

LA RELAZIONE CON I CAREGIVERS-FAMILIARI DEGLI ANZIANI COME RISORSA NELL'ISTITUZIONE

Dr.ssa Patrizia Tacconi, Psicologa, formatrice - Milano

Premessa

Il titolo di questa relazione invita a guardare al rapporto tra operatori e caregiver familiari nella prospettiva che esso sia, o diventi, una "risorsa" per l'istituzione. Generalmente si usano espressioni quali : "l'anziano come risorsa", "la famiglia come risorsa", anche " l' operatore come risorsa ." Proporre invece all'educatore (così come ad altri operatori) il punto di vista secondo il quale la risorsa va cercata *nella relazione* tra operatore e familiare, porta necessariamente a riflettere sulle strategie da ricercare per la costruzione, o, ancora meglio , la co- costruzione di un rapporto collaborativo. Viene quindi dato un peso significativo non tanto alla soggettività, quanto piuttosto alla relazionalità, indicando quindi implicitamente il mettersi in gioco dell'operatore nei confronti del familiare.

Tenendo conto di questa indicazione in queste riflessioni verranno toccati soltanto alcuni tra i molteplici aspetti del lavoro educativo in una RSA o in un CDI improntato all'attivazione di percorsi collaborativi con i familiari delle persone anziane.

- Il riconoscimento del lavoro di cura informale svolto dalle famiglie, spesso da un unico familiare, prima dell'ingresso nella struttura o nel centro diurno.
- La ricostruzione della storia e della qualità della relazione tra anziano fragile, non autosufficiente e caregiver, quale punto di partenza per ogni Progetto Assistenziale Individualizzato.
- L'ipotesi di poter formare gruppi di incontro familiari - operatori finalizzati a formulare progetti per la qualità della vita all'interno dell'organizzazione: su questo tema verrà brevemente ripercorsa un'esperienza fatta da chi scrive.



1. Qualche parola come premessa: "un po' per caso, un po' per desiderio"... ma anche "per forza o per amore".

Forse le parole che troviamo nel titolo del convegno "un po' per caso, un po' per desiderio " cui aggiungerei quello di una ricerca sui familiari caregiver svolta a metà circa degli anni novanta dall'Irer "per forza o per amore", si prestano a descrivere in modo breve e suggestivo gli inizi del lavoro di cura da parte di molti familiari nei confronti dei loro cari - persone anziane - divenuti fragili , non autosufficienti, colpiti da forme di demenza.

Nelle espressioni usate possiamo trovare il cuore di molte lunghe storie, storie cominciate così, appunto.

Per caso: perché si è figli unici, perché si è rimasti celibi, nubili e si vive ancora nella casa paterna, perché si pensava di arrivare poi a suddividersi la cura con i fratelli e invece questo non è avvenuto. *Per desiderio,* cioè fondamentalmente per scelta, con convinzione e consapevolezza, magari dopo aver discusso, mediato, gestito le divergenze, trovato accordi.

Per amore: come risposta a una lunga storia di affetti, affetto coniugale, affetto filiale. *Per forza:* perché si è stati scelti, voluti dal genitore[e non sempre in quanto figlia preferita, ma piuttosto per non "dare disturbo a un'altra, quella veramente amata..."], perché altri familiari si sono defilati, perché a non farlo i "sensi di colpa " sarebbero troppo laceranti, perché è il proprio coniuge e non ci sono figli a dare aiuto.

Per chi sia chiamato dal ruolo professionale a intervenire a sostegno di questi sistemi familiari curanti diventa essenziale uno studio attento delle singole situazioni in una prospettiva socio-relazionale: "capire prima di intervenire", una semplice regola che vale lungo tutto il percorso di cura e per tutti gli operatori che, diciamo così, incrociano la strada di queste persone.

