chi decide i destini del mondo non pensi di trarre ulteriori guadagni, dimenticando i bisogni di chi soffre, individui che spesso non sono nemmeno in grado di pagare i servizi loro offerti, sia quelli di oggi che quelli del prossimo domani. L'intelligenza artificiale e i big data sono due esempi da osservare con attenzione, perché dalla loro evoluzione si potrà capire se il progresso aumenterà le differenze tra ricchi e poveri, forti e deboli, sani e malati, giovani e vecchi o se, come auspichiamo, farà compiere un salto in avanti al nostro sistema di welfare, rivolto prima di tutto, per definizione, a chi è più fragile, migliorando le sue prestazioni in senso quantitativo e qualitativo.

Vorremmo in questo articolo offrire una visione delle diverse realtà che si muovono nel futuro dell'anziano e che condizioneranno la sua salute e il suo benessere. Sono aspetti che in modo diretto riguardano anche l'intera collettività; discutere del futuro dei vecchi diventa quindi un modo per farsi carico del futuro delle nostre comunità, sia per le dimensioni dei fenomeni sia per i coinvolgimenti organizzativi, economici, psicologici, morali.

La cultura che ispira queste righe non è a priori pessimista, perché chi lavora nel campo ha assistito agli enormi progressi del nostro tempo recente e quindi non può partire da un atteggiamento negativo. Ora si tratta di capire (prevedere) se le curve evolutive manterranno nei vari ambiti le stesse tendenze o se invece si svilupperanno in altre direzioni, non necessariamente peggiori rispetto al passato. La logica di fondo è quella espressa mirabilmente da Dionigi nell'apertura del suo recente volumetto "Osa sapere"¹, quando afferma che "dobbiamo attrezzarci per capire e renderci amico questo futuro-presente carico di complessità e incognite, perché esso mette in discussione le nostre identità consolidate e rassicuranti...". La conoscenza dei fenomeni contribuisce a renderli nostri amici? Non mi illudo che il processo sia così semplice e rapido, però l'incontro tra le nostre speranze e il nostro impegno con una realtà per molti aspetti in evoluzione autonoma rispetto alle nostre azioni dirette porta a percorsi che possono avere un'evoluzione

1 Ivano Dionigi, *Osa sapere*, Solferino Libri, RCS Mediagroup, Milano (n.d.r.)

positiva.

Vorremmo prima di tutto prospettare una visione diversa da quella identificata dal titolo di un famoso editoriale di qualche anno fa: “Being old in 2040 will be no fun”²; sarebbe una resa ingiustificata sul piano di quanto possiamo prevedere concretamente e possiamo modificare con le nostre azioni. Anche sul piano ideale sarebbe riconoscere che la nostra specie non è stata in grado di valorizzare il più grande dono che le è stato fatto, cioè il prolungamento della durata della vita fino ai livelli di oggi.

Uno degli aspetti che caratterizzano da sempre la vita degli individui è il processo di personalizzazione; la sua concettualizzazione è però recente e così anche le sue conseguenze sui comportamenti.

La personalizzazione, cioè la formazione progressiva della persona, è regolata dalla genetica e dallo stile di vita e quindi anche l'invecchiamento è modulato dalle circostanze esterne, dall'evoluzione demografica, dall'epidemiologia, il costume, la cultura, l'organizzazione sociale, i servizi. Per costruire un'ipotesi credibile dell'evoluzione della vita del singolo individuo è necessaria un'analisi complessiva, secondo le regole di una visione che storicamente è stata patrimonio della geriatria, che ha identificato nella valutazione multidimensionale l'approccio corretto per comprendere le dinamiche vitali della persona che invecchia. Nell'età avanzata aumenta la sensibilità agli eventi esterni e quindi sempre maggiore sarà il loro effetto sulla vita; ogni persona sarà identificabile come un “fenotipo instabile”, caratterizzato da un genotipo sensibile all'assommarsi di interazioni con il vissuto, sempre diverse e di diversa incisività; pensare alla vita nelle età avanzate come a una condizione rigida di perdita, senza alcuna modulazione, non corrisponde quindi alla realtà. Certo, è doveroso considerare che la fragilità che caratterizza la vita di molti anziani riduce la loro capacità di resilienza mentre aumenta il rischio di risposte inadeguate agli eventi vitali; però il riconoscere i diversi percorsi sia soggettivi che oggettivi è il punto di partenza per qualsiasi intervento che voglia contribuire al benessere.

2 Essere vecchi nel 2040 non sarà divertente (n.d.r.)

3.1. Invecchiare non è una malattia

Questa indicazione ha rappresentato nel passato più lontano una rivoluzione concettuale, poi è stata accettata, soprattutto perché permetteva una visione non negativa del passare degli anni. Oggi, uno sguardo alla demografia e all'epidemiologia conferma che il tempo incide in modo diverso da un individuo all'altro e non può quindi essere considerato una maledizione (un "induttore" di malattia).

Non si deve fare l'errore di estrapolare dal passato l'evoluzione futura, senza considerare le possibili multiformi interferenze esercitate dai cambiamenti degli stili di vita, dalla comparsa di eventi naturali o sociali inattesi, dalle scoperte della medicina.

Per esempio, non è ancora chiaro in base a diversi studi, se la curva di aumento della speranza di vita alla nascita si sia almeno parzialmente rallentata. E se così fosse, quali ne sono le determinanti? Come è possibile prevedere l'evoluzione di un fenomeno che non abbiamo nemmeno compreso nelle sue tendenze espansive e che, secondo alcuni, oggi si è rallentato?

Tra i comportamenti delle popolazioni che influenzeranno certamente la vita dell'anziano nei prossimi anni vi è la crisi della famiglia, espressa da alcuni numeri altamente esplicativi. I matrimoni sia civili che religiosi sono in costante diminuzione, perché sostituiti dalle unioni informali, non regolate. Allo stesso tempo si osserva un fenomeno mai prima registrato, cioè l'aumento dei divorzi fra gli ultra sessantenni, che sono il 20% del totale. Inoltre, come evolverà la natalità nei prossimi anni? Cosa è destinato a cambiare rispetto agli attuali 1.3 figli per ogni donna? In ogni modo si deve ricordare che qualsiasi evoluzione della natalità potrà sviluppare i suoi effetti solo dopo anni, cioè quando i potenziali neonati di oggi raggiungeranno l'età di lavoro, contribuendo così da una parte attraverso la tassazione all'aumento della disponibilità economica per i servizi e dall'altra direttamente all'assistenza alle persone anziane.

Riguardo all'evoluzione nei prossimi anni del sistema assistenziale, un

aspetto cruciale è rappresentato dalla disponibilità delle “badanti”. Cosa accadrà nel 2025? Il fabbisogno nel nostro Paese tenderà ad aumentare, senza alcuna programmazione? La crisi economica dei paesi dell’Est europeo è destinata a non finire entro pochi anni e quindi l’emigrazione femminile continuerà con i ritmi elevati di oggi? Fino a quando la povertà prevarrà sulle scelte personali e familiari, anche con il rischio di indurre la cosiddetta “sindrome italiana”? Questo settore è delicatissimo nella prospettiva a breve, ma sembra che nessuno abbia interesse a controllarlo; troppe sarebbero le problematiche da affrontare, legate all’immigrazione non regolata, ai rapporti di lavoro in nero, alla mancanza di preparazione specifica per l’assistenza delle persone non autosufficienti, alle conseguenze sulla salute delle badanti e sugli equilibri delle loro famiglie lontane.

Il problema delle badanti richiama quello dell’immigrazione in generale, che necessariamente sarà un problema da affrontare nel breve periodo; la condizione di una società che invecchia costringerà ad abbandonare pregiudizi di varia origine sotto la pressione della mancanza di manodopera, sia per creare ricchezza in generale sia nello specifico per garantire i servizi. Saremo in grado di fare scelte sufficientemente intelligenti?

Non è questa la sede per analizzare i vari aspetti dell’evoluzione epidemiologica dei prossimi anni; limito l’osservazione, perché è un esempio particolarmente significativo, all’analisi dell’andamento di prevalenza e incidenza delle demenze, e della malattia di Alzheimer in particolare. Non vi è dubbio che il numero assoluto dei malati è destinato ad aumentare sia nei Paesi ad alto reddito sia negli altri (in questi ultimi l’aumento è molto più rilevante in conseguenza dell’invecchiamento più rapido della popolazione avvenuto anche in queste aree). Il punto di particolare interesse è però l’analisi della riduzione della prevalenza di demenza in individui nati a distanza di un certo numero di anni; nelle coorti più giovani si assiste ad un fenomeno inatteso, e ancor oggi inspiegato (conseguenza di un miglioramento dello stile di vita, fenomeno peraltro non così vistoso in periodi brevi?). Resta però come indicazione di fondo sulla possibilità di intervenire ulteriormente per ridurre “l’epidemia”. Non vi sono dati che suggeriscano un rallentamento del fenomeno nei prossimi anni; dal punto di vista complessivo è però poco rilevante

rispetto all'aumento del numero delle persone anziane, che porta alla continua crescita del numero delle persone affette da patologie della cognitiv . C'  da sperare che ulteriori progressi possano esercitare un'influenza pi  incisiva, riducendo ancor di pi  il numero dei malati, fino ad equilibrare l'effetto dell'aumento della speranza di vita? Non siamo in grado di prevedere il futuro, per  alcuni percorsi di studio e ricerca sono promettenti, tra i quali la crisi dell'interpretazione monogenetica della demenza, le differenze tra uomo e donna, l'impennata della prevalenza dopo i 75-80 anni. Ma quanto dovremo aspettare per avere prospettive di cura?

Come avviene per le demenze, anche per molte altre malattie croniche lo scenario evolutivo non   chiaro; un aspetto particolarmente critico   rappresentato dagli effetti di queste sulla perdita dell'autosufficienza, perch  spesso pu  essere modulato dalle circostanze esterne. Si pensi, ad esempio, al diabete, non prevenibile alla luce delle nostre conoscenze di oggi; al contrario, i suoi effetti negativi sull'autonomia della persona anziana possono essere significativamente ridotti attraverso una medicina colta e preparata e una adeguata sensibilit  collettiva, che non accetta di essere dominata dal fatalismo.

3.2. La solitudine accompagner  la vita dei vecchi nei prossimi anni?

Oggi la solitudine dell'anziano   una condizione pervasiva. L'Istat ha rilevato che il 27.7% degli ultra 75enni "non ha nessuno su cui contare in caso di bisogno". L'evoluzione complessiva sembra indicare un peggioramento progressivo di questa realt , con le conseguenze ben note non solo sul piano soggettivo, ma anche su quello oggettivo delle condizioni di salute. Purtroppo le azioni sul singolo e sulle comunit  non sembrano destinate a raggiungere risultati significativi a breve; per  non vi sono alternative, se non quelle educative per dimostrare che l'egoismo delle scelte a tutte le et  si riflette in modo pesante nella vecchiaia, e quelle politiche per ipotizzare

una città diversa.

Gli interventi per costruire luoghi dove sia possibile condividere il tempo e il dolore di non aver nessuno che possa intervenire nel momento del bisogno non potranno dare risultati immediati; però se in ogni città si potesse iniziare a costruire una “social street” che mette l’anziano solo al centro dell’interesse e delle azioni dei suoi concittadini le dinamiche relazionali potrebbero cambiare.

La realtà della solitudine assume molte diverse facce; è impossibile descrivere tutti i “volti” attraverso i quali esprime le sue conseguenze negative. Una condizione sulla quale sembra utile richiamare l’attenzione è quella della vicinanza con animali, che può essere interpretata come un valido tamponamento delle situazioni di solitudine, ma anche, meno positivamente, come modo per indirizzare l’attenzione lontano dagli affetti naturali all’interno della famiglia e delle relazioni amicali. Non si vuole interpretare ogni comportamento secondo indicazioni razionali, ma un’osservazione attenta permette di raccogliere informazioni utili per indirizzare i comportamenti individuali e collettivi.

L’esperienza che si va diffondendo anche in Italia delle “dementia friendly community” è particolarmente significativa, perché ha portato a risultati tangibili e misurabili anche in tempi relativamente brevi. Se ogni città iniziasse questo processo fondativo in un quartiere di 20-30.000 abitanti si diffonderebbe un modello di relativamente facile adozione e di grande utilità. Infatti, iniziando dalle persone affette da demenza e dalle loro famiglie, si diffonde nella comunità uno stile della relazioni che ricade positivamente su tutte le condizioni di fragilità, in particolare quelle degli anziani.

Vi è scetticismo attorno alla possibilità di reali cambiamenti a breve termine rispetto alla solitudine delle persone anziane; l’esperienza però insegna che anche iniziando da realizzazioni limitate si può segnare un percorso. In questo ambito la rinuncia è un comportamento sociale dannoso. È infatti sempre più chiaro, in base a dati indiscutibili della ricerca clinica, che la costruzione di ponti, la vicinanza e l’accompagnamento esercitano un effetto

salutare in senso stretto; se la solitudine è patogena, la generosità individuale e collettiva allunga la vita, allontana le malattie, riduce la possibilità di perdita delle funzioni cognitive.

3.3. Il sistema di welfare sarà in grado di proteggere gli anziani?

Quale futuro avrà nei prossimi anni il sistema italiano di welfare che si è progressivamente trasformato da luogo di integrazione sociale degli individui a sistema fortemente individualista, con operatori chiamati solo all'efficienza, dimenticando spesso le profonde motivazioni del loro servizio, cioè la difesa della libertà e della dignità di ogni cittadino?

Quale futuro di crisi si prospetta per un sistema di welfare non più in grado per motivi economici di incontrare i desideri della popolazione, che l'atmosfera culturale di questi anni ha definito come diritti? In questo modo si provoca la forte frustrazione di molti cittadini, illusi di poter ottenere qualsiasi servizio e che di fronte all'impossibilità di riceverli, diventano aggressivi e tentati di cercare capri espiatori per il loro disagio.

Riusciremo, anche se chi scrive nutre molti dubbi, a ritrovare attorno all'assistenza all'anziano, ambito di particolare disponibilità verso una prospettiva solidaristica, il legame sociale oggi ridotto, che ridarebbe senso ai servizi come luoghi per la costruzione di ponti e non solo come ambiti per offrire prestazioni puntiformi, inadeguate alle esigenze di predisporre momenti di solidarietà, peraltro sempre inferiori rispetto alla attese-pretese?

Nei prossimi anni potrà avvenire un qualche cambiamento epocale in grado di far ritornare l'organizzazione pubblica del nostro Paese verso la logica di un welfare che lega le persone tra di loro, garantendo così allo stesso tempo risposte più efficaci ai veri bisogni e la sconfitta della solitudine?

L'augurio è che a queste domande possa essere data una risposta positiva;

però se non si riuscirà a ricostruire un senso della vita sia per gli individui che per le comunità l'impresa sarà particolarmente difficile. I moltissimi ostacoli organizzativi, economici, politici potranno essere superati solo da un modello di convivenza per il quale la vita ha sempre un senso, anche quella più povera e desolata.

Gli aspetti discussi precedentemente non delineano un futuro certo per la vita dell'anziano; permettono però un certo ottimismo, soprattutto perché mettono nella mani (e nella mente) delle collettività il criterio che la vita degli anziani non è neutra rispetto alle condizioni che caratterizzano il loro tempo che passa. È una responsabilità non lieve: la conoscenza dei fenomeni, e delle loro dinamiche in positivo e in negativo, non permette ambiguità.

4

Da pastori a cappellani della terza età?

Piste per la metamorfosi
del ministero

di Enrico Benedetto,
*pastore valdese e professore
della Facoltà valdese di Teologia*

4.1. Le “chiese di giovani”, un controesempio

All’inaugurazione – ancora recente – della chiesa Martin Luther King di Créteil (nella banlieue parigina) affiliata alla Federazione protestante di Francia, il pastore lanciò all’assemblea di circa duecento persone un accorato appello: *“Vi prego, aiutateci a trovare degli anziani. Sono importanti, fondamentali per la nostra comunità, composta quasi esclusivamente da Under 35. Ci manca la loro esperienza. So che non è facile farli venire, ma preghiamo e proviamoci!”*. Inizierei questa riflessione, dedicata all’impatto del pronunciato invecchiamento dei membri di chiesa nelle comunità di tradizione riformata – e non solo – in Italia (un fenomeno di scala europea, con punte significative in Olanda e Svizzera, Paesi chiave nella mappa protestante europea) sul ministero pastorale, segnalando in antitesi l’emergere su scala continentale, anche romana e milanese, di giovani chiese praticamente monogenerazionali. Non più “chiese con giovani” secondo il modello intergenerazionale, profondamente in crisi, caro al retaggio cattolico e protestante, ma “chiese di giovani”. La loro storia, pur incipiente, mostra che sul medio termine – è successo anche a Créteil – finiscono per federare fasce di meno giovani pur conservando la leadership generazionale, laddove le “chiese di anziani”

tendenzialmente falliscono nell'operazione simmetrica, perdendo per strada anche un congruo numero dei propri giovani residuali. Sono *Success Stories* in controtendenza, destinate a moltiplicarsi, e che presuppongono alcuni requisiti significativi: il tessuto urbano e non rurale, una *location* duttile in quartieri popolosi e tendenzialmente non centrali, un approccio video-musicale al culto consono alla cultura dei *Millenials* o quantomeno dei figli degli Anni '90, un gusto pronunciato dell'espressività omiletica, infine la capacità di aggregare incorporando singoli – non di rado studenti universitari fuori sede – in una chiesa che “faccia famiglia” pur non essendo paradossalmente composta da famiglie bensì da single. È un modello di ecclesiologia evangelica – si dirà a ragione – non facilmente trasponibile, ma la sua esistenza stessa mostra che l'eclatante deficit demografico italiano, combinato alla netta disaffezione combinata dei giovani – maturata nei decenni ed oggetto di periodici appelli e recriminazioni, raramente d'iniziative credibili – nei confronti delle chiese protestanti, non configura semplicemente una tragica fatalità.

4.2. Presupposti non dichiarati delle “chiese per anziani”

La nozione stessa di “chiesa di anziani”, qui introdotta – e non nell'accezione presbiteriana del termine: l'Anziano di Chiesa può essere tranquillamente un diciottenne – non postula l'assenza di giovani. Questi ultimi potranno essere presenti in circostanze che li riguardano peculiarmente propiziando allargamenti familiari, o che si prestano a una estensione della comunità “da evento” (anche liturgico, se consideriamo in particolare il Natale). Ma quando tali estensioni temporanee malgrado l'imponenza eventualmente riscontrabile non si ripercuotono neppure in piccola parte sulla presenza al culto nelle altre domeniche o sulle attività di chiesa, ciò significa che il tessuto connettivo della comunità è costituito da una/due generazioni appena, abitualmente solidali, decise e/o rassegnate (c'è un volontarismo della rassegnazione, specificamente protestante) a “tirare avanti”. Il primo presupposto non necessariamente dichiarato è che tale postura favorirà un ap-

proccio gestionale a “risorse costanti” – fatto salvo il fisiologico abbandono dei “troppo anziani” – su una dinamica di prospettiva. In altre parole, più o meno consciamente, la chiesa “va a esaurimento” cercando non di rado “ricambi generazionali” all’interno della stessa generazione: una sessantacinquenne potrà allora rimpiazzare un ottantenne dando l’impressione d’un certo ringiovanimento. Il secondo presupposto – ma sono numerosi – implica che la chiesa tenderà a viverci come un presidio testimoniale, qualificata essenzialmente dalla capacità di distinguersi più che da quella di federare. Gli elementi comunitariamente conservativi – a partire dal diritto consuetudinario della chiesa locale – se ne ritroveranno significativamente rafforzati.

4.3. L’ambigua sfida al pastorato

Il titolo di “ministro dell’Evangelo” (“servitore”, in italiano corrente, formula oggi arcaicizzante e soppiantata da “pastore”) designava qualcuno che si occupava e preoccupava dei membri della comunità nella misura in cui annunciava – al di là del suo stesso perimetro ecclesiale – l’Evangelo. La figura del pastore – e la conseguente analogia zoo-antropologica pastorizia-pastorato – designa invece l’ “aver cura di” come la prima prerogativa del ministero, devoluto sì alla propagazione della Parola di Dio ma a partire da un gregge dato, presso il quale il ministro non esercita solo una pia operatività, ma si gioca in definitiva la propria credibilità, una cui eventuale messa in discussione inficerà le prerogative legate all’annuncio. Tra le due figure sussistono da secoli tensioni non indifferenti, frutto di una coabitazione instabile. È tuttavia relativamente chiaro che la “chiesa di e per anziani” – quasi inevitabile il passare dell’una all’altra, appiattendolo la finalità della Chiesa in sé sulla tipologia comunitaria, il che virtualmente implica il superamento del “punto del non ritorno” – sarà ben più versata nell’accompagnamento che nella proclamazione e/o la testimonianza. Il dato quantitativo e cronologico produrrà cioè scelte qualitative che si presenteranno come semplici conseguenze, automatismi quasi meccanici su cui il discernimento di Concistori e Consigli potrebbe coincidere con una semplice vidimazione

dell'esistente. Il pastore si troverà quindi, per così dire, messo davanti al fatto compiuto per la forza stessa delle circostanze, complice la regola aurea secondo cui il “principio di realtà” non desidera essere contrariato. Se, per fare un esempio fra i molti, desiderasse – invocando precedenti storici di rilievo e aspirando legittimamente a ricavare tempi utili per l'annuncio all'esterno dell'Evangelo – affidare almeno parte delle visite cosiddette pastorali a un'équipe da lui coordinata di visitatori/visitatrici il cui carisma chiede solo di essere individuato, si scontrerebbe contro la fin troppo facile obiezione che il solo non anziano è lui (o quasi) e dunque gli incombe l'onere, o comunque l'opera, di visitare salvo eccezioni tutti gli altri. La metamorfosi in cappellano, più che proporsi, s'impone.

4.4. Una cappellania ostica eppur rassicurante

L'accompagnamento di fine vita ha sempre costituito un tratto distintivo del ministero pastorale protestante. La longevità crescente della popolazione non fa che implementare questa tendenza sino, talora, a esasperarla. È tuttavia, si direbbe, la prima volta che si pone in modo non periferico la questione di un “fine vita” che concerna in prospettiva, al di là di un cospicuo segmento della demografia comunitaria, la comunità, ovvero la chiesa stessa. Il testamento biologico è previsto per gli individui e non per i gruppi. Nondimeno, numerosi sono i nuclei della diaspora valdese, metodista e in minor misura battista – ove spesso figurano chiese locali già *declassate* per inconsistenza numerica, a seguito d'un draconiano non rinnovamento generazionale – che sembrano avviarsi a un decesso per consunzione, siano essi relativamente isolati o al contrario destinatari d'una cura pastorale costante. Anche prescindendo da tali estremi, i quali non rivestono comunque più il carattere di eccezionalità, la Cappellania per la Terza e Quarta Età sembra voler assumere una dimensione di rilievo all'interno del pastorato ordinario, caratterizzando non poche comunità/diaspore rurali o di montagna, nonché presenti in cittadine o città di piccola/media taglia, specialmente nel Centro Sud. Non si può dire che il percorso universitario dei futuri

pastori – inevitabilmente generalista – presso la Facoltà valdese di teologia abbia finora consacrato a codesto aspetto una formazione particolare, né che iscritti/e ai corsi in vista del pastorato si confrontino senza riserve, sovente profonde, con queste tematiche. Se la preoccupazione – anche in termini di futuro professionale e di remuneratività a lunga scadenza – sull’avvenire del ministero in presenza d’una spiccata rarefazione di forze, è ben presente (né potrebbe essere altrimenti), almeno in questo campo studenti e studentesse non paiono desiderosi di anticipare i tempi della pratica pastorale. Si può nondimeno affermare che una chiesa (sempre più) anziana non rientra nelle aspettative e nei *desiderata* di chi si avvicina – mediamente in ancor giovane età – al “santo ministero” caro a Giovanni Calvino. Altre sono le proiezioni, necessariamente disparate e a tratti indistinte, sull’*ubi consistam* e la messa in situazione pastorale. Sarebbe erroneo parlare di rigetto o rimozione, giacché il quadro fin qui delineato è in larga misura ineludibile, e tuttavia si può comprendere come non sia loro facile incorporare il declino, nei suoi aspetti anagrafici più incontrovertibili, fin dall’ingresso nel ministero. Mediamente, nella loro percezione un pastorato di cappellania, ove il prendersi cura degli anziani costituisca un impegno pressante a scapito dell’attivazione di altre risorse, assume un profilo rinunciatorio e – a termine – perdente. Va rilevato, tuttavia, che questa valutazione viene affiancata (in misura variabile a seconda dei futuri pastori *in pectore*, dei loro percorsi di vita e del loro approccio biblico-teologico quanto storico-geografico al ministero) da considerazioni di segno eguale e contrario. In tempi di relativo disorientamento pastorale e comunitario, il candidato al ministero e il neo/pastore d’età inferiore ai trent’anni cui venga assegnata una chiesa anziana – e non semplicemente “matura” negli Anni come da tipologia degli ultimi due decenni del secolo scorso – può contare a priori su un’apertura di credito da parte della comunità più vasta e immediata che in passato. L’inesperienza verrà spesso presa, e non a torto, per freschezza, la gioventù come un capitale di nostalgia che spinge doverosamente a un approccio empatico verso il nuovo/la nuova venuta. Anche le soglie dell’esigenza e della rendicontazione si ritroveranno abbassate. L’anziano, e ancor più il vegliardo, chiede sostanzialmente al pastore – le eccezioni esistono e non vanno sottaciute – di prendersi cura di lui/lei con *attenzione, delicatezza e costanza*. È importante, anzi primordiale che

sappia “tenergli/le compagnia” testimoniandogli/le un vero afflato evangelico che sarà comprensibilmente fatto più di gesti, piccoli e preziosi, che di *kerigma* o meditazioni bibliche, con la preghiera, quasi sempre gradita, nel ruolo di catalizzatore. Se tali aspettative verranno esaudite, senza bisogno di incrociarle con altri criteri tradizionalmente presenti (rilevanza pubblica del ministero, capacità omiletiche, presa d’iniziativa, doti organizzative e di animazione...) nella valutazione del ministero, e dunque del ministro, il giudizio – da cui dipende la permanenza del medesimo in loco – sarà durevolmente positivo, ricco di apprezzamenti e non meno di indulgenza nei confronti del “nostro pastore”, con benefiche ricadute sull’autostima, per non parlare della stabilità di vita. Il relativo *boom* di tesi in teologia, per non parlare della pubblicistica in pieno sviluppo, sull’accompagnamento – anziani/malati/morenti: è significativo che la più spigolosa quanto vitale cappellania carceraria non goda degli stessi favori – testimoniano, per esprimersi un po’ brutalmente, che l’anziano può surrettiziamente diventare un “bene di rifugio che perimetra e rende omogenei i contorni del ministero modellandoli sui bisogni espressi dai destinatari, dispensando quindi i pastori da domande e conseguenti opzioni operative che potrebbero implicare cambiamenti, dunque, eventuali crisi. In tal senso, “una chiesa di e per anziani” abbassa radicalmente il margine di rischio, come spesso succede nell’operatività assistenziale. La stessa agenda pastorale – tema delicato per eccellenza – ne emergerà alleviata: visitare coppie o singoli dalla vita professionale attiva implica incontri serali o di sabato che confliggheranno facilmente con la vita familiare e sociale del ministro, implicando per di più defatiganti cambi di programma, laddove l’anziano è visitabile “a prescindere”, nonché costantemente reperibile. Gli argomenti suesposti non vanno letti in termini prettamente utilitaristici, e ancor meno di opportunismo pastorale. Si potrebbe piuttosto parlare di “capacità di (auto)rassicurazione”, di un timone che – pur con tutte le frustrazioni del caso – contribuisca a scongiurare sbandate e crisi esistenzial-pastorali acute. Non di rado, peraltro, i pastori e le pastore che vivono un ministero profondamente marcato dagli anziani in chiese medio-piccole, integrano con un’attività caratterizzata di studio e di scrittura il loro ministero diaconale di cappellania, compensando con la creatività intellettuale della seconda la routine della prima. È un abbinamento che può

far riflettere: se trova ampi antecedenti nella pastoralità otto–novecentesca (per non risalir più indietro), si potrebbe egualmente inferire che tale scelta implica la radicale desistenza nei confronti d’una strategia di crescita della chiesa o anche solo di contenimento del declino, e della ricerca delle risorse progettuali, umane ed evangeliche idonee. Chi avrebbe immaginato, in tempi di chiese dalla presenza nutrita e dalla forte tonalità intergenerazionale, che la cura d’anime ristretta agli anziani si sarebbe traslata in una sinecura, consentendo ai ministri di dedicarsi alle loro studiose ricerche senza venire soverchiamente disturbati?

4.5. Il nodo “quale chiesa”

Al termine di questa breve carrellata, emerge potente la questione dell’identità della chiesa, che in una lettura ecclesiological sinodale non può essere esclusivamente demandata alla comunità locale. Ne siano o meno coscienti, un congruo numero di chiese mettono al centro del loro “essere chiesa” il *continuare*, il *durare* se non il *perpetuarsi*, e un *esistere* che non di rado va letto come un *r-esistere* (all’usura e all’estenuazione, alla diminuzione dei membri, alla logica di maggioranze religiose preponderanti, all’assimilazione, alla secolarizzazione...). Tali valori sono particolarmente ancorati nelle “chiese di e per anziani”, ma non si può dire ne costituiscano i “principi attivi” nel senso biologico, quanto in termini identitario–normativi. Ovvero non contengono, o tutt’al più in dosi omeopatiche, la carica energetica necessaria per l’azione, giacché la si ricerca all’interno di una comunità consunta e non fuori, per timore di snaturare gli equilibri interni ancor più che per incapacità. Il pastore inteso non come leader e uomo di visione operativa bensì quale punto d’equilibrio e moderazione non potrà a sua volta dissociarsi dalla tirannia dell’esistente a favore di “ciò che potrebbe essere” senza ritrovarsi in una *no man’s land* ove chiunque gli potrà rinfacciare qualcosa. In effetti, i riflessi prudentziali e autoconservativi – giungano essi dalle comunità, dai pastori o dalla loro sinergia – si sviluppano facilmente nell’assenza di nitidezza operativa, di criteri di valutazione sulla vitalità delle chiese e dei loro ministri, di metodi di verifica puntuale condivisa, di correzioni di rotta

attrezzate. Non sta a un sinodo- e, su suo mandato, alle amministrazioni di Chiesa - impartire direttive, ma neppure sottrarsi all'esigenza di orientamenti chiari, efficaci, operativamente riscontrabili. Lo stesso dicasi per le chiese locali attempate, il cui bisogno di autosufficienza e di autarchia - che caratterizza non solo le persone, ma anche le istituzioni anziane - è in realtà direttamente proporzionale a quello, inespresso ma non meno cogente, di non essere ridotte a se stesse, divenendo in definitiva il proprio cronicario. Occorre, per questo, una visione, un'energia, un coraggio, un mandato e delle scelte che escano dalla pura ricerca della compatibilità, ovvero della non scelta per eccellenza. Poiché ogni scelta parte dalla rinuncia, ovvero dalla separazione da qualcosa a favore di qualcos'altro. A che cosa possiamo, vogliamo, dobbiamo rinunciare per rendere possibili cose diverse? La chiesa di anziani sono un dato di realtà, insopprimibile come il pastore/la pastora di anziani. Ma abdicare alla trasformazione, pur lunga e laboriosa, dell'esistente accondiscendendovi significa non rendere conto della speranza che forse non è più in noi.

5

Piccolo dizionario dell'anzianità

Raccontare alcune sigle, termini tecnici
e specialistici come “occasione per toccare
alcuni dei problemi focali
dei servizi per anziani”

di Gianluca Barbanotti,
segretario esecutivo della Diaconia Valdese CSD

RSA - Residenza Sanitaria Assistenziale

È una struttura residenziale destinata ad accogliere per periodi lunghi persone non autosufficienti, che hanno cioè bisogno di assistenza per lo svolgimento delle attività quotidiane e, spesso, di cure per patologie croniche. Una struttura per anziani può avere al suo interno nuclei RSA accanto ad altre tipologie di accoglienza. L'accesso ai servizi di una RSA, normalmente, è subordinato ad una valutazione di non-autosufficienza sancita da una commissione dell'Azienda Sanitaria. Avvenuto il riconoscimento l'anziano è inserito in lista d'attesa. Quando c'è la disponibilità di un posto, parte della retta è a carico dell'Azienda Sanitaria. Capita, sempre più spesso purtroppo, che si verifichino casi di inserimento "privati" perché non si trovano, in attesa dello scorrimento delle liste di attesa, soluzioni diverse.

RA - Residenza Assistenziale

È una struttura destinata ad accogliere anziani parzialmente non autosufficienti. Ci sono molte varianti nella definizione di questo tipo di servizi, che si sono susseguiti nel tempo e adattati alle svariate normative regionali. Una

delle difficoltà è stata negli anni trovare il modo di “raccordare” le RA con le RSA. Sono così sorti altri tipi di servizi intermedi, con relativa sigla: RAF (Residenza Assistenziale Flessibile) o BIA (Bassa Intensità Assistenziale); ecc. La confusione è attestata anche dall’esistenza di una Commissione per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza istituita presso il Ministero per la Salute che ha così sintetizzato il quadro della situazione “Si dà atto infatti che la denominazione corrente di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ha assunto nelle singole Regioni significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case Di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative etc. Se l’esatta classificazione delle strutture è molto incerta, i dati sulle prestazioni erogate sono praticamente inesistenti, in assenza di un flusso informativo nazionale che consenta di rilevare l’episodio di ricovero. Men che meno esiste un flusso in grado costruire indici di case-mix assistenziale dei soggetti assistiti e di valutare l’appropriatezza del trattamento.”

Centro Diurno - Servizio semiresidenziale

È un servizio aperto dalla mattina alla sera, spesso appoggiato anche da un servizio di trasporto dal domicilio al Centro. Accoglie persone anziane, con vari livelli di autosufficienza, che continuano a vivere presso la propria casa. Alcuni centri diurni si specializzano nell’accogliere persone affette da una forma di demenza, consentendo di prolungare il più possibile la permanenza nel proprio nucleo familiare. È, a volte, anche propedeutico ad un passaggio graduale alla struttura residenziale, dando modo di conoscere gli ambienti e le persone e riducendo in questo modo il trauma del cambiamento.

Caregivers

Termine anglosassone che indica coloro che si prendono cura di altri (di anziani nel nostro caso). Si ricomprendono sotto questo nome sia i famiglia-

ri che i professionisti, al cui lavoro di cura si riconoscono delle specifiche trasversali riconducibili essenzialmente alla relazione. I familiari, di solito i coniugi e i figli, si trovano coinvolti ed assorbiti in compiti di cura e accudimento che esauriscono le forze. Si sentono impotenti di fronte all'inesorabilità delle condizioni della persona in cura e hanno molta ansia rispetto alla propria capacità di "tenuta" nel tempo. Accanto ai problemi relazionali ci sono anche problemi economici derivanti dai costi per ausili, medicinali, visite, ricoveri, rette, badanti. A questi si aggiunge l'incertezza sull'esigibilità dei diritti: ci sarà posto in una RSA? avrò i soldi per pagare? a chi devo rivolgermi?

Ricovero di sollievo

Accoglienza per qualche giorno (da 2 a 30) di un anziano in una struttura residenziale.

Questo tipo di servizio è attivato, quando possibile, per dare un periodo di sollievo ai familiari della persona anziana che necessita di cura continuativa: può essere un week end o un periodo più lungo. Non è sempre facile trovare strutture disponibili a questo tipo di servizio.

Assistenza Domiciliare

Intervento a domicilio dell'anziano da parte di operatori qualificati.

L'assistenza domiciliare, sviluppata in modo notevole negli ultimi decenni anche grazie al lavoro di associazioni quali La Bottega del Possibile, è un servizio che si svolge presso il domicilio della persona. La tipologia di prestazione fornita varia molto a seconda delle situazioni e delle condizioni delle persone, ma è caratterizzata sempre da un intervento "puntuale" e non continuativo: l'operatore svolge uno o più interventi settimanali presso il domicilio. Non sostituisce il caregiver, ma, eventualmente, lo aiuta in alcune funzioni (alzata, igiene, ecc.). La domiciliarità è una modalità di gestione "win-win" dove tutti ne traggono vantaggi: gli anziani, che possono rima-

nere nel proprio contesto, e il servizio pubblico che ha dei costi molto più bassi. Ci sarebbe bisogno, come succede in altri Paesi europei, di rinforzare questo servizio per poter allargare il suo ambito di intervento e ridurre e ritardare il ricorso a ricoveri in struttura.

Assistenza Domiciliare Integrata

Intervento a domicilio dell'anziano da parte di operatori assistenziali e sanitari: infermieri, medici, terapisti.

Servizio erogato di norma dalle Aziende Sanitarie, consente di fare a domicilio cure ambulatoriali, risparmiando costi e stress alle persone anziane e alle famiglie. È un servizio attivo solo in alcune zone del territorio nazionale, prevalentemente in ambito cittadino.

Non autosufficienza

Usualmente è riconosciuto lo stato di non autosufficienza quando la persona ha necessità di aiuto per svolgere le operazioni quotidiane ricorrenti, distinte in quattro categorie: igiene personale, alimentazione, mobilità, faccende domestiche. La frequenza e l'ampiezza delle necessità caratterizza il grado di non autosufficienza. Si possono individuare tre gruppi: al livello meno grave appartengono i soggetti che hanno bisogno di assistenza esterna per almeno una volta al giorno per incapacità riferita ad almeno due delle quattro funzioni base della vita quotidiana; al livello intermedio appartengono quei soggetti che necessitano di notevole assistenza per almeno tre volte al giorno, per carenza di due funzioni base della vita quotidiana; al livello più grave si trovano quei soggetti che abbisognano di assistenza continuativa nell'arco dell'intera giornata. È da segnalare come questo approccio porti a sottovalutare le conseguenze dei deficit cognitivi che sono, spesso, il motivo principale per cui una persona non può più vivere in modo autonomo.

OSS Operatori Socio Sanitari

Sono la “spina dorsale” dei servizi per gli anziani, sia residenziali, che semi-residenziali e domiciliari. La formazione, che ogni regione struttura in modo autonomo, prevede 1000 ore di cui 450 di tirocinio e un esame finale. L'OSS svolge compiti che aiutano a soddisfare i bisogni fondamentali delle persone di cui si occupa. È un lavoro impegnativo sia sul piano fisico (aiuta le persone ad alzarsi, deve gestire persone non più in grado di muoversi autonomamente, ecc.) che sul piano relazionale (ci si occupa e ci si relaziona con persone che hanno un decorso infausto, che sono sostituite da altre persone anziane, in un clima spesso reso più complicato dall'insorgere di vari tipi di demenza). Per questo motivo molte OSS (è una professione prevalentemente al femminile, anche se non mancano gli uomini che ci si sono dedicati) che lavorano da molti anni in questo settore sono particolarmente affaticate e presentano spesso l'insorgenza di complicazioni sanitarie che mettono a serio rischio la possibilità di proseguire il lavoro. Questo è uno dei motivi per cui è stato riconosciuto come “lavoro gravoso” ai fini pensionistici.

PAI. Piano Assistenziale Individualizzato

È il documento che raccoglie gli obiettivi, i metodi e gli strumenti cui i vari operatori del servizio si devono riferire nella cura del singolo utente. Di solito è un documento “multidisciplinare” alla cui redazione e revisione dovrebbero partecipare anche i familiari o, quando possibile, la persona direttamente coinvolta. Questo è uno strumento importante in una struttura per anziani perché vuole sottolineare che non ci si rassegna al fato, ma si lavora per obiettivi cercando di mantenere il più a lungo possibile le autonomie e la qualità della vita.

Retta alberghiera

Costo non sanitario del servizio residenziale. Nella sempre variegata interpretazione delle regioni, nelle RSA la retta è suddivisa in “quota sanitaria”

e “quota alberghiera”. La quota sanitaria è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre la quota alberghiera rimane di competenza dell'ospite e, quindi, spesso, dei suoi familiari. A volte, per situazioni particolarmente disagiate, la quota alberghiera è in carico al Comune di residenza.

Continuità assistenziale

Il concetto di continuità assistenziale fa riferimento all'ambito sanitario ed è il processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro, sia esso domicilio, ospedale, RSA, ecc. Per il paziente anziano, spesso affetto da una pluralità di malattie croniche, è determinante per la sua salute e benessere che le informazioni socio sanitarie che lo riguardano si inseriscano in un flusso continuo: dal medico di base, al presidio ospedaliero, alla struttura residenziale di accoglienza. È una sfida che si sviluppa sia sul piano tecnologico (cartella sanitaria informatizzata) che su quello relazionale, con delle figure specifiche di accompagnamento e collegamento fra le diverse realtà.

6

I centri diurni

di Rossella Monardo,
*educatrice, responsabile settore Alzheimer
del Rifugio Re Carlo Alberto*

Paola Raccanello,
animatrice dell'Asilo valdese di Luserna San Giovanni

Roberta Stella,
coordinatrice CDI dell'Asilo valdese di Luserna San Giovanni

Annalisa De Cecco,
coordinatrice CDI de Il Gignoro

6.1. I Centri Diurni Integrati e Alzheimer

Il processo che conduce una persona anziana, o più spesso i suoi famigliari, a cercare un aiuto esterno per la sua assistenza non porta necessariamente in prima battuta all'inserimento dell'anziano in quella che viene comunemente chiamata casa di riposo.

Spesso le strutture per anziani offrono infatti, a fianco ai servizi residenziali, i Centri Diurni, servizi semiresidenziali che mirano a favorire il mantenimento dell'ambiente familiare in cui l'anziano è abituato a vivere e a svolgere una funzione di sostegno verso le persone socialmente meno agiate.

I Centri Diurni possono essere Integrati (CDI) o Alzheimer (CDA).

I Centri Diurni Integrati accolgono anziani autosufficienti o parzialmente autonomi, con patologie e caratteristiche differenti: disturbi cognitivi lievi o moderati, malattie neurodegenerative, patologie psichiatriche e malattie cardiocircolatorie, sovente concomitanti, vista l'età. Possono accogliere un massimo di 20 ospiti (convenzionati e non). I Centri Diurni Alzheimer, invece, seguono in modo specifico solo persone con disturbi cognitivi nelle prime

fasi delle varie malattie dementigene e accolgono un massimo di 12 persone, tutte convenzionate.

Non sempre i Centri sono unicamente rivolti a persone anziane. Infatti in alcuni casi l'assistenza è diretta anche a persone più giovani, sovente con malattie psichiatriche, con disabilità motoria o con un'insorgenza precoce del deterioramento cognitivo.

I Centri sono normalmente aperti dal lunedì al venerdì (in alcuni casi anche il sabato), con un orario variabile che copre dalle 8 alle 10 ore a seconda delle indicazioni regionali. Alcuni Centri offrono inoltre la possibilità di usufruire di week-end di sollievo che prevedono l'ospitalità residenziale degli utenti in alcuni fine settimana prestabiliti.

Non tutti gli utenti frequentano tutti i giorni della settimana: è possibile anche una frequenza ridotta a pochi giorni, in base alle esigenze dell'ospite e della famiglia.

Le finalità principali dei Centri Diurni sono:

- garantire una continuità con la permanenza al domicilio per prevenire o ritardare l'istituzionalizzazione della persona;
- creare un ambiente accogliente, che ricordi e dia la sensazione all'ospite di trovarsi in una casa;
- sostenere le famiglie nell'assistenza continuativa del proprio caro, offrendo ascolto e servizi qualificati (medici e psicologi) per poter affrontare le varie difficoltà legate all'avanzare della malattia, in particolare nei CDA;
- coinvolgere il familiare (caregiver) attraverso uno scambio di informazioni, obiettivi, problematiche, strategie, sia per la fase iniziale di inserimento che per il periodo di frequentazione del Centro Diurno.

La capacità dei Centri Diurni di adattarsi ai tempi di vita dell'anziano e dei suoi caregivers, di comprendere il bisogno dei familiari e di ascoltarli, di coinvolgerli nella vita del servizio e nel progetto di cura del loro caro, incide significativamente sulla qualità del sostegno fornito e alimenta la fiducia di

base, che consente un sereno affidamento dell'anziano al centro stesso.

Le famiglie che si rivolgono al CDI o al CDA hanno infatti la necessità di avere un punto definito e qualificato a cui fare riferimento e da cui ricevere appoggio, per esigenze differenti: l'aiuto per l'effettuazione del bagno assistito, perché a domicilio non ci sono le attrezzature adeguate; la sicurezza per una corretta somministrazione della terapia; il sostegno per poter far coincidere i giorni di frequenza al centro diurno con le necessità personali del caregiver (sovente i figli lavorano ancora, ed hanno quindi bisogno di assistenza nella fase centrale della giornata), la possibilità di aumentare le relazioni del proprio familiare con altre persone, in modo da garantirgli maggiori e diversi stimoli.

La giornata tipo in un Centro Diurno inizia con l'accoglienza e la colazione, momento molto importante per la valutazione dello stato di salute e psicologico dell'ospite. Nella mattinata vengono svolte diverse attività con programmazione settimanale o cicliche a progetto (es. teatro, coro, attività di narrazione, attività museali). Durante il pranzo gli ospiti vengono aiutati secondo le loro necessità e in base al loro livello di autonomia. Dopo pranzo hanno un breve momento di riposo seguito dalla merenda e da altre attività.

I servizi offerti dai Centri Diurni includono l'aiuto nella cura del sé (come per l'igiene personale e/o per il bagno assistito), la somministrazione delle terapie, eventuali cicli di riabilitazione fisioterapica, attività di animazione e il servizio di trasporto a domicilio (interno o svolto da organizzazioni terze).

CDI e CDA seguono una programmazione settimanale delle attività di animazione, che possono essere di tipo ricreativo, terapeutiche o di riabilitazione cognitiva. Tutte sottintendono ad un lavoro volto ad evitare l'isolamento e a favorire la socializzazione, principi che sono alla base di ogni progetto di Centro Diurno.

Ne sono un esempio le attività di stimolazione dell'attenzione e della memoria (le letture del giornale, di un libro, vari giochi organizzati), delle abilità manuali e creative (i gruppi di pittura, bricolage, disegno, collage), le

attività multisensoriale (le attività di cucina, ortoterapia e pet therapy), il progetto Brainer (riabilitazione cognitiva su PC) e la riabilitazione cognitiva di gruppo.

Momenti relazionali e di stimolo si presentano anche tra gli ospiti stessi, a volte su argomenti introdotti dall'OSS o dall'animatrice, in altri casi nati spontaneamente per il rapporto di amicizia tra loro instaurato.

Intorno alla persona ruotano quindi diverse figure professionali, che lavorano con l'obiettivo di creare un progetto di intervento mirato che si struttura nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione, nel rispetto delle caratteristiche dell'anziano e delle sue necessità, stimolando il benessere e la socialità.

Nei Centri Diurni sono presenti operatori dedicati all'assistenza, infermieri che monitorano e somministrano le terapie prescritte dal geriatra e dal medico di base, fisioterapisti che eseguono i propri programmi in base alle indicazioni fisiatriche, neuropsicologi e psicologi che danno un supporto alla persona e somministrano i test neuropsicologici (in particolare nei CDA), educatori che si occupano dell'animazione e molti volontari di organizzazioni nazionali e internazionali che supportano tutte queste figure professionali.

6.2. Il Centro Diurno Alzheimer del Rifugio Re Carlo Alberto (Luserna S. Giovanni, TO)

Il Centro Diurno del Rifugio Re Carlo Alberto, aperto dal 2000, si trova lontano dal centro del Paese, in zona collinare. Gli ambienti sono molto simili a quelli di una casa, con un'ampia cucina ed uno spazioso salone su cui si affaccia il giardino Alzheimer, grande risorsa per gli utenti. Qui si trovano numerosi stimoli sensoriali: galline, gatti, conigli, vasconi rialzati per l'ortoterapia, un orto, una veranda dove poter pranzare tutti insieme nella bella stagione, un ampio prato su cui corre un percorso circolare. Tutti gli utenti

possono entrare e uscire dal giardino Alzheimer senza trovare ostacoli. Vi è la presenza di tre operatori OSS, un'infermiera professionale e un'educatrice. Esiste anche un servizio di trasporto da casa al Centro e viceversa di cui usufruisce la maggior parte degli ospiti. Tutti gli operatori sono formati per poter relazionarsi con gli utenti con un approccio consona alla prevenzione dei disturbi del comportamento e allo sviluppo e mantenimento delle autonomie. Tutti partecipano alla supervisione mensile svolta da una psicoterapeuta di gruppo. Coesistono attività strutturate fatte da professionisti esterni (musicoterapia, orticoltura, geromotricità e pet therapy) e le stesse attività sono portate avanti dagli operatori nel quotidiano in maniera più informale, insieme alla coloritura dei mandala, attività di cucina, uscite sul territorio, soggiorni marini, giochi con le carte, lettura del giornale, tombola, cruciverba, etc. Per ogni utente si scelgono le attività partendo dalla sua Storia di Vita, che viene compilata con i familiari prima dell'ingresso. L'ingresso è graduale e richiede la presenza del familiare nelle prime due giornate. Il giorno prima due operatori si recano a casa della persona che fa l'ingresso per conoscerla nel suo ambiente e fare in modo che, forse, il giorno seguente abbia un rimando di quella visita. Altre figure professionali collaborano alla riuscita del progetto: è presente una geriatra ogni quindici giorni che può monitorare le terapie e incontrare i familiari, tutte le settimane è presente un fisiatra che dà indicazioni e coordina il lavoro delle fisioterapiste. È disponibile anche la consulenza ASL di un neuropsicologo con cui vengono compilati i progetti e che controlla il lavoro di Brainer che svolgono le due neuropsicologhe presenti quotidianamente. Ciò ci permette di avere una valutazione costante della progressione della malattia. I familiari hanno la possibilità di partecipare ad un gruppo di automutuoaiuto tenuto da una psicoterapeuta mensilmente. Tutti i mesi è possibile per gli utenti partecipare ad un week end di sollievo: gli ospiti possono fermarsi dal venerdì mattina sino al lunedì pomeriggio presso il Rifugio, che è dotato di alcune stanze dedicate poste proprio sopra i locali del Centro Diurno. Questa iniziativa è nata da una richiesta dei familiari nel 2003, proprio come sollievo per loro stessi, ed è diventato anche per gli operatori una risorsa per conoscere meglio l'utente e i suoi comportamenti durante l'arco delle 24 ore.

Dopo 19 anni di esperienza è sicuramente possibile trarre le seguenti conclu-

sioni: il centro diurno migliora fin dall'inizio il tono dell'umore dell'utente, dà una varietà di stimoli ambientali e relazionali che a casa non sarebbe possibile e quindi permette di migliorare l'eloquio, le autonomie e rafforzare l'autostima. Le famiglie non si sentono più sole e ritardano di molto l'accesso del proprio caro alla struttura residenziale.

6.3. Il Centro Diurno Integrato dell'Asilo Valdese per persone anziane di Luserna San Giovanni (TO)

L'Asilo Valdese di Luserna San Giovanni è una Casa di Riposo per persone autosufficienti e non, con 120 posti letto. La struttura, immersa nel verde del giardino che la circonda, è situata poco lontano dal centro del paese, facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici e dotata di ampio parcheggio esterno.

Il Centro Diurno Integrato dell'Asilo, attivo dall'anno 2000 e convenzionato con l'A.S.L. TO3, offre la possibilità a persone autosufficienti e non di passare la giornata svolgendo diverse attività tra le quali laboratori manuali (pittura, ortoterapia ecc.), attività ludiche (giochi di società, canto ecc.), gero-motricità, pet therapy e rapporti individuali, gestite da personale interno ed esterno qualificato.

La giornata tipo del Centro Diurno Integrato dell'Asilo Valdese di Luserna San Giovanni può essere così riassunta:

- Dalle ore 08.30 alle 09.30 (circa) trasporto degli utenti dal loro domicilio all'Asilo valdese utilizzando un automezzo della Croce Rossa Italiana (sede di Torre Pellice) con cui la struttura ha una convenzione.
- Ore 09.30 accoglienza dell'ospite e servizio del "coffee-break" con bevande calde e fresche.
- Dalle ore 10.00 alle 11.30 attività programmate secondo un calendario pre-stabilito alternate tra: riattivazione motoria e mantenimento delle capa-

cità residue, laboratori e attività ludico aggregative atte a favorire la socializzazione e la ricreazione.