Infatti tra le domande che possiamo porci nello sforzo di capire, e di capire un aspetto molto importante, quello del *legame tra anziano e caregiver* ne formulo alcune:

- Farsi curare è solo dipendenza, disagio profondo per la perdita di una parte della propria identità, o anche controllo sull'altro, per esempio sulla sua vita esterna alle mura domestiche?
- Curare è sempre un onere e un fardello, oppure può essere un ponte gettato tra chi chiede e chi risponde alla richiesta, uno strumento di riconciliazione o di rafforzamento di legami,

o ancora una strada maestra – spesso imboccata non consapevolmente – per non superare mai la barriera intergenerazionale, l’asimmetria delle posizioni, senza riuscire mai a diventare veri compagni di viaggio del genitore anziano nell’ultima parte della sua vita?

- Con il prendersi cura si attuano scelte consapevoli anche alla luce di propri valori etici, come l’impegno di fronte alla sofferenza, l’esplicitazione di una solidarietà affettiva, oppure da entrambe le parti ci si percepisce semplicemente come soggetti perdenti di fronte a forme relazionali di ricatto spesso inconsapevoli o nei confronti del peso di una costrizione sociale?
- Che cosa necessita alla persona che cura, e anche all’intero sistema informale curante, per essere sostenuto nell’impegno assunto senza che questo provochi condizioni di sofferenza non sostenibili? In che modo, con quale livello di coinvolgimento dei soggetti il sistema formale deve essere in grado di rispondere, ma allo stesso modo la rete di solidarietà amicale, di vicinato, di volontariato?¹
- E quali sono i bisogni di un caregiver o, più in generale, di un sistema familiare curante, quando avviene per il membro anziano la transizione dalla propria casa [a volte quella di un figlio, di una figlia] ad un centro semiresidenziale o alla struttura per anziani?

Un primo, piccolo passo conclusivo: per poter pensare di collaborare con un familiare di un anziano che usufruisce di un servizio [centro diurno, residenza, ma anche assistenza domiciliare...] da parte degli operatori che vi lavorano occorre conoscere la storia familiare, la storia del lavoro di cura, la qualità delle relazioni intrafamiliari.

Accostando la storia lo sguardo dell’operatore si allarga e si impara a vedere la qualità del legame tra anziano e familiare alla luce di questo grave sconvolgimento che nella famiglia è avvenuto: la perdita di non autosufficienza di un membro e la conseguente assunzione di responsabilità nella cura all’interno della cerchia familiare.



2. Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura : un bisogno dei caregiver.

Una definizione del lavoro di cura informale che, pur sinteticamente, può far emergere aspetti rilevanti di complessità, fatica, necessità di competenze, bisogno di supporto.

“... è un vero e proprio lavoro continuativo, estremamente diversificato, che investe non solo il piano materiale ma anche la sfera affettiva, un mescolarsi di lavoro e di amore.

... un lavoro di ricerca dei servizi, fatto di molteplici passi istituzionali, di negoziati con le istituzioni, di coordinamento [...]. Il lavoro di cura implica inoltre la capacità di mobilitare altri membri della rete familiare o sociale [...].

... un lavoro improntato alla durata, un lavoro senza fine che richiede flessibilità, disponibilità, adattabilità, perché solo queste qualità permettono di far fronte agli avvenimenti e di gestire una routine costellata di imprevisti.²

Già questo riconoscimento del significato e del valore della relazione di cura pregressa attiva una relazione che diventa risorsa per l’operatore in quanto potenzialmente in grado di porre le premesse per instaurare una collaborazione.

Spesso il familiare che arriva con il proprio anziano in RSA o ad altro servizio, esprime (il più delle volte non verbalmente) come primo bisogno non solo e non tanto quello di “depositare” il fardello materiale della cura in mani che spera non solo competenti ma anche *friendly*, amichevoli, quanto piuttosto quello di ricevere un’ accoglienza che lo induca a “deporre” in buone mani la storia del suo lavoro di caregiver. Ciò avviene attraverso il racconto di tutti gli aspetti emotivi e pratici della scelta, i dubbi che lo hanno attraversato, le fatiche compiute, le soddisfazioni e le delusioni, i riconoscimenti e i mancati riconoscimenti, i conflitti intrafamiliari, i momenti di vicinanza con l’anziano, ma anche quelli di distanza, di conflitto.