- Ore 12.15 pranzo, con particolare attenzione a eventuali necessità dietetiche specifiche.
- Dalle ore 13.00 alle 14.30/15.00 riposo pomeridiano su poltrone ad altezza variabile.
- Ore 15.00 servizio del “coffee-break” con bevande calde e fresche, yogurt e budini.
- Dalle ore 15.30 alle 16.30 attività programmate secondo un calendario pre-stabilito alternate tra: riattivazione motoria e mantenimento delle capacità residue, laboratori e attività ludico aggregative atte a favorire la socializzazione e la ricreazione.
- Dalle ore 16.30 alle 17.30 (circa) trasporto degli utenti dall’Asilo valdese al loro domicilio utilizzando un automezzo della Croce Rossa Italiana.
- In caso di necessità, da concordare tra i famigliari e la direzione dell’Asilo valdese, è possibile effettuare un prolungamento dell’orario di permanenza presso la struttura con consumazione della cena; in questo caso viene richiesto alla famiglia di farsi carico del trasporto serale al domicilio.

Inoltre i servizi offerti alla persona comprendono (se richiesti) bagno settimanale, parrucchiere, pedicure e sedute individuali di fisioterapia.

Il numero di ospiti che utilizzano il servizio, sia convenzionati che privati per un massimo di 20, è variabile in quanto ci sono persone che frequentano tutti i giorni e altri in giornate specifiche, legate anche alle attività programmate. Gli inserimenti avvengono su richiesta delle famiglie o dagli Assistenti Sociali, in un’ottica di un servizio sempre più integrato con il territorio, previo colloquio conoscitivo sia con i famigliari che con i fruitori del servizio. Coloro che frequentano il Centro Diurno Integrato hanno la precedenza per eventuali ricoveri di sollievo o definitivi in Struttura, qualora ne sopraggiungesse la necessità.

6.4. Il Centro Diurno Integrato de Il Gignoro (Firenze)

Il centro diurno del Gignoro è perfettamente inserito nel quartiere 2 nella zona Sud di Firenze, con il quale trova sempre nuove forme di collaborazione e integrazione. È nato nel 1994 da un progetto dell'animazione del Gignoro. In 25 anni di servizio sul territorio il Centro si è adeguato alle necessità sempre più complesse e variegata della nostra società. Se in un primo momento infatti gli ospiti erano autosufficienti e le attività erano di tipo essenzialmente ricreativo, presto è stata necessaria l'introduzione della figura dell'Oss e una specializzazione nell'ambito del ruolo dell'animazione.

Proprio grazie a questa "genesì", l'impronta educativa ha plasmato a tutti i livelli l'approccio all'ospite. La storia del diurno è stata inoltre influenzata dalla presenza nella struttura residenziale di un nucleo Alzheimer. Attualmente gli ospiti sono prevalentemente non autosufficienti, con problematiche sanitarie sempre più complesse. È stato infatti necessario dare risposta all'esigenza di accogliere persone con disabilità fisica anche di età inferiore ai 65 anni e ospiti psichiatrici (che con il compimento del 65° anno di età "diventano anziani" e smettono di essere seguiti dalle strutture di riferimento). Questa nuova sfida ha reso necessaria una rivisitazione del lavoro del Centro, ripensando alla valutazione multidisciplinare delle prove pre-ingresso e al coinvolgimento degli ospiti stessi durante l'elaborazione dei Piani Assistenziali Individualizzati.

Altro punto importante del lavoro del Centro Diurno è stata l'elaborazione del Codice Etico, che condividiamo volentieri con voi, che ci guida nel nostro navigare in orizzonti così tanto ampi.

CODICE ETICO DEL CENTRO DIURNO DE IL GIGNORO ECOLOGIA DEL COMPORTAMENTO AL CD

Noi vogliamo incoraggiare la tua **AUTONOMIA**, quindi ci impegniamo a esaltare la tua partecipazione valorizzando la tua autostima, non sostituendoci a te nelle cose che tu ancora sai fare, ma aiutandoti con sensibilità solo quando ne avrai veramente bisogno. Faremo attenzione a non fare in fretta ciò che tu puoi riuscire a fare lentamente e a mantenere un ambiente familiare, pulito e confortevole (fruibile).

Noi vogliamo accoglierti e non considerarlo come un punto di arrivo ma come l'inizio di un percorso insieme, basato sull'osservazione e l'ascolto non giudicante, nel dono che vorremmo farci di una conoscenza reciproca, quindi ci impegniamo ad attuare progetti sulla **PERSONA** che eri, che sei, che diventeremo insieme.

Noi vogliamo lavorare incentrando il nostro agire sul reciproco **RISPETTO** di ogni persona, di ogni situazione e di ogni famiglia, quindi ci impegniamo a tutelare i bisogni, le emozioni, i momenti di fragilità, facendo attenzione a non eccedere come professionisti nell'interpretare, condizionare, forzare i comportamenti, istaurando relazioni scevre da logiche di prevaricazione.

Noi vogliamo difendere la **QUALITÀ DELLA VITA**, quindi ci daremo tutti da fare per creare un ambiente familiare.

Ci impegniamo a rispettare l'intimità nel servizio di assistenza quotidiana, non violando in alcun modo la privacy di nessuno.

Ci dedicheremo a mediare i tuoi desideri all'interno del gruppo mettendo in primo piano la dignità di ognuno.

Noi vogliamo che ognuno viva la propria **LIBERTÀ**, per questo ci impegniamo a limitare i mezzi di contenzione ai soli casi di messa in sicurezza, quindi utilizzeremo il volano della relazione come mezzo di ascolto, di contenimento e rassicurazione.

Noi vogliamo che qui si possa uscire dalla solitudine e trovare **ALLEGRIA E SERENITÀ**, quindi ci impegniamo ad ascoltare pazientemente e a condividere i tuoi problemi, ma anche a cercare con gioia il modo per sentirli meno pesanti insieme, affinché il gruppo sia di conforto e stimolo.

Noi vogliamo che ogni professionista possa esprimersi a pieno, crediamo nella forza della **COLLABORAZIONE** quindi ci impegniamo ad accorgerci e a fare tesoro della ricchezza dell'altro e allo stesso tempo ad aiutarci ad accettare senza paura i nostri e gli altrui limiti, evitando la competizione ma mettendoci al servizio del Benessere comune.

7

Il benessere dell'anziano: le attività offerte dalle strutture per anziani

Garantire e ricercare il benessere della persona anziana, come risaputo, non consiste soltanto nell'offrirle le cure minime che le permettano di vivere pulita, nutrita e seguita da un punto di vista medico. Nel corso degli anni l'attenzione per il benessere complessivo della persona ospitata, quindi anche sociale e psicologico, ha portato allo sviluppo di numerose attività e tecniche educative, socializzanti, di stimolazione fisica e cognitiva, in un costante intreccio tra fini ricreativi e di animazione e fini più propriamente riabilitativi.

Di seguito si propone una carrellata delle principali attività che vengono normalmente svolte in una casa di riposo. Non si tratta ovviamente di un elenco esaustivo, anche perché nuove tecniche e iniziative sono sempre in divenire, ma di una panoramica di come l'attenzione di chi lavora con gli anziani sia sempre volta a sostenere e promuovere le potenzialità, anche latenti, degli ospiti.

7.1. Musica e musicoterapia nei servizi per anziani

di Giacomo Downie,
coordinatore RSA de Il Gignoro, musicarterapeuta

Mister S., nato in Kentucky, da ragazzo aveva studiato il pianoforte. La musica è sempre stata presente nella sua vita, colma di incarichi impegnativi in vari luoghi del Mondo. Con la malattia ha messo da parte quest'attività: un ictus con conseguente emiparesi, il decadimento cognitivo e la mancanza di opportunità avevano fatto dimenticare al mondo che lui è un musicista. Ma il suo progetto di vita è legato al pianoforte, strumento che dà un senso alle sue giornate, e un percorso di cura non poteva trascurarlo. Ecco la "rinascita": in un contesto accogliente, volto a rassicurarlo e a stimolare le sue potenzialità, si riavvicina allo strumento con progressi evidenti quanto incredibili. Eccolo in gruppo ad ascoltare altre persone cantare, a coglierne la melodia... Quelle competenze che non si erano estinte assolutamente vengono recuperate facendo sì che lui ci accompagni delicatamente, poche note suonate con la mano destra, perché la sinistra è paretica, riprendendo intonazione e andamento melodico di canzoni che fra l'altro non appartenevano ai suoi repertori.

M.L., malattia di Alzheimer in corso, linguaggio verbale a tratti, disorientamento grave, lallazione incessante, sta seduta in una poltrona alternando periodi caratterizzati dai tentativi di fuga. Amante della musica classica

(nel senso più stretto da Haydn a Beethoven) intraprendiamo un percorso di ascolti di brani a lei cari. Progressivamente inizia a danzarli spontaneamente con gli arti superiori in gesti sempre più ampi associandovi espressioni facciali. Io mi limito a scegliere i brani e rispecchiare i suoi movimenti con lo scopo di darle conferma che recepisco ciò che lei esprime. I suoi tempi di attenzione e coinvolgimento si fanno sempre più lunghi, i movimenti più complessi. Lo spessore del senso che viene così attribuito alla musica è notevole. Gradualmente inserisco qualcosa di diverso nelle proposte musicali e nella coreografia, gesti miei che lei accoglie “rilanciando” con nuovi elementi. Uno sviluppo che ci porterà a dialogare sulla, con e nella musica. Il massimo risultato col noto *An der schönen blauen Donau* di J. Strauss. L'anziana professoressa diventa una sorta di farfalla che esce dal bozzolo e libera tutto il suo potenziale espressivo. Conservo ancora, a distanza di anni, un filmato dell'esperienza e quando lo presento nel corso di lezioni o seminari non emerge la documentazione di una persona malata, ma di una persona che risonando in un contesto particolare ci fa vivere 12 minuti di assoluta bellezza. Liberiamo lo Strauss che è in noi!

La Biritullera è un personaggio allegro e “canterino” di un brano tradizionale toscano che ci insegnavano a scuola. La signora T. è l'incarnazione del personaggio che mi appariva nell'immaginazione di bambino. Origine contadina, vivace, sempre in movimento. Il sabato “a veglia, sull'aia” venivano a sentirla dai paesi vicini. La musica naturalmente ha sempre accompagnato la sua lunga presenza da noi. Canto, danza, erano momenti di sosta nel suo girovagare incessante. Con l'incedere della malattia gli assistenti per indurla ad alzarsi e camminare intonano frasi musicali ritmate. Spesso la trovi a parlare da sola e senza soluzione di continuità le frasi si fanno canto. Ho registrato tante sue espressioni musicali spontanee, ne ho trascritte alcune su pentagramma, le ho arrangiate per tre saxofoni, eseguite con due colleghi e registrate. Il risultato ha degli effetti sorprendenti. Si tratta di una musica che parte dagli spunti offerti dalla signora stessa. Una volta andata avanti col suo decadimento grave, continua a riconoscere la sua melodia, il suo ritmo sviluppato dai musicisti.

Morommorò. D., marchigiana, perfetta donna di casa in quanto ciò era quel-

lo che amava fare e ci metteva passione. Cantava ed era attratta da chiunque cantasse. Abbiamo cantato molto con lei, da soli e in gruppo. Il suo vasto repertorio di canzoni italiane andava dagli anni '30 ai '60. Progressivamente il suo linguaggio verbale si fece confuso, frammentato e la varietà di canzoni si ridusse, l'ultima è stata Mamma (Bixio e Cherubini, 1940). È una canzone alla quale le persone anziane sono profondamente legate in quanto suono e testo si innestano direttamente in emozioni profonde, da trattare con cura. Però le parole finirono col confondersi e nel giro di breve tempo anche la musica. Ne uscì una nuova forma, una ripetizione delle sillabe morommo-rommoro... una stereotipia che finiva per infastidire chi le stava vicino e le operatrici. Ma tale litania o meglio "mantra" aveva un effetto rassicurante e calmante per lei. Non sarebbe esistito un farmaco altrettanto efficace, neanche a inventarlo. Il percorso fu pertanto di condividere col gruppo di lavoro l'importanza del suo canto, farlo accettare, accoglierlo e talvolta distoglierlo offrendole relazione.

Sono solo quattro esempi fra le tante persone che ho seguito in anni di lavoro con la musica presso la casa di riposo e centro diurno Il Gignoro. Hanno avuto in comune l'opportunità di trovare in musica una condizione ideale per accomodarsi serenamente in una condizione che comprende il disturbo neurocognitivo grave. Penso che esporre tali racconti sia il modo migliore per presentare l'approccio musicale che mi interessa, evidenziando la varietà di proposte musicali nel percorso musicoterapeutico e riscontrandone l'impossibile standardizzazione. Proseguo pertanto col descrivere il modello con relativo impianto teorico e metodologico che determina le scelte.

Faccio riferimento alla Globalità dei Linguaggi, disciplina che studia espressione e comunicazione umana, che in una connessione di valori e principi delinea un impianto teorico alla base di percorsi educativi, riabilitativi e terapeutici. *"Con tutti i linguaggi o "globalità dei linguaggi" significa anzitutto apertura e disponibilità a tutte le possibilità comunicative ed espressive, verbali o non verbali, senza previe esclusioni"* (Guerra Lisi S.).

Due elementi sono fondamento delle attività che andrò brevemente a descrivere: Progetto Persona e Dialogo Sonoro.

Progetto Persona è il metodo. Innanzitutto la persona con la quale si realizza un progetto, non si parte dalla tecnica o attività. Ogni persona arriva in struttura con un “bagaglio sonoro” che si manifesta in un “sound”, un ritmo, un andamento melodico individuale, dimensioni che hanno a che fare con gusti personali, passioni, emozioni, tensioni ed esperienze musicali. Tale musicalità si esprime in ogni momento, non solo quando si suona o si canta. Nella timbrica di una voce gridata, nell’andamento melodico di un wandering, nel ritmo di un gesto.

Primo passo è pertanto cogliere la musica della persona: un complesso di informazioni per un quadro di partenza. Lo si fa studiandone la storia, ricavata dal racconto diretto o dai famigliari. Lo si fa osservandone i comportamenti, le tendenze, le risposte agli stimoli.

Obiettivi generali:

- Offrire stimoli e opportunità per riattivare canali di comunicazione;
- Favorire un’integrazione o reintegrazione della persona in un contesto;
- Entrare nel suo mondo musicale coglierne le sfumature e attraverso fessure far *risuonare* qualcosa di lei.

Il programma sarà uno sviluppo di tutto ciò. Le attività svolte sono le pratiche musicali che conosciamo: cantare, danzare, suonare strumenti, ascoltare musica. Tali pratiche sono proposte e “giocate” in momenti e contesti diversi secondo una trama complessa che rispetta la situazione e gli obiettivi di un intervento. Qui si entra in merito al secondo fondamento.

Dialogo sonoro vuol dire che c’è una modulazione costante della proposta sonora in relazione a quello che succede nella relazione stessa. Si può giocare su parametri musicali quali timbro, velocità, altezza, intensità, calibrandoli sulla persona che abbiamo di fronte in uno sviluppo che partendo da un rispecchiamento passa per la richiesta, provocazione, l’attesa, l’intesa.

La verifica avviene almeno in due momenti:

- Nel corso dell'attività: osservandone la presa sulla realtà e l'interazione con gli altri. Per presa sulla realtà si intende la capacità di seguire l'oggetto dell'attività, farlo proprio e restituirlo arricchito;
- In relazione al PAI: in sede di équipe multidisciplinare si esaminano gli obiettivi raggiunti.

Le proposte, anche se relative a un percorso individuale, sono svolte in massima parte in seno a un gruppo. Lo stimolo arriva attraverso il coetaneo e in un grembo "comprensivo" si sviluppa il piacere di ritrovare qualcosa di sé nella melodia di una canzone o nel timbro di uno strumento. Il gruppo è formato da persone che vivono gli stessi spazi oppure sono gruppi riuniti appositamente in spazi dedicati. Realizzo almeno tre appuntamenti settimanali. Nel reparto dove stanno le persone con disturbi neurocognitivi, anche con incontri individuali propedeutici alla relazione con l'altro. Nella palestra dove la musica è vissuta nella dimensione del movimento; nell'atelier del venerdì: un incontro con tante persone (30-40) dove può succedere di tutto. Quando siamo tante persone diverse che cantiamo una canzone si crea una specie di network, una rete fra tutti, in cui questa canzone viaggia e tira fuori memorie da una persona all'altra.

È interessante prendere atto di come certi comportamenti, che tenuti fuori dalla struttura erano diventati soltanto problemi, all'interno del nostro gruppo si estinguono, e talvolta rappresentano anche delle risorse. Una persona che da noi gira incessantemente per un corridoio o un terrazzo, può valorizzare la sua capacità di "scaricare" in un'attività musicale a lei congeniale. Una persona che ha energia e picchia, potrebbe benissimo trovarsi a picchiare su una batteria, su un tamburo, sulla tastiera di un pianoforte; una persona che grida potrebbe benissimo trovarsi a cantare. Pian piano si riesce a cogliere, ad accogliere e a direzionare quelle energie che se ben convogliate li aiuteranno a stare meglio. Le persone con cui mi confronto mettono in atto comportamenti per paura, frustrazione, difesa, fuga della realtà, ed io, in qualche modo, devo riuscire a trasformare tutto ciò in arte. E l'arte crea il contesto che risponde positivamente a tali comportamenti.

La musica è profondamente integrata nel nostro comunicare. Mentre sto

parlando sto usando dei suoni con un'intensità, un ritmo, un tono: sto suonando. Tutte competenze che acquisiamo fin dai nove mesi di vita prenatale. Poi con i percorsi di socializzazione si acquisiscono nuove e diverse competenze incredibili in campo musicale. Il patrimonio interiore acquisito resta anche quando c'è una malattia, tipo l'Alzheimer o altre che devastano sotto tanti aspetti: la musica continua a essere un modo per innescare relazioni, sostenere la comunicazione; sotto un certo punto di vista, far uscire dalle persone contenuti che sono dentro, che sono bloccati, che sono stati rimossi, memorie di tutti i tipi.

Ci sono tante scuole di musicoterapia; facendo riferimento alla Globalità dei Linguaggi, ciò che conta non è necessariamente un oggetto musicale, una proposta musicale, uno strumento, un brano, un Mozart invece di un tamburo, ma è la relazione che questo oggetto o brano musicale può instaurare tra me e le altre persone in quanto linguaggio. Non è detto sia importante quale canzone sia; la stessa canzone la possiamo cantare in infiniti modi (veloce, lenta, sussurrata, rock, marcia, valzer, ecc.). L'arte della musicoterapia è trovare un modo che vada a toccare la persona che si ha di fronte, vada a risuonare con qualcosa che ha dentro. Allora la canzone diventa importante, il brano musicale diventa importante: quel qualcosa che era interiore ha un suo riscontro nella realtà concreta, si manifesta nel presente. Ma la musica è impalpabile, è una concretezza un po' strana, si insinua in fessure sconosciute e come con la poesia o la pittura, viene portato fuori qualcosa che la persona non sarebbe riuscita a dire con le sue parole.

Un lavoro del genere instaura una risonanza tra quello che succede nel contesto e quello che c'è dentro la persona. Si vedono spesso "miracoli": persone apatiche iniziano a muoversi, a cantare, persone che non parlavano da anni, suonano il pianoforte. E con sensibilità e creatività si vedranno nascere percorsi sempre nuovi.

7.2. La Palestra di Vita

Un metodo per migliorare la qualità della vita

di Marco Gibello,
responsabile del progetto e conduttore della Palestra di Vita presso l'Asilo dei Vecchi di San Germano Chisone

La Palestra di Vita (PdV) rappresenta un metodo di lavoro polivalente bio-psico-socio-educativo finalizzato a migliorare la qualità della vita delle persone anziane (istituzionalizzate e non) e di chi le assiste.

È stata ideata da Pietro Piumetti, psicologo psicoterapeuta del Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese e professore a contratto e direttore scientifico del Master in psicologia della salute con il metodo PdV presso l'Istituto Universitario Salesiano di Torino. La Palestra di Vita è stata avviata per la prima volta nel 1995 presso la residenza per anziani “Monsignor Calandri” di Boves e la titolarità del metodo è in capo al Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese, in collaborazione con l'Associazione “Il Laboratorio”.

La PdV si avvale della psicologia, della medicina e delle professioni che ruotano intorno all'invecchiamento in un'ottica integrata ed olistica, che assegni alla persona e non al corpo malato il ruolo di protagonista della salute.

Gli obiettivi principali della PdV mirano a responsabilizzare ad uno stile di vita impegnato, riattivare le risorse, pensare positivo, far riemergere il potere personale del singolo, motivare al legame sociale, prevenire e/o contenere la “patologia da ricovero”, il declino cognitivo e i disturbi del comportamen-

to, mantenere il più a lungo possibile le IADL¹ e le ADL², migliorare il tono dell'umore e la voglia di vivere, fare rete ed attivare le sinergie. Gli ospiti vengono aiutati a percepirsi come soggetti unici ed attivi e non come semplici appartenenti ad una medesima spersonalizzante "categoria sociale".

Il metodo ha una doppia valenza positiva, che consiste nella prevenzione, riabilitazione e nel miglioramento della qualità della vita della persona anziana e del caregiver e nel miglioramento del servizio della struttura.

La PdV è nata come attività di gruppo allargato e successivamente sono state ideate attività territoriali, a piccolo gruppo, multisensoriali e di assistenza psicologica.

7.2.1. I concetti fondamentali della Palestra di Vita

La PdV è strutturata in incontri di gruppo a cadenza settimanale in cui vengono proposte una serie di attività, ma in cui alla base c'è la cura della relazione. Attraverso di essa si ricerca la motivazione alla riabilitazione psicologica, in quanto nell'uomo i fenomeni psichici si riferiscono sempre ad una relazione sociale.

L'operatore si relaziona con l'anziano utilizzando un ascolto poetico in cui diventa "io ausiliario": l'io dell'anziano, entrando in contatto con l'operatore, si rivitalizza grazie ad una ri-significazione del suo linguaggio.

"Attraverso l'utilizzo dell'ascolto poetico l'anziano disorientato mantiene la capacità di relazionarsi, perché il suo inconscio è in movimento, nonostante la destrutturazione dell'io non gli consenta di significare in modo logico il linguaggio"

(Piumetti - Andreis).

Durante gli incontri si porta a responsabilizzare l'anziano all'autotutela della

1 Indice di Dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (n.d.r.)

2 Attività della vita quotidiana (n.d.r.)

salute, al pensare positivo e all'attivazione delle proprie risorse: l'*empowerment*, ad esempio attraverso incontri con vari esperti di salute su argomenti proposti dagli ospiti.

Esercizi di allenamento mentale, l'almanacco della ROT³, ginnastica dolce e rilassamento stimolano l'anziano ad un allenamento di mente e corpo favorendo uno stile di vita sano ed impegnato.

La PdV ha inoltre l'obiettivo di prendersi cura della rete, di fare sinergia collegando le persone anziane con gli operatori ed il territorio, favorendo il coinvolgimento di familiari, esperti, volontari di struttura, persone significative del luogo.

La cura del contesto di svolgimento dell'attività, unita alla chiarezza del contratto, con un programma scandito da diversi momenti realizzati in tempi concordati, definiscono la cura del setting, con l'obiettivo di interessare e motivare la persona anziana. Durante gli incontri viene dedicato spazio alla raccolta delle storie di vita e a domande mirate su fasi del ciclo di vita dell'anziano.

Un altro concetto che ruota attorno alla PdV è l'AMA - Auto e Mutuo Aiuto, che consente all'anziano di sostenersi valorizzando la competenza dell'esperienza.

Il canto iniziale e finale, la musica, il battito delle mani, attività ludiche e rinfresco diventano elementi dell'animazione utili a favorire l'aspetto ludico ed il mettersi in gioco.

La progettazione, documentazione e verifica sono aspetti essenziali nella PdV, con l'organizzazione settimanale delle attività ludiche, cognitive, degli incontri con esperti e la produzione di report trimestrali o annuali sull'andamento dell'attività. Il concetto della progettazione assume una doppia valenza, sia relativa al metodo PdV, ma anche per quanto riguarda la salute dell'anziano, con l'obiettivo di motivare la persona anziana a progettare an-

3 Terapia di Orientamento alla Realtà (n.d.r.)

cora il quotidiano, a trovare nuovi scopi e a verificare l'andamento.

“La PdV è una realtà che ha consentito di annullare molti pregiudizi e che ha contribuito in modo determinante ad elaborare un modello di riferimento per la psicogerontologia italiana. Le attività del metodo PdV rappresentano delle importanti opportunità di riattivazione della mente, del cuore e del cervello degli anziani e di chi li assiste”.

(M. Cesa-Bianchi)

7.2.2. Il Progetto Cres.Co Crescita di una Comunità

Nel corso del 2019 la struttura per anziani Asilo dei Vecchi di San Germano Chisone (TO) ha avviato il Progetto Cres.Co (Crescita di Comunità), un intervento educativo finalizzato ad un maggiore coinvolgimento relazionale delle persone residenti presso l'Asilo con tendenza a non partecipare o a partecipare in maniera saltuaria alle attività di gruppo programmate negli spazi comuni della struttura.

Un primo intervento di carattere individuale, denominato “**Piccoli Stimoli Quotidiani**”, si propone di mantenere una relazione significativa con alcune persone residenti nei differenti nuclei della struttura. In particolare i destinatari sono quei soggetti che non manifestano interesse alle attività di gruppo per inclinazione personale o si trovano impossibilitati a partecipare per cause di tipo fisiologico.

Il secondo intervento propone un'attività a gruppo allargato proprio attraverso il metodo della Palestra di Vita, mirato a coinvolgere coloro che, pur non partecipando ad attività programmate presso la struttura, mantengono un interesse, seppur minimo ed inespresso, alla socialità e alla relazione con l'altro.

L'obiettivo dell'intervento educativo è di creare le condizioni che favoriscano una maggiore socializzazione dei residenti attraverso la cura della rela-

zione, al fine di rafforzare in loro il senso di appartenenza ad una comunità.

7.2.3. L'esperienza della Palestra di Vita all'Asilo dei Vecchi di San Germano

La Palestra di Vita ha avuto inizio nel mese di gennaio 2019 con una fase osservativa, nata dal confronto con la responsabile assistenziale ed il servizio educativo della struttura socio-assistenziale, che ha consentito l'individuazione dei destinatari del progetto.

Si tratta di una ventina di persone residenti, in prevalenza con funzioni cognitive preservate o che presentano lieve deterioramento cognitivo. All'interno del gruppo si è scelto di mantenere un numero ridotto di soggetti con deterioramento cognitivo medio.

Il luogo individuato per lo svolgimento degli interventi è il salone delle attività al primo piano, ambiente che si è inteso rendere familiare per favorire la frequentazione da parte dei partecipanti anche al di fuori delle attività strutturate.

Gli incontri della Palestra di Vita hanno avuto inizio nel febbraio 2019 con sedute della durata di 1 ora e cadenza settimanale. Allo stato attuale il progetto si trova nella fase intermedia e conta 12 incontri svolti.

Durante gli appuntamenti di gruppo vengono proposte stimolazioni sensoriali (con materiali, profumi, supporti audio o immagini), dinamiche (esercizi di movimento, di consapevolezza al respiro) e cognitive (allenamento mentale), collegate ad un argomento del giorno emerso dagli interessi del gruppo negli incontri precedenti.

Gli argomenti hanno l'obiettivo di stimolare nelle persone il racconto autobiografico, al fine di valorizzarne il vissuto personale e consentire una rielaborazione del contesto culturale passato in relazione all'attuale società, in un'ottica interculturale.

L'intervento di un esperto con cadenza mensile rappresenta un momento in cui una risorsa interna dell'organizzazione (OSS, infermiere, fisioterapista, medico) incontra i partecipanti affrontando un argomento socio-assistenziale al fine di responsabilizzare l'anziano alla cura di sé e delle proprie relazioni e per un rafforzamento del legame professionista/residente.

All'interno di ogni incontro e dopo l'attività di tipo motorio è previsto un rinfresco, momento conviviale che consente un intervallo di tranquillità e svago in cui socializzare, ridere, rafforzare dei legami, contribuendo inoltre a responsabilizzare l'anziano al mantenimento di una adeguata idratazione.

Nella fase iniziale e conclusiva degli appuntamenti viene proposto il canto, riprendendo un'attività canora inserita nella programmazione delle attività di animazione, che risulta essere un momento molto apprezzato.

Le risorse impiegate sono costituite dal conduttore, regolarmente iscritto all'albo dei conduttori della PdV presso il Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese, che si occupa delle fasi di progettazione, erogazione, osservazione e valutazione; da un collaboratore individuato tra gli operatori socio-sanitari, che coadiuva il conduttore nella fase progettuale e organizzativa ed ha funzione di raccordo con la struttura organizzativa e di osservatore durante l'attività di gruppo, curando la gestione delle dinamiche interne; dalle volontarie, che sono un prezioso supporto per la preparazione del setting e degli incontri.

Gli strumenti di osservazione, implementati sino all'attuale fase intermedia, hanno riscontrato la partecipazione di 44 persone che per almeno una volta hanno assistito alla PdV. Tra queste si contano 10 persone che per differenti motivi non hanno proseguito l'attività (disinteresse, dimissioni, peggioramento delle condizioni di salute, decesso). Gli incontri contano una media di 20 partecipanti, con una possibilità di partecipazione libera ed aperta anche in relazione alla particolare tipologia del luogo di incontro. Il salone delle attività è infatti il principale punto di ritrovo in momenti liberi e strutturati, quali celebrazioni di festività, festa dei compleanni, etc. Il numero di persone che partecipa con continuità dall'inizio dell'intervento si aggira attorno

alle 18 presenze.

Si è osservato, con l'avanzamento del progetto, che i partecipanti hanno riposto una graduale fiducia nel gruppo. La composizione ed il rafforzamento della matrice ha permesso la creazione di uno spazio sicuro che ha visto il coinvolgimento anche dei soggetti con carattere più introverso o che non sono portati a parlare in pubblico per una bassa autostima legata al proprio livello d'istruzione. L'eterogeneità della proposta, finalizzata a stimolare la persona sotto molteplici aspetti (cognitivo, fisico, relazionale), ha consentito ai partecipanti il mantenimento di un interesse all'attività ed un buon grado di coinvolgimento, uniti alla curiosità verso le tematiche vicine agli interessi personali.

Nell'ultimo incontro antecedente la pausa estiva è prevista una valutazione intermedia attraverso un semplice questionario di gradimento strutturato ed un focus group, elementi informativi utili ad esaminare l'andamento ed il miglioramento del progetto, che proseguirà nel periodo autunnale.

A conclusione degli incontri è prevista una relazione conclusiva da presentare alla direzione per documentare i risultati e l'efficacia del progetto. I dati saranno inoltre diffusi al CSAC di Cuneo, supervisore del metodo, ai fini di condividere e perfezionare il processo osservativo e valutativo.

7.3. Snoezelen e la persona anziana: un incontro sensoriale ed emozionale per un'esistenza dignitosa!

di Marie Christine Szymanski,
psicoterapeuta e formatrice snoezelen

Nato negli anni '70 dall'idea di due professionisti olandesi, inizialmente l'accompagnamento *snoezelen* era dedicato a persone con grave disabilità fisica, cognitiva e sensoriale. La parola *snoezelen* contiene al suo interno due concetti, in olandese *snuffelen* (scoperta, letteralmente "annusando") e *doezelen* (rilassamento, letteralmente "sonnecchiando"). L'obiettivo principale dell'accompagnamento è quello di proporre alle persone spazi in cui esplorare la propria sensorialità ed esprimere le proprie relazioni, uno spazio in cui poter vivere con l'altro pienamente una relazione che sia sicura, accogliente, autentica, non giudicante e non discriminante. Per fare ciò è necessario passare attraverso una prima fase di avvicinamento, di incontro e di riscoperta reciproca, non stigmatizzata e filtrata dalla patologia, a cui segue una fase di rilassamento e di "sonnecchiamento", in cui la persona si sente libera di abbandonarsi a sensazioni a cui magari non sa più dare un nome, ma che riaprono canali di comunicazione con il mondo esterno.

Il bambino scopre il mondo attraverso i suoi sensi, il che porterà alla nascita delle emozioni e alla costruzione dei pensieri.

La persona anziana lascia poco a poco il mondo, con la perdita progressiva

delle sue facoltà cognitive, sensoriali, fisiche. I sensi, però, continueranno a mantenere la loro funzione di collegamento con il mondo, permettendo ancora per un po' la percezione di ciò che circonda la persona, mantenendo così le emozioni intatte.

La persona anziana, a causa di un fenomeno neuro fisico chiamato «deafferenza sensoriale», perde, invecchiando, l'acuità dei suoi ricettori sensoriali.

Per mantenere e stimolare le funzioni sensoriali e di conseguenza le facoltà mnemoniche, cognitive e di movimento, diventa essenziale stimolare i sensi.

L'essere umano è in contatto permanente con il suo corpo e con l'ambiente esterno tramite i sensi. Se la funzionalità sensoriale diminuisce, la persona progressivamente si ripiega su di sé, non comunica più, si isola dal mondo esterno.

Un fenomeno frequente per le persone anziane è il disinvestimento del tatto. Il tatto ha un posto a parte nelle funzioni sensoriali, poiché determina il nostro rapporto emozionale con il mondo. La percezione del proprio corpo è necessaria allo sviluppo del pensiero, il tatto quindi si sviluppa per primo, per dare sicurezza al bambino.

Nelle persone anziane, si realizza il percorso inverso. Lasciando andare il proprio corpo, un corpo stanco, affaticato, spesso ammalato, la persona si isola dagli altri e dalle altre, entrando in uno stato di «insicurezza». Il tatto, che prima garantiva il collegamento con il mondo esterno, si limita spesso ad un tatto di «cura», non si tratta più di un tatto relazionante.

Nella relazione con le altre persone, il tatto è importantissimo. Nella nostra cultura, toccare l'altro o l'altra rappresenta un marchio sociale. Con la persona anziana, il tatto relazionale passa prima tramite le mani: prendere la mano alla persona, accarezzarla, significa permetterle di ricollegarsi con la vita sociale. E farle capire che esiste sempre per noi, che ha sempre il suo posto nella società.

Una sensazione ne chiama un'altra, poi richiama i ricordi, riavvia la memoria a lungo termine, e infine richiama tutto il pensiero! La memoria a lungo termine, quella che resta viva più a lungo, è particolarmente legata alle modalità olfattive ed emotive. Nel cervello umano, la prossimità anatomica del sistema di memorizzazione (circuito di Papez) con i centri olfattivi e i centri delle emozioni spiega questo legame. Si pensi solo alla «madeleine di Proust». D'altra parte, certe melodie, alcune musiche, sono impresse nella memoria a lungo termine, perché spesso collegate ad un vissuto emozionale importante.

I centri della musica sono diversi da quelli della parola, e constatiamo spesso il ricordo di certe canzoni (musica e parole) da parte della persona anziana, anche in casi in cui il linguaggio è fortemente deficitario (qualche volta fino al mutismo).

Gli obiettivi principali dello Snoezelen sono:

- gestire i disturbi comportamentali;
- favorire il rilassamento;
- stimolare l'esplorazione dell'ambiente;
- favorire il contatto e la relazione interpersonale;
- instaurare relazioni positive nella cura quotidiana;
- promuovere il benessere della persona.

Molto importanti sono la comunicazione sensoriale, la comunicazione non verbale e la capacità di creare le condizioni per un incontro autentico, con armonia e calore. L'attività viene normalmente svolta in una stanza dedicata, dotata di strumenti multisensoriali quali materasso ad acqua, lettino vibrante, video proiettore, fibre ottiche, colonne ad acqua, musica, profumi e oggetti di vario tipo.

Se è generalmente raccomandato che l'accompagnamento Snoezelen si pratichi in una sala adattata a tale scopo, sarebbe meglio sicuramente riuscire a declinarlo lungo tutto il corso della giornata e, perché no, della notte.

L'accompagnamento Snoezelen applicato in tutti i momenti importanti per una persona può portarle beneficio e farla stare meglio.

Un risveglio Snoezelen, con musica dolce, poca luce, dolcezza, una carezza, rende già l'inizio della giornata più bello!

Un bagno Snoezelen, o una doccia Snoezelen, permette di riportare piacere nella cura del corpo, con dolcezza. Il corpo non è più solo vecchio e sofferente, ma diventa capace di sentire ancora un po' di conforto, di sollievo, capace di percepire l'interesse, la cura, l'attenzione della persona che si sta occupando di esso.

Un pasto Snoezelen, che ad una alimentazione necessaria e ligia alle regole preferisce un'alimentazione per «piacere», magari presa con le dita, permette che il gusto partecipi pienamente alla memoria e al piacere. Nel caso delle persone anziane, non è più tanto la fame o la sete che smuovono l'appetito o la sete, ma il gusto ed il piacere di condividere un momento «golosissimo».

Un momento di riposo Snoezelen permette al corpo di riposare, alla mente di sognare, di immaginare, ma anche di ricordare momenti belli, felici, di riviverli e di nutrirsi, magari anche grazie alla presenza dell'altro, che mi stimola a farlo.

Sono momenti in cui la persona anziana si sente libera di raccontarsi, con confidenza e sicurezza.

Un momento Snoezelen per preparare alla notte e al sonno può ridurre la somministrazione di un ulteriore farmaco o di un terapia al bisogno. La notte porta con sé tanta angoscia: e se muoio, se sto male, se soffro, se nessuno mi sente quando chiamo, ...

Snoezelen crea le condizioni favorevoli ad un maggiore rilassamento, più profondo, ad addormentarsi con più facilità. Magari le persone non dormiranno più a lungo, ma di sicuro dormiranno meglio!

Fino ad ora sono stati realizzati pochi studi sugli effetti dell'approccio snoezelen. Trattandosi di un concetto "soggettivo", è molto difficile misurare la sua incidenza sul comportamento umano ed è difficile realizzare statistiche o misurarne da un punto di vista medico gli effetti.

Uno studio del 2005 ad opera di P. Martin e J.L. Adrien ha raccolto alcune esperienze portate avanti in Europa e negli Stati Uniti. La maggioranza delle ricerche si è concentrata sui disturbi del comportamento (auto aggressività e aggressività, stereotipie, depressione). Anche se non si possono avere cifre esatte, si può constatare un miglioramento della qualità della vita delle persone accompagnate nello snoezelen e una diminuzione dei comportamenti aggressivi, non adeguati o stereotipati. Il che ha portato, in alcuni casi, ad una diminuzione di somministrazione di terapie al bisogno (neurolettici, sonniferi, etc). Allo stesso modo, si è riscontrato un miglioramento nell'ambiente generale all'interno delle strutture e il lavoro di cura da parte del personale ne ha tratto giovamento.

Per concludere vorrei dire questo: essere presenti a sé e all'altro, qui e ora, in modo autentico e sentito, non automatico, ci permette di offrire alle persone che accompagniamo una qualità di vita migliore, mantenendo e valorizzando il senso della nostra professione.

Applicare un approccio Snoezelen non prende più tempo di non applicarlo, non cambia le azioni che vanno intraprese quando ci si prende cura di una persona anziana. Ma cambiando il modo, l'approccio, offre un accompagnamento di qualità, rispettoso dell'altro, della sua integrità, della sua unicità, in uno scambio continuo: ridando senso alla vita della persona anziana che accompagniamo in Snoezelen, riprendo anche il senso della mia vita e del mio lavoro!

7.3.1. L'approccio Snoezelen alla Casa valdese delle Diaconesse

di Enrica Avondetto, Morena Benech, Valentina Bertinat,
Roberta Besso Pianetto, Aude Klein e Patrizia Pons,
operatrici della Casa valdese delle Diaconesse.

È dal 2016 che alla struttura per anziani Casa valdese delle Diaconesse di Torre Pellice (TO) viene proposto lo Snoezelen, attività che promuove il benessere degli ospiti abbinando il rilassamento della persona con la scoperta e il gioco attraverso stimoli sensoriali.

Abbiamo a disposizione un bellissimo carrello (dotato di ruote, così da poterlo trasferire anche nelle singole camere degli ospiti, oltre ad utilizzarlo nella stanza da bagno) con un tubo a bolle, in cui scorrono e si rincorrono all'infinito bollicine di acqua; una palla luminosa che cambia colore; un Hi-Fi che ci permette di ascoltare la musica (di solito a scelta dell'ospite); un diffusore di essenze; un fascio di fibre ottiche molto suggestivo; un proiettore che irradia giochi di luce e colore nella stanza.

Lo scopo dello Snoezelen è quello di aiutare la persona a provare piacere in quello che fa. Ogni persona coinvolta riesce a trarre ciò di cui ha bisogno partendo da quello che riesce a fare.

In un ambiente del genere è possibile favorire l'attenzione, l'esplorazione, la manipolazione, aumentare l'interazione con l'ambiente e favorire la comunicazione.

Durante le sedute abbiamo potuto notare che gli ospiti si confidano di più, e le emozioni vengono fuori.

Già dopo pochi minuti di immersione nell'acqua, nei colori, nella musica e nei profumi delle essenze, l'ospite cambia ...inizia a rilassarsi e "lascia" uscire le emozioni. C'è anche chi piange, probabilmente perché aveva accumulato stress e tensioni che lì, trovando il contesto giusto, si sciolgono.

Altre persone raccontano esperienze della loro vita. Una signora ha detto che le sembrava di essere tornata ragazzina quando andava a fare il bagno al “Tumpi”.

Per noi operatrici è una gioia vedere come un volto prima teso e sofferente, diventi rilassato e sorridente: con un'altra luce.

Periodicamente, circa due volte al mese, usufruiamo della stanza bianca dell'Uliveto², una stanza allestita apposta per svolgere le attività sensoriali dello Snoezelen. Siamo sempre un bel gruppetto ...ed è bello vedere che una volta sistemati chi sul materasso ad acqua, chi su quello sonoro, chi sui morbidi cuscinoni, cadano tutte le barriere e ci si senta tutti più uniti e uguali. C'è chi gioca a palla; chi ama maggiormente il massaggio, e dal rilassamento che ne deriva spesso le persone raccontano episodi del passato e anche confidenze intime. I vari colori che “escono” dal proiettore fanno sognare e incantare.

Il tempo passa purtroppo sempre molto velocemente ed è già ora di rifarsi nella quotidianità.

“Fare” Snoezelen con gli ospiti è sempre molto entusiasmante, ci permette il lusso di non avere fretta, una volta tanto...e di poter dedicare del tempo esclusivo, solo a loro...solo per loro!

In questo “tempo fuori dal tempo” possiamo dare ascolto non solo alle loro, ma anche alle nostre emozioni, ed in qualche modo condividerle. Durante le sedute qualcuno ha detto “mi sembra di essere in un altro mondo!”

1 Piscina d'acqua naturale che si crea nel letto dei torrenti (n.d.r.)

2 Struttura per disabili della Diaconia Valdese (n.d.r.)

7.4. Geromotricità al Rifugio Re Carlo Alberto

di Amalia Lenti,
geromotricista

Nel 2009 il responsabile del Rifugio Re Carlo Alberto Marcello Galetti ha avviato una sperimentazione progettuale nuova: la geromotricità per gli ospiti della struttura. Sono passati dieci anni da allora e un numero sempre maggiore di utenti viene coinvolto ogni anno, in un nuovo modo di muoversi e di stare bene.

La geromotricità è un'attività motoria, praticata in piccoli e medi gruppi di persone anziane o con demenza, che stimola non solo muscoli e articolazioni, ma anche le funzioni cognitive, neuropsicologiche e organiche e le capacità di relazione. Durante le sedute infatti le persone hanno modo di sperimentare la socializzazione, momenti di buon umore e un sano e dinamico coinvolgimento emozionale.

Alcune premesse fondamentali: l'errore non esiste o meglio "l'errore diventa valore" nella geromotricità. Per tanto i "no", i "non va bene" sono banditi. Ad esempio se la richiesta è alzare le braccia in alto e qualcuno le porta in avanti, non c'è mai correzione, anzi si ringrazia la persona per il nuovo stimolo e tutto il gruppo prova anche l'esercizio svolto in quel modo. Il movimento è il mezzo e non il fine (come capita abitualmente nei corsi di ginnastica), l'obiettivo è far sì che ogni stimolo abbia una risposta, qualunque

risposta. Perché conta lo sforzo di comprendere, di partecipare, di provare a elaborare un processo prima cognitivo e poi motorio che va a migliorare connessioni neurali, sinapsi nervose e soprattutto la comunicazione tra le diverse aree encefaliche.

Le persone con demenza traggono un immenso beneficio in termini di auto-stima e senso di autoefficacia nel non sentirsi mai giudicati, ma al contrario apprezzati e gratificati per tutto ciò che fanno. Questo ha come risultato che la persona cerca ogni volta di migliorarsi, viene in seduta con serenità, dà il meglio di sé perché è motivata a fare.

L'effetto positivo è riscontrabile anche nelle autonomie quotidiane (lavarsi, vestirsi, alimentarsi), perché migliora la coordinazione dei piccoli gesti. Si rileva un miglioramento dell'umore e un'aumentata competenza sociale (si sta in gruppo, si parla con i membri, ci si diverte insieme e ci si sente uguali a tutti i presenti).

L'attività si svolge in cerchio, seduti su comode sedie, in un ambiente neutro, ben illuminato e senza musica (salvo per cantare o come sottofondo per i massaggi), con l'unica guida sonora e visiva della geromotricista e la preziosa collaborazione di uno o due volontari o operatori del nucleo che partecipa.

La durata varia da 45 minuti a poco meno di un'ora ed è divisa in quattro momenti. La fase iniziale è dedicata alla riattivazione psichica, solitamente camminiamo, contando i passi, simuliamo la risalita di una scala, divarichiamo e chiudiamo gli arti inferiori. Spesso gli esercizi sono accompagnati da una "conta" che può essere numerica (in avanti da 0 a 10 e indietro da 10 a 0) o alfabetica o per tabelline o per mesi dell'anno o per città. Altri esercizi con gli arti superiori concludono i primi dieci minuti di richiamo dell'attenzione, dell'apertura alla concentrazione e alla comprensione della richiesta motoria. Per alcuni la comprensione verbale è compromessa, ma si attiva il processo imitativo, a volte anche questo è "non conforme", ma arriva comunque sempre una risposta motoria, che nel tempo migliora.

La seconda fase è denominata "lavoro centrale", che consiste in numerosi

esercizi, vari e mai ripetitivi, che vedono l'utilizzo di un attrezzo sportivo e non, sempre diverso. Utilizziamo palloni piccoli, medi o grandi, foulard, stoffe giganti, corde colorate, cerchi grandi e cerchietti piccoli, strumenti tattili, bastoni di legno e di gomma e altro ancora.

La terza parte è il “lavoro 1:1” dove ogni ospite ha la possibilità di mettersi alla prova facendo uno o più esercizi direttamente con me. Il lavoro con la geromotricista stimola le migliori performance e vengono incrementate anche le sensazioni di importanza ed efficacia che la persona sente dentro di sé. È mio preciso compito fare in modo che quei due minuti “dedicati” siano frutto di feedback positivi, adatto per ciò le richieste in base alle loro peculiarità, evitando gli insuccessi e cercando di metterli a loro agio. Il loro “voler far bene” diventa la leva per il miglioramento.

L'ultima fase conclusiva vede coinvolto il gruppo in un lavoro d'insieme o un gioco, che mette tutti in relazione, anche chiamandosi per nome (infatti tutti indossano un badge con nome e foto che facilita la comunicazione). A seconda dell'attrezzo utilizzato in quella seduta si va dal gioco dell'hockey con i bastoni, al lancio del “giavelotto” ad un compagno (l'oggetto sarà il bastone morbido in questo caso), oppure la scacchiera umana, dove ci si muove con passi avanti, indietro, a destra e a sinistra dovendosi orientare. Oppure si gioca a pallavolo con i palloncini a fiato, e così via.

Avviene esattamente ciò che si verifica nella psicomotricità con i bambini: attraverso il movimento si ha apprendimento, andando a coinvolgere tutte le sfere della mente. Negli anziani si ri-apprende ciò che sembra dimenticato, perso, e anche di fronte a compromissioni importanti, il reclutamento di alcuni gesti ancestrali (innati) permette una lenta e graduale partecipazione e un recupero di zone cerebrali ancora potenzialmente sane, ma che non vengono attivate perché prive di stimoli.

La malattia di Alzheimer porta una graduale erosione delle cellule cerebrali, ma nel lungo percorso degenerativo alcune cellule possono potenzialmente essere reclutate per sopperire a vie precluse, è necessario attivare nuovi percorsi, nuove vie. È un po' come un ponte che cade e impedisce il passaggio

dall'altra parte: l'altro lato del ponte è ancora una "zona sana" e dunque praticabile, bisogna solo cercare altre vie per arrivarci.

In dieci anni ho conosciuto più di duecento ospiti e ognuno mi ha lasciato un ricordo, un'emozione. Spesso mi ringraziano a fine seduta e mi chiedono quando ci rivediamo, ma in realtà sono io che ringrazio loro per quanto si spendono, perché mi permettono di vederli cambiare e migliorare, vederli entrare imbronciati o distratti e poi osservare i loro occhi diventare attenti, vedo la cura nei gesti, le risa durante il gioco. È qualcosa di più di una semplice soddisfazione professionale, è pura gioia per me che lavoro con loro.

La frequenza di partecipazione è superiore all'80%, l'attività inizia a ottobre e termina verso maggio, con una media di un centinaio di sedute distribuite su quattro o cinque gruppi, coinvolgendo annualmente dai 40 ai 50 ospiti. Ogni anno l'attività termina con una grande festa nel giardino del Rifugio, con consegna dei diplomi e un rinfresco per tutti gli ospiti partecipanti.

Negli ultimi cinque anni l'animatrice del Rifugio ha declinato questa attività anche coinvolgendo i piccolissimi del nido di Torre Pellice, in un incontro di primavera, svolto all'aperto che vede piccoli e anziani insieme cimentarsi in semplici giochi e attività motorie. Anche le famiglie che frequentano il Café Alzheimer a Pinerolo, l'ultimo lunedì del mese, hanno avuto modo di conoscere la geromotricità, con incontri teorico-pratici rivolti ai caregiver (familiari) e sedute operative con le persone con demenza.

Il progetto impegna tutti gli operatori della struttura, il servizio di animazione per il coordinamento degli incontri, i volontari che mi supportano durante le sedute; tutto questo è reso possibile dai contributi dell'8 per mille alla chiesa valdese.

Sul profilo facebook del Rifugio è possibile seguire l'attività di geromotricità attraverso fotografie, brevi video e descrizioni delle sedute.

7.5. Interventi Assistiti con gli Animali in ambito geriatrico: l'esperienza della Casa di Riposo Il Gignoro di Firenze

di Esther Amrein,
coordinatrice servizio IAA della RSA Il Gignoro

La qualità di vita nelle residenze per anziani è un tema molto attuale e numerosi sono gli studi che cercano di capire come migliorare la condizione degli anziani in questo ambiente.

Anche le attività della RSA Casa di Riposo Il Gignoro di Firenze nascono dal bisogno di migliorare la qualità di vita degli ospiti, che si trovano ad affrontare molti cambiamenti di tipo fisico, cognitivo, psicologico e sociale, che influiscono significativamente sulla loro quotidianità. In questa cornice si applicano gli Interventi Assistiti con gli Animali (meglio conosciuti come Pet Therapy), interventi che prevedono l'interazione tra l'uomo e l'animale al fine di promuovere un benessere reciproco.

Negli anni è emerso sempre più chiaramente che, indipendentemente dalle caratteristiche dei vari interventi e dagli obiettivi che si pongono (ludici, educativi o terapeutici), l'efficacia degli IAA sembra essere riconducibile alla relazione intraspecifica che si instaura tra utente, conduttore e animale. Ciò che attiva e mantiene gli effetti positivi rilevati sulle persone è rappresentato dalla relazione, dalle sue caratteristiche e dalla sua qualità.

Se l'idea che gli animali possano influenzare la salute e il benessere dell'uomo ha origini molto antiche, quella di coinvolgerli in pratiche a scopo terapeutico nasce ufficialmente nei primi anni '60 con Boris Levinson che coniò il termine, oggi superato, di Pet Therapy.

Le ricerche in questo ambito hanno dimostrato non solo un successo, ma anche l'efficacia di questi interventi, in particolare negli anziani che si trovano in situazioni di istituzionalizzazione, ancor più se in presenza di un declino di tipo cognitivo. Numerosi studi evidenziano come gli IAA producono effetti positivi sugli anziani in vari ambiti di funzionamento quali l'umore, le funzioni cognitive, le emozioni positive e riescono a determinare un abbassamento del dolore percepito, una diminuzione della solitudine ed un aumento della socialità. La compagnia di un animale, anche se limitata ad alcuni interventi, è stato dimostrato determinare spesso un miglioramento nell'emotività e una riduzione degli stati d'ansia e di tristezza, oltre ad un aumento della motricità.

Gli IAA si inseriscono in una relazione di aiuto dove dialogano tutte le qualità degli individui che vi prendono parte, in una dimensione empatica e di rispetto reciproco. Nelle residenze per anziani la relazione di aiuto si attua attraverso degli specifici Piani Assistenziali Individualizzati (PAI), di cui gli Interventi Assistiti con gli Animali rappresentano uno degli strumenti che concorrono al raggiungimento degli obiettivi.