¹ Tacconi P., *Famiglie che curano. I molteplici significati del curare*, in “Animazione Sociale”, 1, 2001.

² Adattato da : Lesemann F., Martin C., *Assistenza a domicilio. Famiglia e anziani*, Franco Angeli, Milano 1994.

"Mia mamma non vuole nessuno ... neanche un aiuto per me non lo vuole, anzi ... è quasi un'offesa. Non avrebbe voluto neanche l'altra sua figlia, mia sorella. No, no: se sono io che sono perennemente con lei allora va bene ... se no ... ma io sono al limite ... non so che cosa fare e devo decidere da sola" [Figlia, 65 anni, cura la madre a casa, deve decidere per un appoggio a un servizio]

"... è anche il corpo che decide ...che decide per te e ti dice "Basta!" ... anche se ha la decisione viene presa sotto l'incapacità fisica...uno arriva a un punto in cui non è più capace di andare avanti da solo ... e uno lo deve riconoscere perché non può più fare a meno dell'aiuto degli altri...poi sotto sotto c'è l'abitudine di tutti quanti di credere di essere diversi dagli altri ... per cui...come con le cinture di sicurezza : "Tanto io non faccio mai incidenti!" [Figlio unico,42 anni, seguita la madre morta di tumore, poi il padre malato di Alzheimer, ora pensa al ricovero]

"Io capisco che ce l'ho da matti con mia mamma [caregiver principale del marito/padre di chi parla] ... mi viene una rabbia perché penso che se ce l'avesse messa un po' di più il papà sarebbe restato a casa ... sì ... la capisco, purtroppo lei è sempre stata depressa ... però col nostro aiuto potevamo tirare avanti ancora ... poi mi vergogno di pensarla così ... sto male, tanto ..." [Figlia, 64 anni, hanno appena ricoverato il padre malato di Alzheimer]

Questi sono solo frammenti di storie: parole non facili da dire, sentimenti complessi da rendere palesi: e come farlo se, in aggiunta, non vi sono luoghi adatti per essere ascoltati, se non si incontrano operatori preparati, persone attente a non giudicare, a non usare il proprio metro di misura per valutare le scelte di chi hanno di fronte?

Poter invece far diventare la propria esperienza un racconto, riprendere in mano i fili confusi e ingarbugliati della propria storia è un tassello importante - tra i primi - per costruire un percorso collaborativo con i professionisti della cura nei servizi rivolti agli anziani.

3. Conoscere il sistema familiare dell'anziano per meglio comprendere la qualità del rapporto tra l'anziano e chi se ne è preso cura o ancora lo sta facendo.

Li chiamo "indizi" per significare la loro funzione di orientamento, di premessa per una conoscenza del sistema delle relazioni delle persone anziane che giungono ad un servizio. Vi sono infatti sistemi familiari dotati di apertura e flessibilità, sistemi che evolvono, che anche a fronte di una grave non autosufficienza di un loro membro anziano, sanno fare fronte (*coping*) alle emergenze, alle difficoltà quotidiane, trovano soluzioni, sperimentano ipotesi. Nessuna famiglia è esentata mai da fatiche fisiche, momenti emotivamente difficili da affrontare, dilemmi che portano i diversi membri familiari a scontrarsi, ad opporre punti di vista divergenti: ma là dove alto è il livello di consapevolezza soggettiva e familiare delle conseguenze di un lavoro di cura svolto nel rispetto della persona anziana e al tempo stesso consapevolezza che la vita di tutti debba essere tutelata, buona risulta la capacità di parlarne e di mediare tra differenze. In questi casi anche lo stesso ricorso ad aiuti formali avviene con minori inciampi e con più chiarezza nella richiesta stessa.