Secondo le Linee Guida Nazionali sugli IAA, uscite nel marzo del 2015 con l'intento di armonizzare pratiche e percorsi formativi in questo ambito, gli animali che possono essere coinvolti sono il cane, il coniglio, il gatto, l'asino e il cavallo. Sono queste le specie con una più lunga storia di domesticazione e di abitudine all'interazione con l'uomo. Ogni animale coinvolto negli interventi assistiti deve essere valutato dal medico veterinario esperto in IAA facente parte dell'équipe multidisciplinare, al fine di verificarne l'idoneità fisica e comportamentale. Al Gignoro abbiamo deciso di continuare, così come viene fatto in ambito internazionale, con una valutazione periodica non solo dell'animale, ma della coppia coadiutore-animale. Riteniamo infatti che sia la coppia lo "strumento" che si inserisce nella relazione di

aiuto e non l'animale da solo. Valutarla nel suo insieme rappresenta a nostro avviso una garanzia non solo per la buona riuscita degli interventi, ma anche per la gestione rispettosa, attenta, professionale e serena dell'animale, nel contesto delle attività che lo vedono impegnato.

Gli animali coinvolti negli IAA devono essere adulti, in buona salute, ben socializzati e devono aver fatto un percorso di educazione mirata alle attività che andranno a svolgere. Queste possono essere le più varie: stare tranquilli ad ascoltare qualcuno che racconta, essere accarezzati, spazzolati, nutriti, giocare, riportare un oggetto, cercare qualcosa, andare a passeggio e tanto altro. Le attività da proporre vengono scelte in base agli obiettivi posti nell'ambito del progetto sulla persona e alle caratteristiche personali dell'animale. All'animale deve piacere quello che gli viene proposto, diversamente verrebbe meno il principio di fondo della tutela del benessere di tutti gli attori coinvolti. Al Gignoro abbiamo da sempre rifiutato il concetto di utilizzo dell'animale a beneficio dell'uomo, ritenendolo in contraddizione con il principio di rispetto per l'altro e per la diversità, che ci guida in tutte le nostre attività.

La scelta dell'animale per il singolo progetto dipende dal tipo di intervento che si intende fare. Ci sono molte differenze tra le varie specie animali, così come tra i soggetti all'interno di una stessa specie. Quando si hanno più animali, anche della stessa specie, la varietà è certamente un aspetto da privilegiare.

Al Gignoro lavoriamo prevalentemente con il cane e il coniglio. Questi animali sono perlopiù di "proprietà" degli operatori che li conducono. Abbiamo cani di razza, meticci, di colore, tipo di mantello, sesso, dimensioni e caratteristiche molto diversi tra loro. Così come i conigli, tutti nani perché tendenzialmente più socievoli, ma diversi per colore del pelo, attitudini e preferenze. La scelta dell'animale non dipende come già detto solo dalla tipologia di intervento e dalle caratteristiche dell'utente, ma anche dalle caratteristiche psicofisiche del singolo animale, che devono essere attentamente valutate all'inizio di ogni progetto. Al di là della specie o del singolo animale coinvolto, alla base sta il rispetto e la salvaguardia del benessere in ogni mo-

mento, dalla prima fase di preparazione al pensionamento.

Il progetto di IAA al Gignoro è nato nel 2005, quando un gruppo di operatori ha iniziato a formarsi, prima partecipando ad un ciclo di convegni a Modena (in occasione della stesura di Carta Modena, che ha dato un grande spinta al diffondersi di queste attività in Italia) e poi con corsi di formazione più mirati. Da allora il gruppo si è modificato e, tra chi strada facendo ha abbandonato il progetto e chi invece si è aggiunto, gli operatori formati e riconosciuti idonei dal Centro di Referenza Nazionale per gli IAA ad oggi sono 7. Gli animali coinvolti in quasi 15 anni di esperienza sono complessivamente 6 cani e 5 conigli. Di questi qualcuno purtroppo non c'è più, qualcun altro si gode la meritata pensione, qualcuno invece lavora ancora insieme a noi. Negli ultimi mesi si sono aggiunti al gruppo due cani di razza Golden Retriever e due conigli nani di razza Ariete, ancora in formazione perché cuccioli.

Agli esordi, nel 2005, il progetto era nato con il nome “Animali al Gignoro”. Le prime attività erano molto semplici e sperimentali. Abbiamo iniziato con visite insieme gli anziani al canile di Firenze; visite agli anziani del Gignoro da parte di un alano tigrato, Herta, insieme alla sua persona e di Zigo, un Kuvasz del canile, insieme ad un operatore dell'ASL; adozioni di piccoli animali quali due orsetti russi, Boris e Vladimir, un coniglio nano, Nuvola e alcuni pappagallini.

Intanto è continuata la formazione con l'associazione no-profit Natura Animale, per la specializzazione degli operatori, dei coadiutori di animale e per la valutazione delle coppie. È intorno al 2007 che vengono valutate le prime coppie e gli IAA vanno a far parte dei servizi offerti dal Gignoro, descritti nella carta dei servizi. In quell'anno vengono adottati anche due cani meticcii di taglia grande: Felix e Lea. Il maschio non verrà mai coinvolto nelle attività con gli anziani e purtroppo muore prematuramente lasciando comunque molto del suo passaggio tra noi e un ricordo affettuoso, in molti degli anziani che lo hanno conosciuto. Lea invece diventerà uno dei cani più rappresentativi del progetto. Per un primo periodo ha vissuto presso il Gignoro (in uno spazio del giardino dedicato ai cani e negli appartamenti dei volontari) e poi, morto il fratello, è andata a vivere con la coordinatri-

ce del servizio, dove ancora sta insieme ad altri cani. Lea ha lavorato tanto e con gioia, in interventi sia con gli anziani del Gignoro che con i ragazzi del Ferretti¹. È stata salutata proprio a marzo del 2019, con una bella festa di pensionamento preparata appositamente per lei da chi per tanti anni ha avuto la fortuna di godere della sua compagnia. Ad oggi, all'età di 13 anni, nonostante il pensionamento e gli acciacchi dovuti all'età, verrebbe ancora molto volentieri al Gignoro, incurante dei suoi limiti fisici.

Negli anni sono state portate avanti anche due esperienze sperimentali di ingresso di anziani con animale al seguito. Il primo nel 2010 con l'ingresso di una signora in RA, insieme ad un pappagallino e un coniglio nano. Il suo ingresso in struttura era condizionato al non doversi separare dai suoi animali e il Gignoro era all'epoca l'unica struttura che le dava questa possibilità. Più tardi, nel 2015, entrò in RSA un signore che fece richiesta di ricongiungimento con il cagnolino lasciato a casa. Decidemmo di avviare la prima sperimentazione di accoglienza di un cane al Gignoro ed in particolare in RSA. Diesel, un simpatico meticcino di taglia media, arrivò da noi a luglio del 2015 e restò con la sua persona per qualche mese, fino a quando questo morì per gravi problemi di salute. I mesi che riuscirono a stare insieme furono veramente pochi, ma carichi di emozioni e sentimenti che allietarono non di poco la permanenza dell'anziano signore. Rimasto solo, Diesel venne adottato da una OSS della struttura, con la quale vive tutt'oggi.

Il progetto della IAA seguito da Il Gignoro si è ulteriormente consolidato nel 2019 adottando il nome "L'ombrello dei cani", in memoria di Duccio Ducci, benefattore della struttura e conosciuto cinofilo.

Ad oggi vengono proposti interventi individuali e di gruppo per gli anziani della casa, per esterni di tutte le fasce d'età e per i minori delle strutture della Diaconia Valdese Fiorentina. Gli interventi si inseriscono in progetti che hanno una durata media di due mesi prorogabili per un periodo altrettanto lungo, con cadenza generalmente settimanale e con verifiche periodiche. Si svolgono prevalentemente all'interno, in locali comuni o in camera degli

1 Centro diurno per minori della Diaconia Valdese Fiorentina (n.d.r.)

anziani. Ogni incontro ha una durata di circa un'ora e viene monitorato con l'uso di apposite schede, visionate dal veterinario responsabile e messe a disposizione per eventuali controlli da parte dell'ASL veterinaria.

Le Linee Guida Nazionali per gli IAA del 2005 hanno regolamentato modalità operative, figure professionali necessarie e percorsi di formazione obbligatoria, a cui tutti ci dobbiamo attenere. In quanto agli operatori del Gignoro hanno tutti avuto la possibilità, visto il percorso di formazione e l'esperienza pregressa, di ottenere il riconoscimento di idoneità e come struttura accogliamo tirocinanti e visite guidate per corsisti impegnati in corsi di formazione per gli IAA, riconosciuti dalla Regione Toscana.

7.6. La compagnia del caffè: il progetto di bar sociale della casa di riposo Il Gignoro di Firenze

di Elena Grimaldi,
animatrice de Il Gignoro

Uno dei bisogni che più ha chi vive in casa di riposo è quello di trovare un ambiente accogliente che favorisca la socializzazione.

Le attività di animazione hanno, tra gli altri, lo scopo di soddisfare proprio questo bisogno.

Il laboratorio di cucina è, ad esempio, un momento di convivialità che consiste in un incontro settimanale in cui la cuoca Clara lavora con un gruppo di ospiti per preparare piatti sempre diversi. A questo momento segue quello della presentazione e dell'assaggio dei cibi preparati. Un'altra attività, nata dalla richiesta di alcuni anziani, è quella del canto corale. È da ormai due anni che gli ospiti della residenza e del centro diurno hanno formato un coro grazie alla guida della direttrice di coro Alessandra Cavallaro ed al pianista Giacomo Ferrari. Le prove sono aperte a operatori, familiari e cittadini ed hanno visto la collaborazione del quartiere e della scuola elementare.

Un'altra iniziativa, molto recente, è quella della realizzazione di un bar interno alla struttura, gestito direttamente dagli ospiti. Negli ultimi anni sta crescendo infatti il numero di ospiti non particolarmente anziani ma in condizione di fragilità, che si trovano a vivere in strutture residenziali a lungo

termine e che devono adattarsi a questa nuova condizione di vita comunitaria, spesso lontana da quella cui erano abituati. Il non sentirsi parte della comunità contribuisce a far sì che spesso esprimano loro stessi attraverso un atteggiamento aggressivo e conflittuale sia nei confronti degli operatori che degli altri utenti. Proprio per rafforzare la coesione del gruppo e per andare incontro alle richieste di questo tipo di utenza è nato, nel marzo del 2018, il progetto del bar, a cura delle animatrici.

I futuri baristi sono stati coinvolti fin da subito nello sviluppo del progetto, a partire dalla costruzione della struttura di legno del bar e dalla scelta del nome: attraverso le proposte delle persone coinvolte ed una successiva votazione è stato deciso che il nome sarebbe stato “La Compagnia del Caffè”.

I baristi sono inoltre stati coinvolti nella formazione, solitamente riservata agli operatori, che ha permesso loro di ottenere la certificazione HACCP. Questo da un lato ha dato importanza al lavoro che stavano per iniziare a svolgere, dall'altro ha permesso loro di venire a conoscenza delle procedure che servono per garantire la salubrità degli alimenti, trovandosi obbligati a manipolarli per la somministrazione. Sono quindi passati da fruitori a fornitori. La motivazione data dal voler partecipare al progetto del bar è diventata un incentivo per il miglioramento dell'igiene personale quotidiana, requisito indispensabile per accedere al gruppo dei baristi.

La compagnia del caffè punta ad offrire un servizio di qualità, anche attraverso la scelta delle materie prime: il caffè, in grani, viene macinato da una macchina professionale e servito in tazzine di ceramica, vengono fatte spremute con arance fresche, ai dolci confezionati si alternano dolci freschi, ecc.

Il ruolo di baristi “obbliga” alla gentilezza, al rispetto ed al soddisfacimento del cliente. Nessuno ama prendere un caffè in un bar in cui il barista è scortese o di cattivo umore.

Tutte le spese del bar sono autofinanziate, da quelle ordinarie di rifornimento fino a quelle straordinarie come la manutenzione della struttura del bar o gli acquisti di nuovi macchinari per l'ampliamento graduale del ventaglio

delle offerte.

Il progetto del bar si è rivelato uno strumento efficace di socializzazione attraverso la convivialità.

Numerosi sono i cambiamenti che il progetto ha prodotto nel gruppo dei baristi: la creazione di un gruppo unito dall'interesse comune, la responsabilizzazione dovuta all'aver un impegno costante nel tempo, il sentirsi utili ed importanti per la collettività, l'impiego del tempo utile e di qualità, il miglioramento dell'igiene personale, del comportamento, della gentilezza e della relazione tra ospiti autosufficienti e operatori.

Un aumento della socializzazione è stato notato anche per quanto riguarda gli altri ospiti della struttura, che si ritrovano nell'ambiente del bar per la consumazione e, con l'occasione, simpatizzano con gli altri.

Il bar è aperto alla collaborazione con altre realtà educative del settore. Recentemente, ad esempio, gli anziani si sono offerti di fare da guida a due ragazzi permettendo loro di sperimentarsi nel ruolo di baristi.

Il progetto è in continuo mutamento, si modifica in base alle idee ed ai suggerimenti del gruppo dei baristi, alla risoluzione delle problematiche che via via si presentano e al coinvolgimento di nuovi soggetti.

7.7. Le attività di animazione dell'Asilo valdese di Luserna San Giovanni (TO)

di Samuele Revel,
*membro del Comitato di gestione
dell'Asilo valdese di Luserna San Giovanni*

Alcuni ospiti dell'Asilo valdese per persone anziane di Luserna San Giovanni trascorrono nella struttura numerosi anni della loro vita. I motivi che li spingono a entrare in questa casa sono molti e diversi fra loro. Per alcuni è una necessità dovuta alle condizioni di salute ormai precarie; per altri invece a volte si tratta di una scelta. Una scelta di vivere gli anni della vecchiaia in un luogo «protetto», dove spesso si possono incontrare persone che si conoscevano e frequentavano in passato. Si riallacciano rapporti, se ne creano di nuovi e a volte si esce dall'isolamento che per diverse cause si era creato nello stare a casa (si può rimanere vedovi-e; i figli possono essere lontani etc.).

L'obiettivo e dunque lo sforzo dell'Asilo è quindi quello di cercare di garantire una sorta di quotidiana normalità all'interno della struttura. A prima vista sembra una cosa banale, ma implica un impegno notevole sotto tutti i punti di vista e da parte di tutti quanti: dalle operatrici e operatori alla direzione, dal Comitato di gestione ai vari volontari.

Piccole attività implicano quindi un lavorare insieme a più livelli per offrire agli ospiti la possibilità di sentirsi ancora parte del mondo, con ritmi e tempi consoni all'età. Qui di seguito abbiamo pensato di raccontare alcuni esempi di come l'Asilo si muove in questa direzione.

7.7.1. Rolando e l'orto

Rolando ha una grande passione per l'orto dell'Asilo.

Sia chiaro, non parliamo di quintali di patate piantate, di decine e decine di cuore di bue, di lunghe file di zucchini e centinaia di cespi di insalata.

Parliamo di alcuni vasconi in legno e in ferro, che portano la terra ad altezza carrozzine perché «la terra è sempre più bassa» come recita un detto popolare contadino, riferendosi al suolo che ti obbliga a faticare per poterlo curare e ottenere qualcosa.

E allora Rolando cura, quasi maniacalmente, diremmo noi che riusciamo ad avere a malapena il tempo di avere qualche patata e qualche zucchina e due piante di pomodori poco curate, questo piccolo orto diffuso. Lungo il percorso dei «Melograni» sei vasconi sono diventati il suo piccolo regno che si apre agli altri ospiti che hanno meno manualità di lui, che hanno meno esperienza nel «settore». Rolando è stato un ottimo giardiniere, ha curato ville e orti e oggi grazie all'orticoltura può occupare utilmente il suo tempo.

Un progetto del genere è di fondamentale importanza per una struttura come quella dell'Asilo valdese, inserito com'è nel contesto tradizionalmente agricolo di San Giovanni, la frazione da sempre valdese del comune della bassa val Pellice. Un'attività del genere permette di mantenere dei legami con il mondo che queste persone hanno da sempre vissuto e conosciuto. Certo, soprattutto all'inizio c'è una grande diffidenza da parte di chi ha sempre avuto un orto «classico» come Rolando (e altri prima di lui), ma poi mano a mano che si capisce la funzione di questo angolo di Asilo la diffidenza viene abbandonata e lascia spazio all'impegnarsi come si riesce (vista l'età e gli acciacchi) nella coltivazione delle verdure (e dei piccoli frutti, delle erbe aromatiche).

L'orto diventa anche un crocevia di scambio di esperienze di vita: l'essere all'aria aperta e non fra quattro mura favorisce la socializzazione, gli spazi si ampliano, si entra in contatto con la natura. E quindi la signora della val Pellice che ha sempre avuto il suo orto si confronta con quella di Milano che

per la prima volta da quando era bambina si sporca le mani di terra. E scopre che la terra non è sporca, anzi. Ha un profumo e ti permette, dopo alcune settimane di cura, di mangiare una buonissima pasta al pesto. Oppure delle zucchine ripiene. O le fragole con la panna e il gelato. Il progetto orto, nato ormai una decina di anni fa, è anche un modo per aprirsi all'esterno, soprattutto verso le scuole di San Giovanni, quelle elementari. Negli anni alcuni progetti hanno portato i giovani alunni a rimanere affascinati allo stesso modo dell'ospite dell'Asilo davanti a un pomodoro maturo o una carota appena estratta dal terreno.

7.7.2. Tutti al mare

Liguria, con una puntata un anno in Emilia-Romagna. Questa la meta delle vacanze per un gruppetto di ospiti, per motivi logistici mai superiore alle 10 persone, seguiti da operatrici socio sanitarie, infermiere e volontari. Una settimana abbondante di mare, spiaggia, passeggiate nel centro e una quotidianità lontano dalla struttura residenziale, differente ma sempre con la sicurezza di essere seguiti e in un ambiente protetto. Questa attività è sicuramente molto impegnativa e ogni anno di più risente dell'invecchiamento delle persone ospitate in struttura e della loro complessità a livello di patologie, ma è pur sempre un momento in cui si lasciano alle spalle pensieri e problemi. Dal preparare la valigia, al viaggio con il pulmino, la sistemazione nelle camere, la spiaggia (e per i più coraggiosi il bagno!)... e tutto questo possibile grazie anche all'aiuto dell'associazione Amici dell'Asilo valdese (Adav).

7.7.3. L'Associazione Amici dell'Asilo valdese

L'associazione Amici dell'Asilo valdese (Adav) è un gruppo di persone volontarie che grazie al loro impegno permettono all'Asilo e ai loro ospiti di poter vivere esperienze interessanti senza gravare troppo sui bilanci familiari. Il soggiorno marino di cui raccontiamo sopra è proprio una di queste attività, finanziate in parte dall'Adav, che a sua volta si autofinanzia con la quota associativa e con alcune attività durante l'anno. Soprattutto nei mo-

menti di festa della struttura l'Adav partecipa organizzando bazar con alcuni banchetti, tra cui quello dei libri, il cui ricavato va a finanziare le attività dell'Asilo.

L'Adav è nato ormai nel lontano 1999 e compie quest'anno i suoi primi 20 anni di attività. «Negli anni si sono modificate alcune cose – ci spiega Marcella Benecchio, che ne è la presidente – sia al nostro interno sia nell'Asilo. Quindi alcune attività come le pizze in giardino d'estate non vengono più organizzate perché le normative ormai sono molto stringenti da questo punto di vista. Però sono nate altre attività molto apprezzate come quella del gruppo lettura». Al sabato infatti due «amici» prestano la loro voce per la lettura nel salone dell'Asilo. «In definitiva cerchiamo di lavorare il più possibile in sinergia con la direzione e il comitato di gestione per offrire la miglior qualità di vita possibile agli ospiti dell'Asilo, come da statuto» conclude Benecchio.

7.7.4. Gruppo di lettura biblica

Un modo per sentirsi legati con un filo diretto con la chiesa di San Giovanni è quello della lettura biblica, che avviene settimanalmente all'interno dell'Asilo. Grazie a un ministro di culto della chiesa valdese, un piccolo gruppetto di persone si riunisce per ascoltare la lettura della Bibbia e alcune riflessioni, che spesso si innestano sulla quotidianità della vita in struttura. Grazie alla presenza a volte di alcuni membri della chiesa si trova anche il tempo di confrontarsi su altre questioni legate alla comunità di San Giovanni, di cui l'Asilo è diretta emanazione.

8

**La stimolazione
e il mantenimento
delle capacità cognitive:
il progetto brainer
e la globalità del linguaggio**

8.1. La terapia della memoria

di Mara Cirigliano,

Neuropsicologa Psicoterapeuta responsabile progetto Brainer

“Il cervello non ha rughe: se continua a lavorare sodo, si rinnova continuamente, anche dopo gli 80 anni e, a differenza di altri organi, può perfino migliorare”.

(Rita Levi Montalcini)

L'Italia rappresenta uno dei Paesi a maggiore longevità. Le previsioni demografiche dell'ISTAT 2005-2050 sostengono una tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana, per cui la percentuale di anziani over 65 passerà dal 19,5 al 33,6%, con una componente over 85 in crescita dal 2 al 7,8% (PDPA regione Piemonte, 2013). Considerando che l'intervallo di confidenza finale varia tra 47,8 e 52,7 anni, il processo di invecchiamento della popolazione è da ritenersi certo e intenso. Le previsioni della popolazione residente in Italia al 2065 vedono la vita media crescere fino a 86 anni e 90,2 anni rispettivamente per uomini e donne (80,1 e 84,6 anni nel 2015). Il picco di invecchiamento colpirà l'Italia nel 2045-50, quando si risconterà una quota di ultrasessantacinquenni vicina al 34% (dati ISTAT).

Con l'aumento dell'età aumentano anche le patologie dementigene, essendo proprio l'età il principale fattore di rischio per lo sviluppo di queste malattie.

Ad oggi si stima che circa 47 milioni di persone nel mondo siano affette da qualche forma di demenza, tuttavia le proiezioni per il 2050 ne ipotizzano un aumento esponenziale, arrivando a superare 131 milioni di casi diagnosticati (Prince et al., 2016).

Con il termine “demenza” si indica un disturbo neurocognitivo caratterizzato da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici a natura ingravescente. Tra quelli maggiormente riscontrati in questo tipo di pazienti vi sono perdita di memoria, difficoltà di ragionamento e di comunicazione e cambiamenti della personalità, con una compromissione nello svolgimento delle normali attività quotidiane (Cartabellotta, Eleopra et al., 2018). I disturbi comportamentali sono trasversali a tutte le demenze: il soggetto cerca di dare un senso al disturbo perché c'è qualcosa che lo tormenta. La persona è aggressiva per via dei circuiti che degenerano, ma anche e soprattutto per un suo disagio. I trattamenti riabilitativi vanno ad agire sia sull'aspetto cognitivo sia su quello comportamentale, favorendo una diminuzione, in alcuni casi, di agitazione, ansia e aggressività.

Le difficoltà correlate a questa patologia sono molteplici: oltre a quella diagnostica, infatti, vi è quella relativa alla scelta del trattamento, poiché tuttora non esistono terapie farmacologiche risolutive e in grado di arrestare il progressivo declino cognitivo, comportamentale e biologico ad essa correlato.

In questo senso gli interventi neuropsicologici sono importanti per ridurre la disabilità derivante dal declino cognitivo. La qualità della vita può essere migliorata stimolando la riserva cognitiva, ovvero l'abilità mentale nel resistere e recuperare le proprie capacità in seguito a danno cerebrale, andando a ritardare di mesi/anni un quadro di malattia più invalidante.

È importante seguire dei protocolli standardizzati: intensità e durata del trattamento, motivazione, compiti per attività strutturali cerebrali. Fondamentale, inoltre, un trattamento quotidiano, continuo nel tempo.

Secondo le più recenti linee guida stilate dal NICE, il National Institute for

Health and Care Excellence del Regno Unito, tra i trattamenti non farmacologici maggiormente accreditati viene riportata la Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST) per gruppi. Normalmente essa viene proposta per pazienti affetti da demenza di gravità da lieve a moderata (Cartabellotta, Eleopra et al., 2018), tuttavia, sono stati effettuati studi anche su pazienti con deterioramento cognitivo severo (Faggian, 2007). Le evidenze scientifiche hanno dimostrato come tale trattamento migliori non solo le funzioni cognitive dei pazienti, ma anche la qualità di vita (Aguirre, 2012), i sintomi comportamentali e quelli psicologici (Mapelli et al. 2013). A questi dati vanno sommati quelli ottenuti in ulteriori studi che, oltre a confermarne l'efficacia, hanno evidenziato come i risultati raggiunti dalla CST siano del tutto sovrapponibili a quelli riscontrati utilizzando farmaci anticolinesterasici¹, sia per i benefici a livello cognitivo sia per quanto concerne la qualità di vita (Woods et al., 2012; Aguirre et al., 2013; Yamanaka et al., 2013 in Capotosto, 2016; Gardini et al., 2018).

All'interno delle strutture del Coordinamento Opere Valli della Diaconia Valdese e sul territorio del Pinerolese è attivo ormai da cinque anni il progetto Brainer, attività di stimolazione neurocognitiva che coinvolge pazienti affetti da demenza di grado medio-lieve ma è rivolto anche alle persone anziane, e non solo, che vogliono fare prevenzione o tenersi attive.

Il protocollo di intervento vede una stretta collaborazione tra il Servizio Adulti e Territorio della Diaconia Valdese, che gestisce il progetto, e l'ASL TO3.

Il progetto si è sviluppato a partire dalle nozioni presenti in letteratura riguardanti la neuroplasticità, i modelli di riabilitazione neurocognitiva, il trattamento dei disturbi dell'umore concomitanti alle patologie neurologiche e le problematiche collegate a chi si occupa di persone affette da Alzheimer (Alzheimer's caregiving).

Brainer nasce con l'intento di sperimentare un'innovativa modalità di trat-

1 Farmaci utilizzati nella malattia di Alzheimer (n.d.r.)

tamento del deterioramento cognitivo, basata sull'utilizzo di programmi informatici (ma anche carta e matita) tramite sedute di stimolazione neurocognitiva individuali. Il fine è migliorare la qualità della vita e lo stato di benessere dei pazienti e delle loro famiglie, cercando di ritardare l'insorgenza di un deterioramento cognitivo e di promuovere il benessere nella persona, agendo sul tono dell'umore e sostenendo la sua autostima, in un'ottica di promozione secondaria e terziaria della salute.