In questi sistemi familiari sono rintracciabili elementi quali:

- rapporti affettivi con l'anziano senza eccessivi "conti in sospeso";
- assunzione consapevole del carico assistenziale da parte del caregiver;
- condivisione delle decisioni nella famiglia di origine e/o con la propria famiglia, gestione aperta degli eventuali conflitti alla ricerca di soluzione;
- riconoscimento dell'impegno di chi cura da parte dell'anziano, dei familiari, nel sociale;
- mantenimento di "spazi" e interessi personali da parte del caregiver;
- capacità di richiedere aiuto e momenti di "solievo", comunicazione aperta;
- presenza di un gruppo di cura informale, di aiuti a pagamento, presenza dei servizi.



D'altro canto si incontrano altre famiglie che si presentano in situazione di stallo evolutivo, sistemi definibili in *impasse* . In questi casi è come se ci trovassimo di fronte ad una nave in

avaria: non è affondata, non è perduta, certamente va soccorsa per poter proseguire nel suo percorso lungo il ciclo di vita. Ma proprio questi sistemi appaiono poco inclini alla richiesta di aiuto ai servizi, occorre dare loro tempo, occorre cogliere quegli spiragli – a volte impercettibili – che possono aprire ad un dialogo che venga a toccare anche i bisogni del caregiver, in quanto l'alto coinvolgimento offusca la vista quando si tratta di guardare a se stessi e ai propri bisogni. Spesso lo spiraglio è paradossalmente costituito da un aggravamento delle condizioni di salute dell'anziano: un *ricovero di sollievo*, un intervento di *riabilitazione presso un centro diurno*, sono indicati dall'operatore (medico di famiglia, ospedale, unità di valutazione geriatrica) come effettivi strumenti di aiuto per l'anziano malato, ma al tempo stesso possono costituire motivo di aggancio con il familiare curante. Non bisogna, ovviamente, lasciarsi sfuggire l'occasione di intraprendere un dialogo aperto ma soprattutto empatico per aiutare il caregiver a vedere l'*impasse* e a cercare l'elemento di supporto capace di riavviare il motore della nave.

In questa testimonianza l'aiuto è venuto dal gruppo, appare comunque chiara la possibilità del passaggio dallo stallo, dall'avaria, alla ripresa dell'evoluzione del ciclo di vita familiare:

"Quando sono entrata nel gruppo mi sentivo privata della mia vita ... cioè da parte di mia suocera ... perché lei portava via tutto ... non è stata una cosa semplice metterla in casa di riposo, no, non è stato semplice, ma dopo averlo fatto, lentamente, io mi sono riappropriata della vita." [Nuora, 34 anni, ha seguito la suocera per oltre quattro anni a casa. La coppia ha una bimba di cinque anni, ora aspettano un secondo bambino.]

In ogni caso, quando una famiglia passa dal lavoro di cura "in proprio" alla ricerca dell'appoggio di un servizio è molto importante non estraniare, non estromettere il caregiver dal suo ruolo, consentirgli un ampio spazio di "titolarità" nel processo di assistenza e di cura: solo così potranno attenuarsi le difese e il senso di responsabilità totale potrà cedere il passo forme di collaborazione, inizialmente anche piccole.

Un figlio a quest'ultimo proposito:

"Io non sto sottraendomi alle mie responsabilità, io mi sento e sono ancora responsabile di mia madre...sì, lo sono e mi sento ancora responsabile anche ora che vive in casa di riposo "[Figlio, 62 anni, ha curato la madre a lungo in casa, insieme alla propria famiglia]

Nei sistemi in *impasse* possiamo rintracciare elementi quali:

- 
- relazione con l'anziano contrassegnata da dipendenza, da bisogno di controllo, proseguimento di un ruolo di caregiver che deriva dal passato;
 - assunzione di responsabilità quasi totale del caregiver che attua, inconsapevolmente, forme di esclusione di altri familiari dal lavoro di cura;
 - assunzione del carico assistenziale come "mossa" nei confronti di altro membro familiare: ad esempio emergono forme di competizione;
 - solitudine nella presa di decisioni, assenza di confronto;
 - perdita o forte riduzione dei propri spazi da parte del caregiver, conflitto con altri ruoli familiari, sociali o propri dell'età;
 - difficoltà nel richiedere aiuto e rifiuto iniziale o ambivalenza a forme di "sollievo";
 - insofferenza e conflitto verso altre figure di cura informale;
 - scarsa o difficile collaborazione con i servizi.