Gli obiettivi primari sono stimolare le funzioni residuali, lavorando sulle funzioni cognitive superiori, e favorire fenomeni di plasticità cerebrale. In particolare, si punta a sostenere ed incrementare le capacità cognitive dei partecipanti al fine di: monitorare il quadro cognitivo; migliorare la qualità della vita autopercepita; promuovere il benessere psicologico individuale; intervenire in modo positivo sul tono dell'umore e sull'autostima; adottare strategie di *empowerment* al fine di generare una maggiore consapevolezza rispetto alle proprie capacità.

Più in generale, l'obiettivo è di intervenire a favore della prevenzione, del contenimento e del miglioramento delle problematiche personali, del miglioramento della salute e della qualità di vita, attraverso lo sviluppo di capacità e risorse relazionali e cognitive.

In seguito ad una accurata raccolta anamnestica e ad una valutazione base-line delle funzioni cognitive, vengono creati dei protocolli di stimolazione cognitiva individualizzati, volti a stimolare le funzioni residuali dei pazienti. Attraverso un follow up di monitoraggio (neuropsicologico, funzionale e farmacologico) a tre mesi (come tempistica standard da adeguare alla condizione clinica del paziente) viene controllata la risposta alla stimolazione dominio-specifica.

Al fine di monitorare gli esiti sono stati somministrati ai pazienti questionari, rating scale e test neuropsicologici all'inizio e al termine del trattamento proposto.

I risultati indicano un significativo recupero delle principali funzioni cogni-

tive, riabilite con effetti duraturi (oltre 6 mesi di stabilizzazione dei sintomi), sia rispetto alla cura di sé che alle attività strumentali del quotidiano. La stimolazione neuropsicologica effettuata ha avuto una buona ricaduta sul tono dell'umore e sul livello di autostima e consapevolezza dei soggetti trattati, con effetti positivi anche sui caregiver degli stessi.

Occorre fare prevenzione e tenere il cervello allenato! Il nostro cervello è una grande risorsa! Invecchiare bene si può! E anche curare, con le terapie ad oggi a disposizione, farmacologiche ma non solo. La stimolazione cognitiva è un tipo di intervento non farmacologico in grado di rallentare il decorso di una patologia dementigena, ma soprattutto è un importante fattore protettivo!

“Il cervello: se lo coltivi funziona. Se lo lasci andare lo metti in pensione e si indebolisce. La sua plasticità è formidabile. Per questo bisogna continuare a pensare”.

(Rita Levi Montalcini)

Riferimenti bibliografici

Aguirre E, Hoare Z, Streater A, Spector A, et al. (2012). “Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most?”, in *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 28 num 3.

AIMA - Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, *“I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: cosa è cambiato?”*, 2007.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

ARESS - Agenzia Regionale per i servizi sanitari, PDTA: “Percorso diagnostico terapeutico sulla diagnosi precoce delle demenze”. Regione Piemonte, 2013.

Bottini, G., Passoni, S., e Sedda, A. (2012). *Fragilità della malattia di Alzheimer nell'emergenza clinica: difficoltà del paziente e ruolo del caregiver*. Roma: Libellula Edizioni.

Cartabellotta A., Eleopra R., Quintana S., et al. (2018). Linee guida per la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti affetti da demenza. *Evidence* (GIMBE Foundation).

Faggian S. (2007), "Protocollo di stimolazione cognitiva per soggetti con deterioramento cognitivo severo", in *Giornale di gerontologia*, vol LV num 3.

Gardini S., Pradelli S., Faggian S., Borella E. (2018) *La terapia di stimolazione cognitiva: un intervento efficace per la persona con demenza. Programma base e di mantenimento della Cognitive Stimulation Therapy (CST)*, Franco Angeli, Milano.

Gramaglia, C., Zeppego, P. (2013). *Il caregiver, il volontario, il familiare*. In A. Monteleone, A. Filiberti, e P. Zeppego (a cura di). *Le demenze: mente, persona, società*. Rimini: Maggioli Editore.

Mapelli D., Di Rosa E., Nocita R., et al. (2013) Cognitive Stimulation in Patients with Dementia: Randomized Controlled Trial, *Dementia Geriatric Cognitive Disorders Extra*, vol 13 num 3

Ministero Della Salute, Piano Nazionale demenze: "Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", 1997.

Moise, P., Swarzinger, M., e Um, M.Y. (2004). Dementia Care in 9 OECD Countries: A comparative analysis. *OECD Health Working Papers*. 13, OECD, Paris.

Monteleone, A., Filiberti, A., e Zeppego, P. (a cura di) (2013). *Le demenze: mente, persona, società*. Rimini: Maggioli Editore.

Passoni, S., Moroni, L., Toraldo, A., Mazzà, M.T., Bertolotti, G., Vanacore, S.N., e Bottini, G. (2014). Cognitive Behavioral Group Intervention for Alzheimer Caregivers. *Alzheimer Dis Soc Disord*. 28 (3): 275-282.

Prince M., Comas-Herrera A., Knapp M., et al. (2016). World Alzheimer report 2016: improving health care for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future, *Alzheimer's Disease International (ADI)*.

Spector A., Thorgrimsen L., Woods B., Royan L., Davies S., Butterworth M., Orrell M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 183:248-54.

Spector A, Orrell M, Woods B. (2010.) Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different aspects of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25(12):1253-8.

Zanotti, S., Vanini, B., Ballerio, M., Damiani, S., Grazioli, L., Veglia, T.A., e Enzo, E. (2013). Aspetti psicologici del ruolo di caregiver di pazienti affetti da malattia di Alzheimer: tra burden ed empatia. *Bollettino della Società medico Chirurgica di Pavia*. 126 (2), 291-299.

8.2. MusicArTerapia nella Globalità dei Linguaggi Il filo dell'attesa nel Progetto persona

di Elisa Montauti,
animatrice e coordinatrice modulo cognitivo-comportamentale de Il Gignoro,

Paola Sconfienza,
Fisioterapista e coordinatrice modulo motorio de Il Gignoro

Ogni persona porta dentro di sé un vissuto che ne condiziona l'agire più o meno consapevolmente. La nostra storia si compone come un puzzle fatto di esperienze, una biografia ricca di relazioni, accadimenti, gioie, tristezze e traumi. Plasmano il nostro carattere, che poi si sviluppa e interagisce con le relazioni familiari e sociali che nel corso della vita incontriamo. Le esperienze del mondo che facciamo si ascrivono nel nostro corpo e diventano una parte inscindibile del nostro essere.

La consapevolezza di questo assunto da parte dell'operatore che lavora nel sociale è elemento fondamentale per poter interagire con le persone che incontra nella propria opera lavorativa. Partire dal presupposto che ogni persona porta con sé il proprio essere e lo comunica al mondo lasciando delle tracce che vengono interpretate, sentite e restituite, ci fornisce una chiave di lettura interessante per poter interagire con le persone, anche quelle con decadimento cognitivo più o meno severo. Le tracce, ciò che ci accomuna al mondo animale, lasciare traccia, coprire le tracce, permettono alla specie di avere informazioni su chi le ha lasciate. Ci parlano di intensità, di tono muscolare, del come noi stiamo al mondo, di come siamo: di fatto non possiamo non comunicare.

La disciplina della Globalità dei Linguaggi (GdL) viene applicata al Gignoro da diversi anni: molti operatori (OSS, animatori, coordinatori) hanno frequentato la scuola triennale e periodicamente si svolgono corsi di formazione a tutto il personale.

L'approccio alla cura che propone la GdL prende in considerazione:

- la persona nella sua globalità, considerandola come identità unica con le sue memorie profonde del corpo, che né malattia né età potranno mai annullare. Anzi rappresentano una risorsa a cui attingere in ogni situazione;
- il gruppo (équipe multidisciplinare, ma anche familiari e amici) come grembo sociale: accogliente, che agisce come cassa di risonanza e protezione, nel quale la persona può sentirsi sé stessa senza giudizio.

Una delle nostre sfide è quella di andare oltre l'alibi del "paziente non collaborante". Tutti gli essere umani, con le proprie potenzialità e bisogni, ci offrono spazi di relazione, seppur piccoli come brecce, quindi di collaborazione. Se il professionista pensa di avere le soluzioni in mano solo attraverso l'aderenza ad un protocollo riabilitativo, può essere che la sfida venga persa. Definire il paziente non collaborante significa scaricare su di lui una responsabilità che in realtà è nostra... non è lui che deve aderire al nostro protocollo/progetto; siamo noi che dobbiamo trovare la chiave giusta che risponda al suo desiderio di sviluppo, di protensione verso di noi o verso l'ambiente. Le persone con cui lavoriamo hanno perso tanto: ruolo, salute, capacità cognitive, affetti, ed è comprensibile che tutto questo porti a chiusura, perdita di motivazione, voglia di scappare, aggressività. Se nessuno si aspetta più niente dalla persona, è difficile che da sola trovi la forza di ri-uscire.

Questo "Filo dell'Attesa" apre spazi di comunicazione e relazione; la persona "sente" che crediamo nelle sue potenzialità, mettendo le basi per la collaborazione: mi protendo verso chi mi sta aspettando. L'équipe di lavoro dovrebbe essere la prima a credere nelle possibilità di sviluppo, qualunque sia la condizione della persona.

Il "Progetto Persona", che per le istituzioni conosciamo come PAI (Progetto

Assistenziale Individualizzato), può rispecchiare la persona valorizzando e favorendo così il SUO percorso di sviluppo e trasformazione. Componente fondamentale è l'accoglienza: rispecchiare e valorizzare il risultato ottenuto attraverso un processo che tenga conto di come l'altro lo ha pensato, lavorato e interagito nel profondo, restituendolo come peculiare espressione della propria arte di vivere. Come il grembo materno, il gruppo protegge, nutre contiene e aiuta nella crescita, favorisce un'evoluzione, dove questa non porta sempre necessariamente in avanti. Quando non è possibile per l'essere umano andare avanti, svilupparsi, si può sempre andare indietro: regressioni o "avviluppi" che esprimono l'accomodarsi della persona come risposta ad una situazione più o meno difficoltosa.

Il professionista, oltre ad utilizzare tecniche e competenze specifiche, dovrebbe riuscire a mettere in gioco la sua creatività nella ricerca di proposte. La creatività umana, implicita in ogni persona, è quella che ci consente di divergere da strade note o standardizzate.

In questo contesto si inseriscono alcune attività proposte che hanno come filo conduttore il principio di piacere (il motore della voglia di fare) e le memorie del corpo in cui sono ascritti archetipi umani comuni agli esseri viventi. Dar spazio alla traccia espressiva, la nostra melodia interna che si concretizza nello stile con cui ci muoviamo o nel lasciare "il segno" sul foglio e sulla materia, è sia una metodologia di lavoro della GdL che uno strumento per conoscere la persona. Considerare le tracce espressive, ma anche il tono muscolare (emotonicità), che racconta con tutto il corpo le emozioni che la persona sta vivendo, fanno parte di quell'osservazione che tante informazioni ci dà su quello che può essere il progetto più calzante.

In un'attività proposta in un piccolo gruppo con decadimento cognitivo severo, con attenzione difficilmente "catturabile" con attività classiche, sono stati ottenuti picchi di interesse anche di un'ora. Il materiale utilizzato, il miele, ben si prestava per densità a riproporre archetipi di invischiamento che attingono a memorie corporee profonde. Le reazioni sono state molteplici e ciò a cui abbiamo assistito nelle facce dei nostri ospiti è stato un caleidoscopio di sensazioni e emozioni. Massaggi, invischiamento nella relazione

con l'altro che si fa scoperta. Soffermarsi a scoprire e giocare con la viscosità della materia che permette allo stesso tempo di scivolare e appiccicare.

Lasciare una traccia di sé seguendo la propria melodia interiore, lasciare una traccia su un foglio il quale ci rimanda il nostro essere sotto forma di opera d'arte. Permettere all'operatore una chiave di lettura, un racconto dell'altro da interpretare e restituire affinché possa essere compreso e svelato. Se ci mettiamo in ascolto attivo, l'équipe di lavoro sarà in grado di fare ipotesi, avere intuizioni da sperimentare. La persona potrà “protendersi” con maggior fiducia verso l'ambiente (persone e luoghi di vita) lasciandoci intravedere le sue motivazioni e desideri. Cogliere questo aggancio, rispecchiarlo positivamente e amplificarlo ci aiuta a costruire insieme alla persona il suo percorso.

8.2.1. Il tempo e i tempi

Sincronizzare i tempi organizzativi e lavorativi con il tempo della persona è un'altra sfida importante. Il rispetto del risveglio naturale della persona per intervenire nell'igiene e nell'abbigliamento è un esempio concreto di rispetto del suo tempo.

La struttura residenziale offre grandi possibilità, perché vediamo, viviamo, conosciamo la persona in tanti momenti della sua quotidianità.

Nel lavoro riabilitativo cognitivo-motorio come in quello dell'animatore, vengono organizzate attività specifiche più strutturate, ma la ricchezza e il risvolto che offre più opportunità di intervento e collaborazione avviene in momenti meno formali svolti nel reparto durante la quotidianità dell'utente, anche in collaborazione con gli/le OSS. La presenza del professionista nel luogo di vita della persona (il reparto), offre la possibilità di fare un intervento, che sia fisioterapico o animativo/educativo, in cui l'ambiente stesso diventa palestra funzionale più comprensibile alla persona. *Goal-oriented Therapeutic Activities* che potremmo sintetizzare in “cogli l'attimo” come ri-

sposta funzionale al bisogno del momento.

La richiesta che viene dalla persona può essere espressa o implicita: ad esempio se si agita sulla sedia, quale miglior occasione per proporre una attività di movimento (cammino, pedaliera o altro) che può essere la risposta funzionale ad un suo possibile bisogno di attivarsi. Questo scardina l'idea dell'orario fisso per i trattamenti o le attività, ma consente di valorizzare gli aspetti motivazionali della persona.

Se il progetto riabilitativo è il recupero della deambulazione, per esempio dopo frattura di femore, utilizzare i momenti in cui la persona vuole andare in camera piuttosto che a tavola, rende facilmente comprensibile il compito e la motivazione a svolgerlo. Perché viene da una esigenza della persona, più che dall'assunto tutto teorico che camminare fa bene.

Nel nostro lavoro è importante tener conto che nelle complessità ciò che funziona è l'apprendimento psico-senso-motorio come esperienza globale del corpo, delle sue memorie ed emozioni che si attiva e ri-attiva ogni volta che si percepisce, che si agisce.

Ogni gesto o azione è determinato da una funzione biologica (mi muovo, non mi muovo) in relazione alle possibilità fisiologiche. Ma non basta, l'elemento cognitivo-relazionale è spesso la determinante: lo faccio perché mi piace, perché mi interessa; non lo faccio non necessariamente perché non posso, ma perché non mi interessa, non mi dà piacere.

L'animazione e la riabilitazione (intesa come mantenimento o recupero psico-motorio e cognitivo) devono partire dal desiderio e dalla voglia della persona di rimettersi in gioco, di fare o di ricercare nuove autonomie. Generare situazioni, occasioni, quotidianità, proposte che lascino aperto lo spazio al filo dell'attesa favoriscono il desiderio di protendersi.

È il primo passo verso una presa sulla realtà circostante che può portare una trasformazione e ad uno sviluppo psico-senso-motorio.

Bibliografia

S. Guerra Lisi, G. Stefani *"Globalità dei Linguaggi, manuale di MusicArTerapia"* – Carocci 2010

S. Guerra Lisi e altri *"Progetto Persona"* – Armando editore 2000

S. Guerra lisi, G. Stefani *"Il corpo matrice di segni"* – Borla 2010

9

L'apertura al territorio dei servizi con gli anziani

9.1. La casa di Riposo come centro servizi per anziani aperto al territorio, l'esperienza de Il Gignoro

di Laura Biagioli, Martina Eccher,
Sonia Fontana, Elisabetta Mantelli

“...con la speranza del Regno di Dio la diaconia diventa cristiana e conduce, al di là delle compensazioni di tipo sociale, a punti di partenza e sperimentazioni per il rinnovamento della comunità umana.”

(Moltmann J., Diaconia, Torino, Claudiana, 1986, p.25).

9.1.1. Premessa

Negli anni Novanta, con la direzione di Gabriele De Cecco alla Casa di Riposo Il Gignoro, maturò un cambiamento di paradigma grazie al quale l'identità della struttura si aprì decisamente ai mutamenti del bisogno socio-assistenziale che le persone anziane esprimevano a livello di quartiere e cittadino. Una visione che se da una parte non rinunciava affatto a consolidare e migliorare la qualità dell'accoglienza residenziale, destinata per altro ad avere anch'essa una differenziazione con l'istituzione dei moduli specialistici, dall'altra anticipava, con un taglio precursore ed innovativo, il concetto di

“global care” che gli enti locali e la Regione Toscana avrebbero poi concretamente declinato nel decennio successivo ed oltre.

Il concetto di “centro servizi” inteso come *“presidio della struttura nel territorio capace di erogare servizi riqualificati, tesi a recuperare le residue possibilità di socializzazione nel quartiere e forme personalizzate per rispondere agli effettivi bisogni, usando “pacchetti” formati da tipologie diverse con l’obiettivo di ritardare l’istituzionalizzazione delle persone”*¹ è il concetto chiave che ha poi informato l’attività negli anni seguenti.

Nel 1994 venne aperto il centro diurno, seguito dall’assistenza domiciliare nel 1997, progettata sia per richieste di tipo privato che con l’apporto del volontariato, e dal servizio trasporti. Sono dei primi anni duemila la creazione della Rete di Solidarietà del Q.2, della quale l’Associazione Amici del Gignoro è uno dei soggetti fondatori, l’apertura della mensa sociale, aperta e co-gestita per 7 anni presso la parrocchia di Santa Maria a Coverciano, ed i corsi di Attività Motoria Adattata (poi denominati Attività Fisica Adattata), aperti all’esterno e tenuti presso la palestra e il giardino de Il Gignoro.

Una vocazione all’apertura e alla differenziazione che, anche alle soglie del 2020, continua a vedere Il Gignoro impegnato a raccogliere e rilanciare con efficacia le opportunità che adesso le istituzioni pubbliche e private adottano nei propri percorsi di co-progettazione socio-sanitaria, non ultime quelle finanziate da fondi europei. Alcune di quelle esperienze sono ancora in corso e documentate nel presente volume, altre nuove si sono aggiunte.

9.1.2. AFA, il movimento fa salute

L’attività Fisica Adattata (AFA) è un tipo di ginnastica dolce dedicata a persone che vogliono mantenersi in forma e prevenire o curare dolori muscolo scheletrici. Si svolge nel “periodo scolastico”, due volte a settimana, nelle

1 G.De Cecco, Pensare con Noi, settembre 2004

palestre convenzionate con la Società della Salute di Firenze dislocate in tutti i quartieri cittadini. Al Gignoro è iniziata nel 2006, all'inizio con un solo gruppo, che nel 2014 è stato affiancato da un secondo gruppo AFA - Nordic Walking con l'idea di sfruttare, oltre alla palestra, il giardino della struttura. Nel 2018 viene richiesta l'attivazione di un terzo gruppo, denominato AFA Otago, dedicato a persone che hanno difficoltà di equilibrio con l'obiettivo di prevenire le cadute e migliorare la mobilità. Il lavoro condotto dalle fisioterapiste del Gignoro con i tre gruppi, ognuno dagli 8 ai 12 partecipanti, è principalmente legato alla promozione di uno stile di vita sano, attivo e socializzante. Oltre all'attività di movimento i partecipanti iniziano infatti a frequentarsi anche al di fuori, nel quartiere, si aiutano a vicenda o decidono semplicemente di vedersi per farsi compagnia, camminare o anche solo per chiacchierare.

9.1.3. AVEvous – Ti Accompagno Verso Casa: l'assistenza domiciliare

Il servizio domiciliare, principalmente assistenziale e fisioterapico, è un progetto della Regione Toscana finanziato dal Fondo Sociale Europeo per il 2018/2019. Il Gignoro è erogatore di "pacchetti-voucher" di prestazioni di fisioterapia e di assistenza di base che le persone in dimissione ospedaliera e in procinto del rientro al proprio domicilio scelgono di richiedere al Gignoro, tramite la Società della Salute di Firenze, per il periodo di tre settimane successive alle dimissioni. Il rientro a casa è un momento delicato soprattutto per chi ha subito interventi ortopedici ed è in una condizione di fragilità; può essere molto faticoso riappropriarsi di sé stessi, dei propri spazi e delle proprie abitudini dopo un ricovero ospedaliero. Il rientro a casa, anche se desiderato in ospedale, è spesso arduo, non è scontato o facile nel riprendere le proprie abitudini e la propria vita. L'intento è aiutare la persona a recuperare la propria autonomia personale, la sicurezza nel movimento e il controllo della propria quotidianità, fornendo strumenti utili alla ripresa fisica, sociale e psicologica. Nel periodo dicembre 2018-maggio 2019 sono state seguite

a domicilio oltre 60 persone. Da segnalare che nel periodo 2017–2018 è stato avviato un progetto di assistenza domiciliare privata, rivolto a tutte le Chiese evangeliche che ne hanno fatto richiesta.

9.1.4. Caffè Alzheimer del Gignoro

A partire dal 2010 Il Gignoro è stato promotore di cinque edizioni di Caffè Alzheimer, ripreso quest'anno con un nuovo ciclo denominato “Na tazzu-
lèlla e café”, fortemente voluto e sostenuto anche dal Quartiere 2 di Firenze che ha messo a disposizione i propri locali. La scelta del nome è nata dal preciso intento di conferire al servizio tutta la leggerezza e, al tempo stesso, la serietà che il rito del caffè a Napoli richiede e prevede, come del resto richiede e prevede la condizione di chi si trova ad affrontare la malattia di Alzheimer, sia in qualità di malato che in quella di caregiver. Il progetto si articola in due periodi: uno primaverile (marzo–giugno) e uno autunnale (ottobre–dicembre) e in due incontri mensili pomeridiani all'interno dei quali sono previste attività curate da esperti in specifici campi (globalità dei linguaggi, interventi assistiti con gli animali, musicoterapia, timeslips...) e un rinfresco gentilmente offerto dalla sezione soci Coop di Firenze Nord-Est. Per i caregivers in particolare sono, inoltre, previsti momenti di confronto con il sostegno di uno psicologo.

9.1.5. CoOperatività

Dal 2017 Il Gignoro (mediante il distacco di una delle sue animatrici) è attivamente coinvolto nel progetto CoOperatività in collaborazione con il Museo dell'Opera del Duomo di Firenze e la RSA Le Magnolie. Si tratta di un progetto di accessibilità rivolto alle persone con Alzheimer (o altro disturbo di tipo neurodegenerativo) e a chi se ne prende cura, con l'obiettivo generale di promuovere il loro benessere attraverso la partecipazione e la condivisione

di esperienze emotivamente rilevanti come sono quelle con le opere d'arte. Dopo una prima fase sperimentale, da gennaio 2018 gli appuntamenti di CoOperatività, che si tengono il mercoledì pomeriggio dalle 15 alle 17, sono aperti alle iscrizioni libere di privati cittadini e strutture residenziali, centri diurni, etc.

9.2. L'esperienza di "Mi Rifugio al Cinema" del Rifugio Re Carlo Alberto

di Marcello Galetti,

responsabile di struttura del Rifugio Re Carlo Alberto

Dall'estate del 2013 al Rifugio Re Carlo Alberto di Luserna San Giovanni si tiene una rassegna di cinema all'aperto. L'iniziativa, che è sempre stata frequentata da un alto numero di spettatori, è stata pensata per due motivi fondamentali: l'apertura della struttura al territorio e la risposta ad un bisogno del territorio che non è soddisfatto, vista la mancanza di un cinema in Val Pellice. In considerazione della posizione isolata del Rifugio abbiamo sempre cercato di essere noi ad aprirci al territorio, anche per cambiare l'immagine (non sempre del tutto positiva) di cui le case di riposo godono presso il cittadino medio.

Perché, ci siamo detti, non può essere una struttura come la nostra che prova a rispondere al bisogno di cinema della valle? In sintesi, alla domanda che sarà forse sorta spontanea in alcuni "Perché una rassegna di cinema in una casa di riposo?" noi rispondiamo semplicemente "E perché no?". La rassegna non ha un tema predefinito, non è una raccolta di film su temi sociali. È una normale rassegna di cinema in piazza, solo che la piazza è il giardino del nostro centro diurno Alzheimer. L'organizzazione è curata direttamente dalla struttura, in collaborazione con una piccola associazione locale che si occupa di cinema.

Fin dal primo anno, poi, abbiamo pensato di organizzare delle cene in abbonamento ad alcuni film. È stata l'occasione di fare conoscere culture diverse, anche in collaborazione con il servizio migranti della Diaconia Valdese. Anche questi appuntamenti hanno avuto un'ottima risposta dalla popolazione locale. È capitato di dovere fare delle repliche, e molto spesso abbiamo registrato il tutto esaurito. Va detto con chiarezza che la rassegna è possibile grazie alla grande disponibilità delle responsabili di servizio del Rifugio e di altre colleghe, e più volte persone che lavorano al Rifugio sono state coinvolte nelle cene, che sono possibili anche grazie alla ottima collaborazione con la ditta Sodexo, che gestisce la cucina delle strutture del Coordinamento Opere Valli della Diaconia sul nostro territorio.

Grande attenzione è stata posta fin dal primo anno alla sostenibilità economica della rassegna, che si è sempre sostenuta da sola e che non ha mai pesato sulla gestione economica del Rifugio, nonostante gli importanti costi che affrontiamo ogni anno.

In conclusione possiamo dire che in questi anni l'esperimento è stato un successo, in termini di frequentazione, di promozione di una diversa immagine della struttura, di integrazione con il territorio e di sostenibilità. L'ambizione, tuttavia, è che si tratti di una esperienza di sensibilizzazione "soft" rispetto ai temi delle persone non autosufficienti, delle persone con demenza e, più in generale, rispetto all'accoglienza di chi è in difficoltà ed alla promozione di una comunità accogliente, tema quanto mai attuale nell'Italia di oggi.

9.3. Le Comunità amiche della Demenza

di Molly Tyler-Childs

Referente Comunità Amica della Demenza, Rifugio Re Carlo Alberto

Questo articolo si pone l'obiettivo di spiegare l'evoluzione e la logica che stanno dietro alle iniziative del Rifugio Re Carlo Alberto verso lo sviluppo di una "Comunità Amica della Demenza", nonché di illustrare i risultati ottenuti tramite il progetto pilota "In Giro con Demenza". Queste iniziative hanno portato a un reciproco vantaggio, per le persone affette da demenza e per le comunità, che può essere spiegato dando voce alle risorse più importanti del Rifugio: gli ospiti e le loro famiglie, ovvero gli esperti del vivere con la demenza.