Da ultimo si possono venire a creare, intorno al lavoro di cura informale di un anziano non autosufficiente relazioni che connotano sistemi familiari bloccati, in sofferenza, che evidenziano esiti di chiusura dei membri tra di loro ma anche all'esterno, sino a giungere all'espressione di vera e propria sintomatologia di disagio psicologico nel caregiver principale. Non si tratta tuttavia per gli educatori – e altri operatori- di avanzare diagnosi psicologiche, di formulare prognosi, di cavarsela con un etichettamento di "caso impossibile".

Si tratta anche nei casi più complessi e apparentemente più inaccessibili all'aiuto di arrivare comunque a conoscere le persone, la loro storia, i loro vissuti, i punti di vista, per poter capire quali progetti rendere praticabili all'interno del proprio servizio.

Senza contare che l'esperienza sul campo insieme agli inevitabili fallimenti, presenta anche successi spesso inaspettati, nati dalla capacità di "sguardo" e di "ascolto". L'ascolto arricchisce sempre e comunque l'operatore di nuovi elementi informativi, consente al familiare di "collocare" eventi anche secondo punti di vista differenti dal proprio: in particolare l'assenza di

atteggiamenti giudicanti contribuisce a iniziare un rapporto di possibile fiducia e l'emergere della qualità della relazione tra anziano e familiare pone in grado l'educatore [ma anche altri operatori] di gestire, mediare, supportare il legame stesso anziano-familiare, legame potenzialmente reso più fragile dal ricovero.

Possiamo trovare elementi quali:



- relazione con l'anziano contrassegnata da bisogni non soddisfatti nel passato: saldare un debito, farsi accettare, assumere il compito solo come obbligo;
- affettività poco percepibile sia nel presente sia nella storia passata;
- presenza di una storia familiare che "pesa" ancora sul presente
- conflitti – per lungo tempo coperti - riemergenti nella fratria. Nella comunicazione familiare prevale il "non detto";
- tempo quasi esclusivo dedicato alla cura: impegno totalizzante del caregiver principale;
- assenza di riconoscimenti dell'impegno nella cura da parte dei familiari e/o esterno;
- scarsa capacità di verbalizzare difficoltà e disagi da parte del familiare curante;
- tendenza in chi assiste e cura a svalORIZZARE l'intervento di altri, familiari e/o operatori come inutile, inefficace, inefficiente, non desiderato dall'anziano stesso;
- presenza di sintomatologie, ricoveri ospedalieri, forme depressive del caregiver richieste di aiuto silenziose ma difficili da percepire come tali. Forme di *burn out*.

E' stato nominato il *burn out* così come sono stati messi in evidenza degli elementi di grave disfunzionalità nelle relazioni all'inizio del ciclo di vita: non è infrequente che questi casi esitino anche in forme di "fuga" dei figli ad esempio, in forme di delega totale dell'anziano al mondo dei servizi. La dove possibile occorre lavorare per prevenire o comunque limitare le sofferenze che necessariamente ne derivano. I giudizi moralistici qualche volta escono come sentenze, ma non aiutano a vedere chiaro che cosa fare e in che modo.

A fronte soprattutto di persone e di relazioni "in sofferenza" come quelle descritte ci vengono in aiuto le parole di Eugenio Borgna quando scrive :

"... ci accorgiamo quanto sia importante essere dotati di antenne che ci permettano di sentire l'altro, gettare qualche ponte leggerissimo perché il fossato che da esso ci divide non si allarghi, lanciare qualche travicella, qualche filo di paglia che sia segno di un contatto, di una vicinanza..."³

4. "Incontrarsi, riflettere, comunicare, collaborare"⁴.



"In una RSA anche la presenza quotidiana dei familiari può rappresentare una notevole fonte di ansia per gli operatori. I familiari dei residenti sono tanto più esigenti e portati alla critica, quanto più vivono inconsciamente il ricovero del proprio parente in RSA come un'inadeguatezza da parte loro. Il ricorso all'istituzionalizzazione, per quanto sia nella maggior parte dei casi una soluzione inevitabile, alimenta in loro il sentimento di essersi sottratti a un obbligo parentale. A questo sentimento può aggiungersi l'invidia nei confronti degli operatori per la loro abilità nel soddisfare le esigenze assistenziali dei propri congiunti o la gelosia per il rapporto di intimità che la convivenza quotidiana stabilisce tra di loro. I familiari si aspettano infine dall'organizzazione che essa si faccia carico di tutte le problematiche emotive legate alla salute dei residenti e alla vita istituzionale."⁵

³ Borgna E. (intervista a cura di P. Molinatto), *Affettività e cura*, in: "Animazione Sociale", 3, 1998.

⁴ Titolo di percorsi di confronto e di elaborazione di progetti svolti da gruppi misti familiari/operatori nelle Case protette gestite da RETE nella città di Reggio Emilia. [2003-2004]

RETE - Reggio Emilia Terza Età è una I.P.A.B. nata nel 2001 dalla fusione fra le I.P.A.B. Centro Servizi Anziani ed O.P. Ospedale Omozzoli Parisetti, entrambe attive nel campo dell'assistenza agli anziani a Reggio Emilia. RETE al momento della realizzazione dei gruppi aveva lo scopo prioritario di contribuire alla tutela e alla valorizzazione delle persone anziane cui eroga servizi socio-sanitari integrati, socio-assistenziali residenziali, semi residenziali e domiciliari.

⁵La citazione è tratta da un dattiloscritto di Antonio Censi dal titolo "Disagio, conflitto e cambiamento organizzativo nelle residenze sanitarie assistenziali".(2005)



Quale può essere il comportamento di un familiare nel cui animo si agitano emozioni così forti e così dolorose come il senso di inadeguatezza, il vissuto di impotenza, gelosia e invidia, delusione provocata da aspettative enormi quanto del tutto irrealistiche?

Come non pensare che si producano comportamenti fortemente ostacolanti la "collaborazione", comportamenti che suscitano fastidio nell'operatore, voglia di prendere le distanze, forse anche aggressività? E non è forse vero che per un operatore è anche forte, a volte, la tentazione di colludere con quella nascosta richiesta dell'anziano - che a sua volta può alimentare il senso di colpa e di inadeguatezza, provocare frustrazioni al proprio parente - di diventare la "figlia buona", "il figlio attento e premuroso", "il giovane nipote amorevole"?

Nella mia esperienza più questo intrico complesso di sentimenti reciproci gioca - in modo del tutto silenzioso - nella relazione tra operatori e familiari dell'anziano, più si dimostra un potente produttore di relazioni disfunzionali.

A questo punto mi pare interessante presentare alcuni punti di un'esperienza svoltasi nelle Case Protette di Reggio Emilia cui ho partecipato in qualità di conduttore di gruppo, esperienza che ha visto incontri programmati in ciascuna delle residenze tra un gruppo di familiari e rappresentanti di tutti gli operatori: responsabile, ASA/OSS, infermiere, fisioterapista, animatore sociale/educatore.

Obiettivo generale di questo lavoro comune era quello di creare dei rapporti meno tesi, meno conflittuali, meno ambigui attraverso la reciproca conoscenza e un lavoro comune.

Più precisamente:



- Creare uno spazio di *incontro* tra familiari e operatori;
- Consentire che in questo spazio cresca la *reciproca conoscenza* attraverso una comunicazione resa più agevole dalla presenza di una persona esterna con il ruolo di "facilitatore" dello scambio comunicativo;
- Stimolare l'esperienza di *confronto* dei rispettivi e personali punti di vista su temi particolarmente importanti e coinvolgenti sia il ruolo del familiare sia quello degli operatori;
- Agevolare un contesto adatto a mettere in luce *la ricchezza delle differenze* dei ruoli e la possibilità di una *concreta cooperazione* tenuto conto della delicatezza del passaggio della persona anziana dalla vita quotidiana di sempre a quella della residenza.