9.3.1. Comunità Amiche della Demenza: un chiaro mandato degli esperti

“Vivo bene quando ognuno di noi può dire la propria, ridere, uscire e girare” dice Giovanni, che frequenta il Centro Diurno Alzheimer al Rifugio. Maria, con aspettative più contenute, aggiunge: “Mi sento bene con le persone aperte, che non rendono le situazioni più tossiche di quanto siano già”. Assunta interviene per esprimere la sua evidente indignazione: “Bisogna comunicare che persone come noi non sono stupide, no, no, no! È importante che gli altri

capiscano questo. Una persona affetta da demenza è una persona che non sempre riesce a gestirsi da sola e ha bisogno di aiuto, dicono “una pazza “, ma non sei pazzo, hai delle difficoltà!”. Franco, silente fino ad ora, contribuisce: “Mi sento limitato dai parenti che si preoccupano e quindi mi controllano – ho perso interesse per le cose perché pensano che non sia in grado di farle da solo”. Giovanni cerca di placare questo scambio emotivamente carico: “Sappiamo che non tutte le persone sono fortunate come noi, però. Dipende da dove finiscono gli anziani – essere assistito dalla tua famiglia è la cosa migliore, gli altri finiscono in una casa di cura... non mi piacerebbe.” Di nuovo Assunta, che generalmente vuole l’ultima parola: “Ma ci possono essere più esperti di un singolo argomento, anche tre o quattro. Dobbiamo cercare l’ascolto degli altri per, poco a poco, raccontare l’Alzheimer da tutti i punti di vista”.

Queste frasi vere ci hanno orientato, e discorsi simili ci orientano continuamente ad un chiaro mandato per sviluppare delle comunità che funzionino anche per chi vive con la demenza, come parte del nostro compito di casa di riposo. Cioè un mandato per mettere per primi gli ultimi, come protagonisti in percorsi bidirezionali di cambiamento sociale e culturale da svolgere con le comunità ed i servizi locali, per un reciproco vantaggio.

Siamo giunti nel 2014, assieme a tanti altri in tutto il mondo, a collocare questo obiettivo nell’ambito dello sviluppo delle cosiddette “Dementia-Friendly Communities (DFC)” o, in italiano, “Comunità Amiche della Demenza”. “Le DFC raggruppano progetti e iniziative che incoraggiano tutti nella comunità a condividere la responsabilità di assicurare che le persone con demenza si sentano capite, aiutate, valorizzate e che possano contribuire alla loro comunità” (Alzheimer Society, 2019).

9.3.2. Una convergenza di valori e esperienze verso una nuova narrativa della demenza

Il Rifugio entra in contatto con il concetto delle DFC nel 2014, e forse è sta-

to inevitabile che venisse inglobato da quest'onda che si stava riverberando sull'Europa e altrove fin dal 2007 (quando l'OMS ha per prima parlato di Dementia-Friendly Communities). Ripercorrendo la storia del Rifugio, è chiaro che il suo nome e la sua nascita sono scaturiti dal riconoscimento e dall'impatto dello stigma e del pregiudizio nei confronti degli anziani. Da 200 anni questa struttura ha messo l'ultimo per primo, riconoscendo e restituendo valore e diritti a persone emarginate, offrendo l'opportunità di vivere e morire meglio. L'evoluzione di questo paradigma, mostrato in particolare nella graduale specializzazione del Rifugio nel settore della demenza a partire dal 2000, continua ad essere rilevante e più che necessario. In tale senso, ad esempio, un nodo sul quale si lavora da tempo è la decostruzione del concetto di "finire" al Rifugio.

Dal 2000, in particolare, si sono cercate e sviluppate opportunità per mostrare il Rifugio come un luogo dinamico in cui le persone vanno a godersi i loro ultimi giorni di vita, con il supporto di una serie di figure professionali e volontari di tutte le età e diverse cure non-farmacologiche. Si è investito ad esempio su un cinema estivo all'interno del giardino, su attività accessibili aperte al pubblico e sui servizi per la comunità: campi estivi, fiere e feste, cene ed un coro. La nozione di casa di riposo come un luogo piacevole e di tanto in tanto anche divertente per chi ci abita e chi partecipa alle diverse proposte di attività sociali e culturali fa alzare le sopracciglia, e forse aveva lo scopo di farlo.

Questa apertura, intesa anche come un rebranding dell'immagine del Rifugio e dei suoi ospiti attraverso attività sociali e culturali con il pubblico, è stato il tentativo esplicito di fornire opportunità per un contatto diretto tra le persone del territorio e gli ospiti, anche quelli con demenza, con lo scopo e la conseguenza di divulgare una narrativa più realistica e positiva della demenza e del Rifugio.

Mentre questa apertura metaforica e fisica delle porte del Rifugio alla comunità è continuata e si è evoluta con successo, in particolare nel campo dei progetti di internazionalità, è diventata chiara la necessità di un'attenzione ancora più ampia alla questione. I nostri ospiti si riferivano spesso alla "co-

munità” come a un insieme di relazioni, attività, luoghi e impegni che a loro mancavano e che avrebbero voluto rivisitare o addirittura sperimentare per la prima volta, in particolare in riferimento alle vacanze e alle attività ludiche e sportive. Gli ostacoli da loro identificati al vivere bene la loro comunità riguardavano tre aree distinte (descritte nel riquadro 1): la demenza, lo stigma e le barriere visibili e invisibili poste dalle persone, dai comportamenti e dai servizi del territorio.

In effetti le persone con demenza ci hanno guidato a riformulare il “problema della demenza”: pur affrontando sintomi e stigma, non c’è una reale possibilità per loro di partecipare alla vita della comunità ed avere una vita “normale”, in quanto non esistono opportunità accessibili e inclusive

OSTACOLI ALLA PARTECIPAZIONE ALLA VITA COMUNITARIA IDENTIFICATI DAGLI OSPITI, 2014

1. Le barriere create dai sintomi della demenza e dalle disabilità legate all’età, inclusi i processi di pensiero come l’ordine e la memoria; comportamento e personalità; orientamento e confusione, visione e mobilità; continenza e comunicazione.
2. Le barriere invisibili create dallo stigma, dalla paura, dall’imbarazzo e dall’incomprensione relative al doppio colpo dell’*ageism* (età-ismo, come razz-ismo) e della demenza.
3. Le barriere all’interno delle persone, dei servizi, degli spazi e delle opportunità offerte dalle comunità. Queste includono le barriere “visibili”, come quelle architettoniche e quelle legate alla partecipazione alla vita della comunità (accessi, segnaletica, layout, ecc.), e le barriere “invisibili”, come un facile accesso alle informazioni, modi appropriati di comunicare e sistemi di trasporto.

“lì fuori”. E anche dove esistono, ci sono poche informazioni disponibili, o mancano i servizi periferici (ad. es. un museo può essere accessibile ma non avere un parcheggio nelle vicinanze, non essere servito dal trasporto pubblico o non avere un bar accogliente). Se il problema non è la demenza in sé, ma l’ambiente, le pratiche e i comportamenti disabilitanti incontrati nella comunità, i nostri interventi devono includere esplicitamente la comunità e avere un focus esterno e territoriale con una rete di scopo, un’operatività e interlocutori nuovi.

Il Rifugio è una casa di riposo e non un’associazione di advocacy o formazione, da qui la necessità primaria di integrare il lavoro di sensibilizzazione con la vita quotidiana degli ospiti e del personale: un approccio partecipativo di co-produzione, co-implementazione e co-valutazione non è solo utile ma essenziale per perseguire un lavoro basato sulla comunità. Anche perché le ricerche finalmente confermano quello che “si sapeva” da tempo: essere attivi, avere relazioni importanti e sentire di avere un valore contribuiscono alla qualità della vita, possono ritardare l’insorgere della demenza e rallentare il progresso dei suoi sintomi. Molti esperti parlano di “re-inquadrare” la narrativa della demenza (Von Gorp & Vercruyssen; 2012; Bottura, 2009; Espanoli, 2014) e il loro pensiero ha certamente influenzato il nostro, portandoci a riconoscere la necessità di raggiungere in modo proattivo la comunità e di lavorare insieme ad essa, con la consapevolezza che le persone con demenza sono i migliori esperti con cui farlo, con reciproco beneficio.

9.3.3. Il premio EFID e il suo effetto legittimante

Arrivati a questo punto, ci si è domandati come implementare a livello pratico queste nuove narrazioni sulla demenza. In principio abbiamo etichettato i negozi e i servizi sul territorio come “difficili da raggiungere”, ma nella nostra indagine molti ci hanno rivolto domande sulla demenza, chiedendo aiuto su come affrontare le esigenze dei clienti che già avevano. Quindi “la comunità” non era (sempre) l’ambiente ostile che avevamo previsto. Questa comprensione è avvenuta nello stesso momento in cui abbiamo ri-

cevuto il premio EFID nel 2014 per il progetto Ambasciatori per l'Alzheimer, e tale riconoscimento a livello internazionale ha legittimato il nostro modo di pensare e le risposte fino ad allora date. L'EFID (European Foundations' Initiative on Dementia) promuove le DFC in Europa, e ci ha messo in contatto con persone, progetti e organizzazioni di diversi paesi Europei che hanno condiviso, con noi, i loro pensieri, le esperienze e le sfide, per altro simili alle nostre. Ci ha permesso di dare un nome e un quadro teorico e pratico a quello che stavamo cercando di raggiungere da tempo.

Il Rifugio forse è stato all'avanguardia nel suo ambito nel dare spazio al dialogo con le persone con demenza e nel lavorarci assieme, cercando risposte concrete, e c'è un chiaro "prima" e "dopo" il premio EFID. Tuttavia abbinare la nostra storia alle DFC non è stata una scelta del tutto nuova, quanto più che altro una convergenza e un continuum di valori e di una cultura organizzativa che ha messo in moto l'apertura del Rifugio prima, del Centro Diurno Alzheimer nel 2000, l'avvio di un approccio non farmacologico, l'apertura del Cafè Alzheimer ecc.

Le DFC rappresentano una pluralità di approcci e apprendimenti medici, sociologici, culturali, politici ed economici e devono essere interpretate come un ombrello multiforme piuttosto che come un quadro prescrittivo. Mind UK¹ (2015) individua però tre fattori in comune:

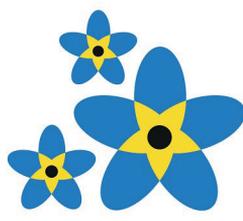
1. Forniscono formazione, educazione e sensibilizzazione al tema della demenza;
2. Prevedono l'inclusione e il coinvolgimento attivo delle persone che vivono con la demenza;
3. Creano e sostengono reti di partnership e collaborazioni.

L'approccio del Rifugio Re Carlo Alberto si innesta all'interno del modello per lo sviluppo delle DFC dell'Alzheimer Society del Regno Unito (adottato

1 Ente di beneficenza con sede in Gran Bretagna

da Alzheimer Italia nel 2016), tra altri modelli validissimi che si differenziano per il peso diverso dato ai discorsi dei diritti, al welfare di comunità e alla partecipazione attiva.

Una nota cinica, che può anche essere vista come un'opportunità, è data dalla constatazione che gli approcci di cura de-istituzionalizzati, basati sulla comunità, hanno molteplici benefici non solo per i destinatari diretti e per le comunità stesse, ma impongono anche meno oneri e gravano meno sulle risorse economiche dei servizi sanitari e sociali. Le DFC presentano dei chiari benefici, in grado di rinforzare e legittimare il lavoro quotidiano, i progetti, le iniziative e le consulenze svolte dal Rifugio, anche se portano con sé nuove sfide da affrontare.



Dementia Friendly Italia

Un'iniziativa di Federazione Alzheimer Italia



Esempio ideale di una comunità amica delle persone con demenza

9.3.4. Verso una DFC in Val Pellice e a Kortrijk, Belgio: In Giro con Demenza

Dopo essere entrati nella rete EFID, acquisito uno sguardo molto più ampio, ci siamo domandanti come potevamo noi, una casa di riposo, emulare alcuni dei grandi progressi raggiunti altrove in Europa per migliorare la vita delle persone con demenza. Ancora una volta, il Rifugio ha cercato di adattarsi ai suoi ospiti piuttosto che il contrario, e abbiamo invertito la domanda: come possiamo adattare il nostro lavoro quotidiano, gli interventi e i progetti alle persone con cui abbiamo contatti, celebrando ciò che è possibile fare con e per loro, piuttosto che ciò che non è più possibile fare? Questa domanda, assieme all'avvio di un confronto con l'unica altra casa di riposo che fa parte della rete EFID (che conta ormai 35 organizzazioni), il Weister a Kortrijk (Belgio), con il quale abbiamo potuto riflettere su alcune possibili risposte, ci hanno portato a sviluppare, nel 2016, un progetto pilota sulla DFC dal nome **“In Giro con Demenza”**, che ha coinvolto numerosi partner: i Comuni di Torre Pellice e Luserna San Giovanni (TO), l'Otto per Mille della Chiesa valdese - Unione delle chiese metodiste e valdesi, Radio Beckwith Evangelica, l'EFID, la casa di riposo Weister un altro partner Belga.

Gli obiettivi rispondevano ai desideri specifici e condivisi degli ospiti, sia in Belgio che in Italia, di essere coinvolti nelle decisioni che influiscono sulla loro vita e nelle attività quotidiane, come andare in vacanza, fare gite, partecipare a feste familiari e comunitarie. Volevano aumentare il numero e la qualità delle opportunità di inclusione nelle attività della comunità, del tempo libero e del turismo. È importante sottolineare che volevano svolgere queste attività senza la barriera aggiuntiva dello stigma e della paura, in comunità in cui le persone capissero meglio la demenza e la trattassero con rispetto.

Il punto centrale del progetto **“In Giro con Demenza”** è consistito nello svolgimento di un percorso strutturato di informazione e formazione rivolto ad oltre 100 commercianti e servizi in Val Pellice e nella città di Kortrijk (hotel, taxi, banche, palestre ecc). Gli ospiti con demenza sono stati gli esperti che hanno formato i collaboratori; hanno poi visitato e utilizzato i servizi e for-

nito feedback e un piano condiviso dei cambiamenti che avrebbero potuto essere fatti, e molti di questi sono stati realizzati – dai menu illustrati alla segnaletica più chiara, alle modifiche architettoniche, come la realizzazione di rampe e l’installazione di arredi accessibili. Questo percorso è stato seguito da un vero e proprio scambio: un gruppo di ospiti del Rifugio è stato in vacanza una settimana in Belgio per “testare” l’accoglienza della comunità e lo stesso ha fatto un gruppo di ospiti della casa di riposo belga. È importante sottolineare che le persone con demenza coinvolte, assieme ai nostri partner, hanno partecipato allo sviluppo di brochure, loghi, documentari, certificati e alle cerimonie di premiazione, divulgando informazioni sulle opportunità legate all’essere “Amici della Demenza”: sono state le persone con demenza i protagonisti di questi cambiamenti *insieme* alla comunità.

Un’ulteriore legittimazione del lavoro svolto è arrivata nel 2017 quando la Val Pellice è stata riconosciuta da Alzheimer Italia come una delle 6, ora diventate 22, comunità in Italia che stanno lavorando per diventare “Comunità Amica della Demenza”. Questo attestato è stato rilasciato anche nel 2018 e 2019.

9.3.5. Che cambiamento!

I cambiamenti più importanti realizzati dal progetto “In Giro con Demenza” sono stati che:

1. abbiamo dimostrato che è possibile CO-PRODURRE un progetto con persone con demenza cambiando i metodi e i processi di partecipazione e coinvolgimento. Il loro ruolo ha permesso di definire la demenza da un punto di vista personale ed esperto, e dal feedback dei collaboratori (negozianti, membri della comunità) si evince che questo ha cambiato il loro modo di pensare alla demenza – in particolare comprendendo che c’è valore nel coinvolgimento delle persone affette da demenza, sia per quel che riguarda la definizione del “problema”, sia per la ricerca di soluzioni. Questo e l’esperienza delle vacanze sono stati per loro molto motivan-

ti, sia dal punto di vista sociale che economico, spingendoli ad apportare le modifiche visibili e pratiche necessarie per migliorare l'accessibilità ai loro servizi. Riteniamo che ciò abbia condotto ad un primo riconoscimento del fatto che le persone con demenza SONO UN'IMPORTANTE RISORSA SOCIALE ED ECONOMICA PER LA LORO E LE ALTRE COMUNITÀ.

2. Le famiglie riferiscono che ora è più facile parlare di demenza, elemento che dimostra che LO STIGMA SI STA RIDUCENDO nella realtà del progetto. Bisognerà capire se questo si tradurrà in un aumento delle persone che cercheranno una diagnosi e un supporto per il loro problema.
3. Ciò che è chiaro è che ci sono nuove OPPORTUNITÀ INCLUSIVE che vengono utilizzate dalle persone e dalle loro famiglie, e nuovi servizi a disposizione per rendere tali attività possibili per chi vive in queste comunità e chi ci viene in visita.
4. Questo è stato possibile solo e grazie alla creazione e al sostegno di RETI TERRITORIALI diversificate, composte da individui e organizzazioni di tutti i settori, con tempo e spazio dedicato per incontrarsi e connettersi. In fondo, reti che riflettono i bisogni della vita di una persona non limitata geograficamente, settorialmente o politicamente, come noi servizi a volte vorremmo o presumiamo.

I NUMERI DEL PROGETTO IN GIRO CON DEMENZA

200 persone con demenza (pcd)

113 collaboratori, commercianti e servizi

197 membri dello staff e volontari

44 eventi pubblici con 1.800 persone raggiunte

61 occasioni per contatti diretti con pcd

+ di 70 articoli/post sui social network/media output

+ di 20.000 visualizzazioni dei media output

25 servizi nuovi sul territorio

9.3.6. Consolidare, estendere e demistificare le DFC dentro e fuori dal Rifugio

L'adozione da parte del Rifugio del quadro teorico delle DFC e la sua entrata nella rete delle Dementia Friendly Communities mettono in risalto l'importanza di avere una cornice di riferimento molto chiara e ovviamente comprensibile a tutti. Sono state un trampolino di lancio per nuovi progetti, nuove reti e nuovi territori. Hanno permesso di comprendere il valore immenso di una casa di riposo e dei suoi ospiti e la loro capacità di creare cambiamenti desiderati e positivi per tutti. La demenza in effetti ci presenta tutti come persone e servizi in grado di valorizzare e sviluppare le comunità, creando nuovi modi per garantire la partecipazione di chi è emarginato. Questo va verso il concetto della scala di partecipazione di Hart (1992) e Arnstein (1969) e del prendere decisioni insieme, e verso l'interazione che Carpentier (2011) descrive come la creazione di relazioni socio-comunicative. Discorsi che danno forma alla filosofia "niente di noi senza di noi", non più dall'alto, ma neanche dal basso: insieme.

Per consolidare e estendere questo approccio e il ruolo del Rifugio e dei suoi ospiti sarà necessario un continuo sguardo bidirezionale, dentro e fuori della porta del Rifugio. Come si possa integrare e radicare meglio la pratica, i valori e la narrativa della DFC, anche all'interno del Rifugio, mantenendo al tempo stesso il passo con i cambiamenti sul territorio? Come gestire l'aumento di aspettative degli ospiti che frequentano il Rifugio e delle loro famiglie? Bisogna ancora "demistificare" che cosa sia la partecipazione e capire come facilitarla, sia dentro che fuori della casa di riposo. Il futuro del Rifugio ed i suoi impegni saranno senz'altro intrecciati con la sua capacità di lavorare in rete, di svolgere percorsi per trovare terreno in comune tra i vari stakeholder, incluse le persone con demenza, per prendere decisioni insieme e agire anche in ambiti non socio sanitari. Ma sarà necessario avere anche la capacità di equilibrare, forse, la dicotomia tra gli sguardi fuori e quelli dentro.

Niente toglie che vivere con qualsiasi forma di demenza, in qualsiasi fase, e prendersi cura di qualcuno che ci con-vive può essere devastante. Ma come

ci insegnano oramai in tanti, non deve essere una condanna, e con-vivere, pure bene e come parte della propria comunità, con la demenza, è possibile. Maddalena ad esempio, ci dice della sua esperienza di vivere in Val Pellice e poi al Rifugio: “Non mi sento malata, mi sento normale. Ho una vita normale qui, bella e senza troppe complicazioni”.

Il lavoro non è finito, ma la strada percorsa fino ad adesso è di buon auspicio e presenta orizzonti migliori e più evoluti.

È possibile visionare un interessante documentario sul progetto “In Giro con Demenza” al seguente indirizzo: <https://www.youtube.com/watch?v=GpTKoTT26bY>



È inoltre possibile scaricare la brochure del progetto “In Giro con Demenza” al seguente indirizzo:

<https://www.diaconiavaldese.org/csd/news/la-val-pellice-e-dementia-friendly-pubblicate-le-brochure-in-italiano-e-inglese.php>



10

Anzianità: non è tempo per i codardi?

di Jürgen Stein,
coordinatore della Diaconia di Brema

L'affermazione “invecchiare non è roba per codardi” è diventata così popolare alcuni anni fa in Germania che è ormai quasi un proverbio. Guardando su internet, si scopre che sono ben due i libri bestsellers che utilizzano più o meno lo stesso titolo, mentre altre pubblicazioni ricorrono a questa affermazione come sottotitolo. Il libro più famoso è stato pubblicato da Joachim Fuchsberger, un attore televisivo e del cinema molto popolare in Germania negli anni Sessanta e Settanta, che normalmente interpretava il ruolo di detective, agente segreto o gangster gentiluomo – tutto tranne che personaggi codardi. Chi ha visto le sue interpretazioni non ha dubbi che lui abbia saputo affrontare con stile e disinvoltura anche i primi segni dell'incontinenza, la perdita di memoria e la morte di alcuni cari colleghi.

La viralità di questa affermazione ci suggerisce che la popolazione tedesca è sensibile al tema dell'invecchiamento: il successo economico degli ultimi decenni, la disponibilità di ricchezze e di manodopera immigrata potrebbero non essere sufficienti per affrontare le sfide del diventare vecchi – come individui, nelle reti sociali informali e nella società nel suo complesso.

In contrasto con le precedenti generazioni (che ritenevano di sapere cosa dovevano aspettarsi), noi siamo insicuri su cos'è la vecchiaia e su cosa ci

succederà diventando vecchi, su come prepararsi e, non meno importante, su come progettare e offrire servizi che forniscano strumenti utili per gli anziani di oggi e domani. Richiamando l'affermazione precedentemente citata, cerchiamo di non guardare a questa insicurezza come a una debolezza – gli approcci idealistici del passato erano probabilmente un'illusione – ma sentiamoci liberi di affrontare la realtà così com'è e come potrebbe diventare.

Come Cristiani siamo chiamati a servire le persone nel bisogno e a trovare delle modalità per farlo non solamente come singole “buone azioni” ma cercando di sviluppare servizi in cui nessuno sia escluso. Le persone dovrebbero avere l'opportunità di affermarsi, sperimentarsi e riconoscersi in qualità di “prossimo” degli altri. Ridurre la paura e l'insicurezza derivanti dal dover affrontare delle sfide è sicuramente un servizio di enorme importanza. Nella società moderna, così come è organizzata da numerosi secoli, questo vuol dire affermare una responsabilità “pubblica” che deve porre le sue basi nelle istituzioni pubbliche e nei diritti umani. Questo incoraggerebbe tutti a utilizzare e gestire gli strumenti e i servizi a disposizione dimostrando rispetto, compassione e fede – come operatori professionali o assistenti alla persona ma anche come cittadini volontari, membri della rete familiare, del vicinato e della comunità.

Nulla si realizza solo grazie alle buone intenzioni – da queste potrebbero anzi derivare effetti negativi (come la paura di essere dipendenti da chi ci aiuta) per tutte le parti coinvolte. L'obiettivo costante deve essere creare strutture di aiuto, cura e servizio e formare le persone ad utilizzarle e sostenerle. La progettazione, realizzazione e comunicazione dei servizi offerti non deve mirare solamente a un'efficiente fornitura degli stessi, ma dovrebbe promuovere e sostenere la sicurezza di sé delle persone sull'orlo della vecchiaia e di quelle via via più anziane e debilitate, al fine di incoraggiarle a superare il senso di “codardia” che potrebbero sperimentare di fronte al cambiamento delle proprie capacità e potenzialità. Sicuramente l'efficienza di un servizio ben organizzato è un valore da non sottovalutare in qualunque contesto (un utente che aspetta l'operatore per le 11.00 diventerà incontinente se alle 11.45 questo non è ancora arrivato), ma si potrebbe citare il vangelo (anche se

un po' fuori contesto) riguardo al “fare un miglio in più”¹, al fine di rispondere pienamente alle necessità espresse.

La situazione attuale in Germania viene spesso descritta tramite i cambiamenti che caratterizzano la cosiddetta “Piramide delle età”: la popolazione sta invecchiando e le persone vivono più a lungo. Per alcuni significa farlo in buona salute, per altri vuol dire passare più anni in condizioni di dipendenza e necessità di cure. Con la diminuzione, a partire dai primi anni Sessanta, del numero di figli procapite, molte persone non hanno figli o ne hanno pochi, e questi spesso vivono in una situazione di grande mobilità. L'immaginario e l'aspettativa che ci sia qualcuno (tendenzialmente una donna) in ciascuna famiglia che si dedichi alla cura dei membri più anziani non ha probabilmente mai coinciso con la realtà, ma ad oggi non è neppure più pensabile a livello teorico. È però interessante segnalare come le ricerche dimostrino che le persone anziane non sono “più sole” delle generazioni precedenti, ricche di progenie. Gli anziani di oggi sono più aiutati e istintivamente “allenati” a sviluppare le amicizie, a far parte di gruppi con interessi comuni, passando più tempo nell'ambito di queste realtà rispetto alle precedenti generazioni, creando così reti utili a loro stessi. Alcuni analisti mettono però in guardia dal ritenere che queste reti possano garantire l'offerta delle cure necessarie: possono essere utili per superare la solitudine e riempire gli “spazi vuoti” durante i primi anni della vecchiaia, ma non sarebbero in grado di occuparsi delle necessità quotidiane dell'anziano, in caso questi ne avesse bisogno. Per questo motivo sarebbe opportuno che le istituzioni preposte alla formazione e educazione organizzassero dei corsi per prepararsi e mettersi in rete sul tema dell'anzianità. I progressi della medicina hanno ridotto o debellato numerose e pericolose malattie e il lavoro quotidiano nei campi, in fabbrica e a casa non “distruggono” più il corpo come succedeva in passato - in compenso però al posto di questi problemi, che spesso portavano alla morte poco prima o poco dopo il raggiungimento della pensione, si è verificato un aumento dei casi di decadimento cognitivo, per il quale tutto il mondo farmaceutico sta disperatamente cercando una cura.