E' importante ricordare che questo lavoro di gruppo congiunto aveva preso avvio da una premessa esplicitata e condivisa da tutti i partecipanti e dalla direzione centrale dell'organizzazione. Quale? La posso sintetizzare come segue. Nelle strutture residenziali il lavoro di cura che viene svolto per la salute e il benessere delle persone anziane che ci vivono, non è solo compito professionale degli operatori tutti, ma continua a riguardare anche i familiari che mantengono i rapporti tenendo vivo il legame di consuetudine, affettivo e di solidarietà (non esente - spesso - da ambivalenze e contraddizioni) con il proprio genitore, coniuge, parente che ha dovuto lasciare la propria casa.

Tra alcuni temi possibili, suggeriti dal "Comitato parenti", nelle Case Protette in cui ho operato come conduttore sono stati scelti due temi: le modalità di *accoglienza dei familiari* e il *reciproco passaggio di informazione* come strumento per migliorare la qualità del rapporto con la persona anziana da parte di tutti.

Per poter capire e rispondere adeguatamente sui due argomenti a mio avviso occorre porsi almeno due ordini di domande (e occorre farlo in ogni processo di passaggio di un anziano dalla propria casa ad un servizio sia residenziale sia semi residenziale).

Rispetto all'accoglienza: che cosa può provare il familiare che si è sentito per anni "barriera", baluardo nei confronti di un ricovero del proprio caro, di fronte alla percezione di questa definitività della perdita della casa, dell'ambiente, di questo strappo che l'anziano subisce e che fa pensare ad una ferita difficilmente sanabile?

Rispetto alle informazioni, alla comunicazione: In questo processo come si inserisce la presenza, le conoscenze, la partecipazione del familiare? Che "diritto di parola" ha il familiare rispetto alla storia dell'anziano, alle sue capacità, propensioni, ai desideri, ai rifiuti, alle idiosincrasie? In che modo gli viene lasciato uno spazio condiviso da tutti nella quotidianità del suo vecchio genitore, o del compagno o compagna di una vita? Quanto gli è dato di partecipare alla rilevazione delle luci e delle ombre dell'identità di questo suo caro, a quella dei

valori che hanno ispirato molte delle scelte, la "forza del carattere" - direbbe James Hillman - del proprio anziano? ⁶

I gruppi delle diverse Case Protette hanno prodotto dei documenti, dei protocolli, degli strumenti di lavoro specifici, quelli che più erano apparsi adatti al contesto dove il lavoro di confronto si era svolto. Per fare solo degli esempi relativi al miglioramento dell'accoglienza: in una residenza si erano individuati una procedura da condividere con tutti gli operatori e un "luogo" adatto sul piano della privacy, gradevolezza, familiarità per accogliere i familiari; si era vista la necessità di semplificare il linguaggio tecnico non dando per scontato i termini, i ruoli e i contenuti, nonché quella di "dosare" temporalmente le informazioni soprattutto rispetto a regole del servizio, individuando anche un "referente" dell'accoglienza con questo preciso compito.

In un'altra, rilevata la difficoltà dei familiari ad orientarsi tra i vari volti e ruoli, dopo aver discusso e accettato i conseguenti vissuti di solitudine del parente e la relativa tendenza a riferirsi a chiunque in modo affannoso e casuale, si sono identificate così l'infermiere professionale e l'animatore/educatore [a seconda dei turni di presenza] come figure professionali con funzioni di facilitatori nella relazione con i colleghi.

Quanto alla reciproca informazione gli strumenti sono stati molteplici e di vario genere: una bacheca con le attività animative nel breve periodo, un documento (giornalino) che riassume le attività dell'anno in relazione all'animazione; la riorganizzare gli spazi e i contenuti delle bacheche al fine di rendere più fruibile l'informazione (comunicazioni, orari di presenza, programmi di lavoro, ecc.); un documento da allegare alla brochure fornita all'ingresso, nel quale si ampli il dettaglio delle informazioni relative alla struttura; migliorare la riconoscibilità dei ruoli anche attraverso le divise differenziate; coinvolgere i familiari nei programmi per l'anziano e condividere con loro le scelte assistenziali individuate dall'équipe.

Qualcuno, al termine dei diversi percorsi di confronto tra familiari e operatori denominati "Incontrarsi, riflettere, comunicare, collaborare", aveva giustamente avanzato la proposta che tutto il lavoro svolto, nei suoi obiettivi e nei suoi risultati, venisse portato a conoscenza in modo capillare, di tutte le persone interessate: tutti gli operatori quindi e tutti i parenti degli anziani! Anche questo era stato considerato un passo per migliorare informazione, reciproca conoscenza, collaborazione...

Sempre Eugenio Borgna mi aiuta, con le sue riflessioni, a concludere:

"Curare è un gioco raffinato e contraddittorio nel quale sono implicati gli stati d'animo di chi è medico, psicologo, infermiere, operatore e gli stati d'animo di chi si pone... come paziente, come interlocutore. Va da sé quindi, che le connessioni tra affetti, emozioni, sentimenti e strategie di cura siano strettissime...".

Per gli educatori quindi - che qui cito di proposito non solo perché la giornata di studio è stata dedicata a loro, ma anche per la peculiarità e la relativa "novità" della loro presenza nei servizi rivolti alle persone anziane - vedo questo impegno nel saper accogliere, comprendere e gestire il ricchissimo e complesso bagaglio di affetti, emozioni, sentimenti con cui i familiari *caregiver* dei loro anziani giungono ai servizi stessi. Per costruire una relazione che diventi "risorsa" per l'istituzione, e quindi, per tutti.



Bibliografia

- AA.VV., *Valorizzare e sostenere i caregiver*, in "Animazione Sociale", 2, 2002
Camdessus B., *I nostri genitori invecchiano*, Raffaello Cortina, Milano 1991
Censi A., *La vita possibile*, Franco Angeli, Milano 2001
Gori C., (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Franco Angeli, Milano 2001

⁶ Hillman J., *La forza del carattere*, Adelphi Edizioni, Milano, 2000.

Ploton L., *La persona anziana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003
Taccani P., Tramma S., Barbieri Dotti A., *Gli anziani nelle strutture residenziali*, Carocci Editore, Roma 1997
Taccani P., Tognetti A., De Bernardinis S., Florea A., Credendino E., *Curare e prendersi cura*, Carocci editore, Roma, 1999
Taccani P., *L'automutuo aiuto in gruppo di familiari che svolgono lavoro di cura*, in: Micheli G.A., *La questione anziana*, Franco Angeli, Milano 2004.
Taccani P., *Residenze per anziani non autosufficienti tra vecchie immagini e nuove prospettive*, in "Spazi e modelli", 3, 2005.
Taccani I P., *Figli adulti e genitori anziani: c'è del lavoro da fare*, in "Adulità", numero monografico su "Conflitti", 24, 2006
Weakland J.H., Herr J., *L'anziano e la sua famiglia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1986

Testi letterari

Bayley J., *Elegia per Iris*, Rizzoli, Milano 2000
Dunne C. , *Il viaggio verso casa*, Guanda, Parma 2000
Gianini Belotti E., *Apri le porte all'alba*, Feltrinelli, Milano, 1999
Jaouen H., *Vuoti di memoria*, Salani editore, Milano 2002
Lessing D., *Il diario di Jane Somers*, Feltrinelli, Milano 1986
Petrignani S., *Vecchi*, Theoria, Roma-Napoli 1994
Licalzi L., *Che cosa ti aspetti da me?* Rizzoli, Milano 2005
Trintignant N., *Mi manchi*, AIMA, Milano 1997
****Relazioni che curano*: fotografate da Ernesto Fantozzi, testo di Patrizia Taccani, Editore dalla Casa di Riposo "Gallazzi Vismara", Arese (Milano) 2004.