1 Matteo 5,41

La Diaconia tedesca venne fondata a metà del 19° secolo su iniziativa di un gruppo di attivisti cristiani preoccupati per un mondo che stava perdendo qualunque strutturazione in un gorgo di sfruttamento industriale e sviluppo sregolato. Le risposte proposte dalla Diaconia furono: a) formazione per servizi specifici b) fondazione di istituti dove persone formate potessero trovare un contesto adatto per svolgere il proprio lavoro, sia direttamente sia supervisionando altri collaboratori poco o per niente formati.

L'idea vincente di sviluppare la formazione degli operatori parallelamente allo sviluppo di istituti e realtà dove quanto imparato potesse essere messo in opera, è ciò che dobbiamo applicare anche oggi e in futuro.

C'è bisogno, ad esempio, di formare gli operatori, ma anche le famiglie e i volontari locali, nella gestione delle varie forme di demenza che affliggono le persone anziane. Ci sono tecniche di cura specifiche (come la stimolazione basale), ma anche modalità di comunicazione che devono essere insegnate. È necessario comprendere e applicare particolari metodi per recuperare le memorie “della mente, dell'anima e del corpo”, prendendosene cura e rafforzandole, ed è necessario assicurarsi che la società nel suo complesso sia consapevole di ciò che sta accadendo. D'altra parte, sarebbe auspicabile lo sviluppo di nuove tipologie di servizio, di strutture e realtà che permettano alle persone di vivere con la loro famiglia (se ne hanno una), i loro amici, la loro rete sociale, o da soli. Spesso questa necessità viene vista come una richiesta di sviluppo di nuove tipologie di edifici. Sicuramente c'è stato un notevole miglioramento in questo ambito, con la realizzazione di nuove “generazioni” di strutture per anziani, dove la stanza non è più semplicemente uno spazio per uno, due o tre letti ma un vero e proprio appartamento con degli spazi per i propri oggetti personali, decorazioni, in alcuni casi una cucinetta e un bagno ad uso individuale. Questi appartamenti sono spesso abbinati a spazi comuni, che non sono solo più delle semplici sale da pranzo, ma una combinazione di angoli e spazi aperti dove ci si può sedere o riposare in privacy ma da dove si può subito prendere parte a ciò che sta succedendo, se si vuole.

Lo sviluppo della cucina-soggiorno è stata un'altra innovazione degli ultimi

decenni. Il più delle volte il pasto vero e proprio non viene cucinato in questi spazi, tuttavia i suoni, i profumi e la situazione di lavoro in comune che derivano dal poter stare in cucina confortano e richiamano il piacere di cucinare e condividere un pasto.

Molti nuovi edifici destinati all'accoglienza di persone anziane sono realizzati intorno ad un cortile interno. In questo modo è possibile passeggiare e camminare in un vero e proprio giardino, stimolando i ricordi, e le persone che sentono l'urgenza di essere in movimento possono fare numerosi giri senza perdersi. Il luogo in cui una persona vive è la sua "seconda pelle" e questo legame è tanto più evidente quando più una persona non può muoversi quando vuole: è importante coinvolgere i futuri utenti e residenti nella progettazione degli spazi, trovando nuove soluzioni e garantendo che la loro voce sia ascoltata. Si tratta ovviamente di un principio più difficile da realizzare della semplice progettazione a tavolino di "edifici modello".

La descrizione delle attuali tendenze dell'architettura per le case di riposo vuole semplicemente essere una premessa al fatto che "l'edificio" non è più la principale e fondamentale risposta alla questione. Gli esempi dimostrano che la progettazione oggi è rivolta alla realizzazione non di stanze e piani, ma di "settings"², ambienti dove gli spazi e lo stile di vita individuali possano essere ritrovati e ricreati.

Si tratta delle cosiddette "Living communities", una combinazione di appartamenti e di aree comuni, in alcuni casi addirittura interi quartieri o "villaggi", dove la privacy è garantita da come sono state progettate le stanze e le aree comuni e dove esistono accordi interni in merito ai pagamenti, alla posta, alle connessioni internet. L'esperienza dimostra che non sono solo le persone in forma e indipendenti ad essere in grado di vivere in queste realtà, ma anche quelle con numerose necessità fisiche o considerevoli problemi

2 "Setting" è una parola inglese utilizzata anche nel linguaggio professionale pedagogico e assistenziale tedesco, in mancanza di una traduzione in tedesco pienamente corrispondente al suo significato. Setting significa infatti non solo la stanza, ma il concetto socio-culturale della stanza stessa.

cognitivi. Nelle strutture tedesche la figura del “Präsenzmitarbeiter”³, nata nell’ambito delle cucine-soggiorno delle case di riposo, è stata successivamente trasferita proprio presso queste comunità, garantendo una presenza utile e fissa che può inoltre monitorare la continuità e qualità dei servizi di cura offerti dalle realtà esterne. Questa tipologia di operatori deve avere particolari competenze, non di tipo assistenziale o infermieristico ma organizzative.

Il vissuto delle persone può supportare la scelta di andare a vivere in una comunità per anziani: molte persone che entrano adesso nella terza età hanno un bel ricordo delle loro esperienze di vita comunitaria effettuate durante il periodo degli studi o nei primi anni di apprendistato, e hanno piacere di sperimentare nuovamente questo tipo di vita dopo alcuni decenni passati in famiglia o da soli. Purtroppo ciò che spesso non è più possibile è realizzare queste comunità in edifici vecchi. C’è infatti bisogno di garantire l’accessibilità degli spazi, servizi sanitari attrezzati e un maggiore livello di privacy rispetto a quello di cui si sentiva la necessità quando si era studenti. Di conseguenza l’edificio è spesso nuovo o comunque deve essere completamente rinnovato, e qui si presenta il problema di trovare i finanziamenti necessari per realizzare i lavori. In alcuni casi si costituiscono delle cooperative o consorzi, ma un’altra possibilità è che una organizzazione no-profit offra tali appartamenti in affitto, garantendo il mantenimento di tariffe giuste e rispettando al tempo stesso le indicazioni di legge, che in Germania prevedono che l’ente che affitta le stanze non possa essere lo stesso che offre i servizi.

L’impressione degli enti che offrono servizi agli anziani è che si potrebbe fare molto di più nell’ambito delle residenze per anziani, eventualmente anche fornendo servizi presso abitazioni private. Purtroppo chi sostiene i costi dell’assistenza, ad esempio le assicurazioni sulla salute, tende a sottostimare il tempo necessario per prestare le cure richieste e quello necessario per spostarsi fisicamente da un utente a quello successivo, anche nell’ambito di comunità organizzate. Il rischio principale di questa mancanza di lungimi-

3 Operatore specificamente destinato ad occuparsi di chi vive in alloggi per anziani.

ranza è che questo tipo di lavoro, professionale o volontario che sia, perda in attrattiva, ritrovandoci in una situazione di carenza di manodopera che non ci garantirebbe la possibilità di avere lo spazio per proseguire i servizi esistenti e progettarne di nuovi.

Esistono oggi strumenti e sistemi tecnologici che permettono di offrire un monitoraggio di tipo ospedaliero dei pazienti a casa loro, tramite la telemedicina (videosupervisione delle stanze di casa, misurazione della pressione, avvisi in caso di cadute). Se gli utenti di oggi sembrano ancora abbastanza impacciati e poco avvezzi all'utilizzo di questi sistemi, le prossime generazioni saranno ormai abituate a questo tipo di soluzioni – che probabilmente saranno accompagnate da servizi forniti almeno in parte da robot o droni (sembra che una visione di questo tipo sia già vastamente diffusa in Giappone). Potremmo addentrarci in una discussione sul fatto che molte cose che oggi sono attuali avranno bisogno di essere “spiegate” in futuro e che nulla di ciò che una persona ha imparato in passato sarà valida per tutta la sua vita. Ciò ci porta alla conclusione che tutto quanto è sempre più connesso a livello mondiale, che visioni e strutture sviluppate a migliaia di chilometri di distanza potrebbero rapidamente avere un effetto sulla nostra vita quotidiana, e che stiamo di fatto diventando vecchi in un “unico Mondo”. Se da un lato questa consapevolezza potrebbe nuovamente suscitare paura, dall'altra è indice della volontà di portare una prospettiva internazionale nella formazione di chi si occupa, a livello professionale o volontario, degli anziani, così come è stato fatto – e forse sarà ripetuto un giorno – in collaborazione con le strutture della Diaconia Valdese a Torre Pellice.

PRINCIPI ETICI DI QUALITÀ NELLA CURA DELLE PERSONE ANZIANE: L'ESPERIENZA DEL PROGETTO ERASMUS PLUS "Q-EUROPE"

di Paola Gazzano,
responsabile qualità del Coordinamento Opere Valli
e Marzia Disarò,
responsabile qualità della Diaconia Valdese CSD

Dal 2017 la CSD partecipa ad un progetto Erasmus+ nell'ambito di Eurodiaconia insieme alle organizzazioni di alcuni Paesi Europei e nello specifico Slovacchia, Belgio e Repubblica Ceca.

Gli obiettivi del progetto sono:

- Condivisione di buone prassi nella cura delle persone anziane;
- Incremento delle conoscenze tramite la condivisione delle esperienze dei singoli partner per la definizione di nuovi strumenti da utilizzare nelle Long Term Care per migliorare la qualità di vita degli ospiti: documentazione, etica, interessi famigliari, relazioni, ecc.;
- Creazione di un manuale per responsabili nel settore della Long Term Care come strumento di formazione per manager e personale sui principi etici di qualità e sull'impatto sociale della cura delle persone anziane.

Gli step del progetto finora sono stati:

1. valutazione dell'impatto sociale della cura delle persone ospitate nelle strutture residenziali;
2. modalità per la formazione del personale nel rispetto dei principi etici di qualità (metodi, argomenti ...);

3. discussione sulle modalità di attuazione dei principi di qualità prodotti all'interno di Eurodiaconia;
4. predisposizione del manuale e sua implementazione nella formazione di manager e personale

Il lavoro è stato preparato e realizzato attraverso quattro workshop, di cinque giorni ciascuno, organizzati dai paesi ospitanti. Le città ospiti sono state: Bratislava (Slovacchia), Torre Pellice (Italia), Frydek-Mistek (Repubblica Ceca), Bruxelles (Belgio).

In ogni occasione sono state visitate delle strutture offrendo così, alle organizzazioni presenti, una panoramica su modalità diverse di azioni e relazioni con le persone prese in carico nei diversi servizi.

L'ultimo step sarà la presentazione del manuale in un incontro ad ottobre 2019 a cui saranno invitate le persone coinvolte nella gestione di tali servizi tra cui personale di enti pubblici, assistenti sociali, direzioni di strutture, ecc.

11

Servire, con gli anziani

documento elaborato
e approvato dalla Commissione
Sinodale per la Diaconia
nelle sedute del 12-13 giugno 2019

Introduzione

In questo anno ecclesiastico la CSD ha avviato una riflessione sul tema della diaconia con le persone anziane, con lo scopo di riscoprire e/o reinventare, nel solco della vocazione evangelica, spazi di intervento diaconale.

La discussione e il dibattito avviati dalla Commissione hanno coinvolto con una consultazione aperta i presidenti e i responsabili delle opere e dei servizi, non solo della CSD (Asilo dei vecchi di San Germano Chisone, Rifugio Re Carlo Alberto, Il Gignoro, Casa valdese delle Diaconesse), ma anche delle altre strutture diaconali per anziani facenti parte dell'ordinamento delle nostre chiese (Miramonti di Villar Pellice, Asilo dei vecchi di Luserna San Giovanni, Caprotti-Zavaritt di Bergamo).

Il quaderno della diaconia, dedicato a questo argomento, è stato redatto grazie ad alcuni responsabili dei servizi per anziani e a esperti esterni.

Contesto

Come spesso ci accade quando proviamo a guardare avanti, a prepararci a quello che succederà, abbiamo delle certezze ineludibili che però è difficile comporre in un quadro organico complessivo. Sappiamo che la speranza di vita è in costante aumento in Italia. In particolare il nostro Paese, con il Giappone, è fra quelli che hanno e avranno la percentuale più alta di popolazione anziana sul totale. Questo squilibrio è determinato dallo scarso ricambio generazionale: le nascite non compensano i decessi. Al combinato disposto derivante da questa situazione, si aggiungono la riduzione del valore dei trattamenti pensionistici, la diminuzione dell'universalismo sanitario, la fragilità/assenza delle reti famigliari, che comporteranno un sicuro aumento della povertà fra le persone anziane.

Programma di lavoro

Con queste premesse, a conclusione di una fase di larga condivisione, la CSD propone alla discussione sinodale alcune sue determinazioni.

Strutture per anziani

La diaconia deve dare continuità ai servizi offerti tramite le case di riposo per anziani esistenti garantendo servizi diaconali di qualità, utilizzando le strutture che la solidarietà delle passate generazioni ha messo a disposizione. Le opere devono integrare i propri servizi nel territorio, anche tramite interventi di domiciliarità, cercando un punto di incontro tra le scelte diaconali e le politiche pubbliche, individuando e perseguendo servizi innovativi in grado di offrire soluzioni integrate modulari che sappiano rispondere alle differenti esigenze.

Le strutture per anziani costituiscono il “nocciolo duro” della diaconia istituzionale: quelle affidate alla CSD rappresentano oltre il 30% del fatturato e del numero di addetti della Diaconia Valdese CSD; le altre rappresentano cir-

ca il 60% del fatturato e del personale delle opere extra CSD. Sono le palestre della diaconia che ci hanno consentito di maturare esperienze e competenze che adesso devono essere investite nell'innovazione e nel cambiamento. Per esempio, per rispondere al sempre maggior numero di anziani che non hanno e non avranno la possibilità economica di accedere ai tradizionali servizi residenziali.

Il valore aggiunto dei servizi diaconali

La gestione delle strutture deve essere attenta e il valore aggiunto che deriva dall'essere senza scopo di lucro, dal non dover pagare l'affitto degli immobili e dalla possibilità di poter ricorrere, in alcuni casi, a contributi dell'Otto per mille, deve essere visibile e misurabile in termini di qualità del servizio a vantaggio del benessere e della tutela dei diritti degli anziani.

Tutte le nostre strutture sono nate in un periodo in cui l'assistenza agli anziani non era fonte di guadagno, ma il settore dei servizi agli anziani oggi non è più appannaggio solo del "no profit": aziende, cooperative, multinazionali gestiscono le case di riposo con impronta imprenditoriale, spesso producendo degli utili. Questo nuovo scenario ci costringe ad avere molta cura del valore aggiunto dei servizi diaconali.

Anziani poveri

All'interno di una società che incrementa le differenze di ricchezza fra le persone, la diaconia riconosce che il fattore "anzianità" aumenta nettamente il rischio povertà. Si impegna, pertanto, ad intraprendere azioni di contrasto alla povertà delle persone anziane concretamente e con prese di posizioni politiche.

Nel prossimo futuro le risorse economiche pubbliche a disposizione degli anziani, se anche aumenteranno, non potranno comunque verosimilmente farlo in proporzione all'aumento del numero di persone che ne dovranno

usufruire. Dall'altro lato, le risorse private, in particolare quelle pensionistiche, saranno destinate a diminuire sensibilmente, con cali molto significativi a partire dal 2030.

Si prospetta quindi una società molto anziana e in gran parte povera.

Testimonianza evangelica, advocacy e azione politica

La chiesa e la diaconia devono trovare spazi di testimonianza evangelica e politica nelle sedi in cui si costruiscono la cultura e le politiche sanitarie e assistenziali riferite agli anziani.

A differenza del dibattito sul tema delle migrazioni, che vede la diaconia e la chiesa pienamente inserite nelle riflessioni sul tema che si sviluppano nel Paese, non abbiamo, finora, elaborato prassi, sperimentazioni e comunicazioni che ci abbiano consentito di portare il nostro contributo nelle sedi istituzionali e culturali dove nascono e si sviluppano le politiche del settore sanitario e assistenziale riferito agli anziani. Anche se la nostra sensibilità culturale ci porta a privilegiare “il fare”, pensiamo che sia necessario, fondando la nostra “competenza” sull'incontro con le persone all'interno dei servizi diaconali, essere da pungolo sociale del welfare pubblico e proporre in tutte le sedi la nostra prospettiva evangelica.

Valorizzazione delle risorse

La prospettiva dei servizi offerti, pur non escludendo una corretta lettura dei bisogni, deve fondarsi sulla volontà di potenziare e dare spazio alle risorse degli anziani.

Riprendendo una riflessione della Commissione, la diaconia deve transitare da una prospettiva di analisi e soddisfazione dei bisogni ad azioni che sviluppino le risorse. Incontriamo gli ultimi, non concentrandoci sui loro svantaggi, ma sui loro talenti. Pensiamo che una delle specificità evangeliche dell'impegno diaconale con gli anziani consista proprio nel valorizza-

re le risorse: alcune di queste certamente si presentano in forma residuale, ma altre sono nuove e collegate alla modificata condizione in cui si viene a trovare la persona anziana. Sarebbe opportuno inserirsi nel dibattito e nella pratica dei programmi di invecchiamento attivo come proposto anche da alcune linee direttive dell'UE e da iniziative di alcune amministrazioni locali, facendo riferimento anche ad esperienze già presenti in Italia e all'estero.

Accogliere le demenze

La diaconia individua nei servizi con persone affette da demenza uno dei settori su cui proseguire e sviluppare il proprio impegno.

Nella misura in cui crescerà il numero degli anziani, la demenza, nelle sue varie forme, colpirà un numero sempre maggiore di persone. Da alcuni decenni siamo impegnati nel settore dell'Alzheimer con esperienze riconosciute innovative sia in Italia che all'estero. Il ruolo diaconale non è rivolto esclusivamente al singolo, ma anche alla famiglia, al territorio e alla comunità, alla ricerca di spazi di "vivibilità" della malattia.

Gli anziani in difficoltà delle nostre chiese

La diaconia non può trascurare i problemi degli anziani delle nostre chiese e, nella misura delle sue capacità, deve farsene carico.

Il progetto "borse anziani" è un pilastro fondamentale per poter aiutare persone anziane in difficoltà nelle nostre chiese. Circa 70/80 singoli o famiglie sono sostenuti tutti gli anni nell'affrontare costi per ricoveri o assistenza domiciliare. Le strutture residenziali hanno, tutte, delle corsie "preferenziali" per accogliere le domande di anziani delle nostre chiese, anche se si deve ricordare che le graduatorie pubbliche, cioè in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, sono gestite direttamente dall'ente pubblico.

Hospice

La diaconia si propone di analizzare la fattibilità di servizi di hospice, cure palliative e accompagnamento alla morte.

Il tema dell'eutanasia, delle cure palliative, dell'accompagnamento alla morte e più in generale le tematiche affrontate nel documento "È la fine, per me l'inizio della vita. Eutanasia e suicidio assistito: una prospettiva protestante", redatto dalla Commissione Bioetica delle Chiese Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia nel 2017, pur non essendo argomenti specifici dell'anzianità, possono essere connessi con servizi socio-sanitari residenziali quali le case di riposo. Sono temi che le nostre chiese storicamente hanno affrontato con sguardo attento ai diritti delle persone e che, in Italia, avrebbero bisogno di essere sostenuti e rinforzati da sperimentazioni.

Collegamento tecnico fra i servizi per anziani della diaconia

Si propone la costituzione di un gruppo tecnico di raccordo fra le opere e i servizi dedicati agli anziani che, nel rispetto delle autonomie, raccolga tutti i servizi diaconali presenti all'interno dell'ordinamento ecclesiastico con l'obiettivo di scambiare informazioni, sviluppare e coordinare progetti di innovazione, condividere iniziative formative e di aggiornamento, sostenere la presenza nei tavoli tecnici regionali e nazionali.

Lavoratori anziani

Una problematica che si è affacciata in modo prepotente con l'innalzamento dell'età pensionabile è l'anzianità anagrafica dei lavoratori e delle lavoratrici. Alcune figure addette alla cura anche fisica delle persone risentono in modo particolare dei problemi fisici e dell'usura degli anni di attività lavorativa. La diaconia si impegna a far pressione sul legislatore perché siano riconosciuti pienamente i diritti di questi lavoratori e cerca di attivare le possibili azioni preventive.

INDICE

1	Introduzione	5
2	L'anziano nella Bibbia	9
	2.1 L'Antico Testamento	12
	2.2 Il Nuovo Testamento	15
3	L'anziano in Italia nel 2025	21
	3.1 Invecchiare non è una malattia.....	26
	3.2 La solitudine accompagnerà la vita dei vecchi nei prossimi anni?	28
	3.3 Il sistema di welfare sarà in grado di proteggere gli anziani?	30
4	Da pastori a cappellani della terza età? Piste per la metamorfosi del ministero	33
	4.1 Le “chiese di giovani”, un controesempio.....	35
	4.2 Presupposti non dichiarati delle “chiese per anziani”	36
	4.3 L'ambigua sfida al pastorato.....	37
	4.4 Una cappellania ostica eppur rassicurante	38
	4.5 Il nodo “quale chiesa”	41

5	Piccolo dizionario dell'anzianità	
	Raccontare alcune sigle, termini tecnici e specialistici come “occasione per toccare alcuni dei problemi focali dei servizi per anziani”	43
6	I centri diurni	51
6.1	I Centri Diurni Integrati e Alzheimer	53
6.2	Il Centro Diurno Alzheimer del Rifugio Re Carlo Alberto (Luserna S. Giovanni, TO).....	56
6.3	Il Centro Diurno Integrato dell'Asilo Valdese per persone anziane di Luserna San Giovanni (TO).....	58
6.4	Il Centro Diurno Integrato de Il Gignoro (Firenze).....	60
	Codice etico del Centro Diurno de Il Gignoro.....	61
7	Il benessere dell'anziano: le attività offerte dalle strutture per anziani	63
7.1.	Musica e musicoterapia nei servizi per anziani.....	67
7.2.	La Palestra di Vita	
	Un metodo per migliorare la qualità della vita	73
7.2.1.	I concetti fondamentali della Palestra di Vita	74
7.2.2.	Il Progetto Cres.Co Crescita di una Comunità	76
7.2.3.	L'esperienza della Palestra di Vita all'Asilo dei Vecchi di San Germano	77
7.3.	Snoezelen e la persona anziana: un incontro sensoriale ed emozionale per un'esistenza dignitosa!	81
7.3.1.	L'approccio Snoezelen alla Casa valdese delle Diaconesse.....	86
7.4.	Geromotricità al Rifugio Re Carlo Alberto.....	89

7.5. Interventi Assistiti con gli Animali in ambito geriatrico: l'esperienza della Casa di Riposo Il Gignoro di Firenze	93
7.6. La compagnia del caffè: il progetto di bar sociale della casa di riposo il Gignoro di Firenze	99
7.7. Le attività di animazione dell'Asilo valdese di Luserna San Giovanni (TO)	103
7.7.1. Rolando e l'orto	104
7.7.2. Tutti al mare	105
7.7.3. L'Associazione Amici dell'Asilo valdese	105
7.7.4. Gruppo di lettura biblica	106
8 La stimolazione e il mantenimento delle capacità cognitive: il progetto brainer e la globalità del linguaggio	107
8.1. La terapia della memoria	109
Riferimenti bibliografici	113
8.2. MusicArTerapia nella Globalità dei Linguaggi Il filo dell'attesa nel Progetto persona	115
8.2.1. Il tempo e i tempi	118
Bibliografia	120
9 L'apertura al territorio dei servizi con gli anziani	121
9.1. La casa di Riposo come centro servizi per anziani aperto al territorio, l'esperienza de Il Gignoro	123
9.1.1. Premessa	123
9.1.2. AFA, il movimento fa salute	124
9.1.3. AVEvous – Ti Accompagno Verso Casa: l'assistenza domiciliare	125
9.1.4. Caffè Alzheimer del Gignoro	126
9.1.5. CoOperatività	126

9.2. L'esperienza di "Mi Rifugio al Cinema" del Rifugio Re Carlo Alberto	129
9.3. Le Comunità amiche della Demenza	131
9.3.1. Comunità Amiche della Demenza: un chiaro mandato degli esperti.....	131
9.3.2. Una convergenza di valori e esperienze verso una nuova narrativa della demenza	132
<i>Ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria identificati dagli ospiti, 2014</i>	134
9.3.3. Il premio EFID e il suo effetto legittimante	135
9.3.4. Verso una DFC in Val Pellice e a Kortrijk, Belgio: In Giro con Demenza.....	139
9.3.5. Che cambiamento!	140
<i>I numeri del progetto In Giro con Demenza</i>	141
9.3.6. Consolidare, estendere e demistificare le DFC dentro e fuori dal Rifugio	142
10 Anzianità: non è tempo per i codardi?	145
<i>Principi etici di qualità nella cura delle persone anziane: L'esperienza del progetto Erasmus Plus "Q-Europe"</i>	155
11 Servire, con gli anziani	157

La Collana “I quaderni della Diaconia”

Nuova serie

- 1 Gli atti dei Convegni della Diaconia del 2009 e 2010 (*agosto 2010*)
- 2 Tra modernità e globalizzazione: percorsi per una diaconia protestante, prima parte (*marzo 2011*)
- 3 Gli atti del Convegno della Diaconia del 2011.
Tra modernità e globalizzazione: percorsi per una diaconia protestante, seconda parte (*agosto 2011*)
- 4 Gli atti del XXII Convegno della Diaconia.
Riflessioni sulla diaconia nell’ultimo decennio (*agosto 2012*)
- 5 Diaconia e Formazione (*agosto 2013*)
- 6 Migranti, richiedenti asilo e rifugiati (*agosto 2014*)
- 7 Carcere, cappellania e misure alternative (*agosto 2015*)
- 8 Contro la violenza sulle donne: riflessioni e iniziative (*agosto 2016*)
- 9 Esperienze di fundraising nelle comunità locali e nelle opere diaconali (*agosto 2017*)
- 10 Il diritto di restare: il regolamento Dublino, i volti, le storie e le possibili buone pratiche (*gennaio 2018*)
- 11 Venti anni di testimonianza diaconale (*agosto 2018*)
- 12 Risorse dell’anzianità. Un cambio di paradigma nell’approccio ai servizi con gli anziani (*agosto 2019*)

Finito di stampare: Agosto 2019