

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

**Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo**

Pietro Vigorelli

ARIA NUOVA

NELLE CASE PER ANZIANI

Progetti capacitanti

Presentazione di Marco Trabucchi

Prefazione di Paolo Borsato

FrancoAngeli

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Presentazione , di <i>Marco Trabucchi</i>	pag.	7
Prefazione , di <i>Paolo Borsato</i>	»	11
Introduzione	»	19
1. L'Approccio capacitante: il metodo di riferimento	»	27
2. Il Progetto Dalla Casa alla RSA: un percorso insieme	»	31
3. Il Progetto Accoglienza: il Colloquio d'accoglienza	»	67
4. Il Progetto Accoglienza: la ricerca-intervento nazionale	»	75
5. Il Progetto Buongiorno: risveglio naturale e alzata capacitante	»	85
6. Il Progetto ASP: Attività Significative Personali	»	96
7. Il Progetto BPSD: prevenzione e trattamento dei disturbi comportamentali	»	107
8. Il Progetto Chiodo: storia, identità e luogo	»	121
9. Il Progetto ABC: gruppi per i familiari	»	132
10. Uno sguardo al futuro	»	138
Appendice. Progetti capacitanti e normativa vigente	»	145
Biblio-sitografia	»	149

Presentazione

di *Marco Trabucchi**

Il titolo del volume è bellissimo, perché dichiara senza mezze parole lo scopo per il quale è stato scritto. Mi pare che l'amico Vigorelli, dopo tanti significativi e importanti interventi sul tema, abbia deciso di far comprendere in maniera diretta lo scopo del lavoro nel quale è impegnato da molti anni: rivoluzionare la vita e l'organizzazione delle strutture dove risiedono le persone anziane che per vicende diverse non sono più in grado di vivere nella loro casa.

Vigorelli ci presenta la sua prospettiva, che approvo in pieno. Aggiungo solo alcune osservazioni, che poco modificano la ricchezza delle motivazioni dell'Autore.

Parafrasando un famoso editoriale di JAMA, le parole chiave che dovrebbero caratterizzare la cura del paziente anziano sono: emozione e compassione, passione e pazienza, scienza e cultura. Questi termini sono tra loro fortemente coesi; infatti, solo una cultura approfondita induce ad esercitare la pazienza necessaria a conoscere chi ha bisogno di cure ed a seguirlo nelle strade difficili della malattia; ma, allo stesso tempo, cultura e pazienza non sarebbero adeguate al bisogno della persona che soffre se non si esercita la compassione, come mezzo per capirla, curarla ed accompagnarla nel tempo.

Come coltivare queste caratteristiche dell'atto di cura, nelle difficoltà di ogni giorno? È importante riconoscere che sono figlie dello spirito e che conoscenze contemporanee, come la demografia, la sociologia, la biologia, l'epidemiologia, costituiscono una parte del fondamento, ma non esauriscono lo spazio della cura. Ma la clinica non è forse anch'essa soprattutto figlia dello spirito?

La clinica è ricerca, ogni giorno diversa, di una strada lungo la quale il medico e gli altri addetti alla cura hanno sempre come compagno il paziente, molto spesso la sua famiglia ed anche altri viandanti, diversamente

* Associazione Italiana di Psicogeriatrica.

interessati a rendere felice il percorso. Così la clinica è il prodotto di un'esperienza spiegata dalla scienza, in una logica di pari valore, senza che l'una domini sull'altra.

Lo scopo di una cultura innovativa è giungere ad una reale “riunificazione” della prassi clinica attorno ad alcune motivazioni forti. In premessa è utile riaffermare che la cura dei vecchi è difficile e impegnativa, ma di grande soddisfazione quando si riescono a cogliere i segni di una storia di malattia che si modifica (di molto o di poco), ma soprattutto quando si permette all'anziano di recuperare la propria autonomia. Soddisfazione in controtendenza con una cultura superficiale che si rifiuta di valorizzare la cura dei vecchi e che ritiene scarsamente rilevante l'impegno professionale in questa direzione.

Un'altra affermazione di carattere generale riguarda una condizione che caratterizza la clinica come una costante contrattazione tra situazioni conflittuali (“It's always a trade-off”). La condizione dell'anziano richiede un bilancio continuo tra interventi che potrebbero sembrare tra loro in contrasto, con un esercizio delicato di governo da parte del medico e degli altri operatori dell'équipe. La gestione dei servizi per l'anziano è un esempio paradigmatico dell'esigenza di compiere continue mediazioni tra realtà del singolo paziente, informazioni scientifiche, esperienza, esigenze generali economico-organizzative. Talvolta si arriva così a conclusioni pienamente soddisfacenti, talaltra è necessario accontentarsi di risultati parziali; la tensione però è sempre alta, perché sappiamo che la vita delle persone fragili dipende in larga parte dagli equilibri che si creano dopo ogni intervento, soprattutto all'interno di sistemi tradizionalmente chiusi come le residenze. Il testo di Vigorelli ci insegna molte cose su questo piano!

Aria nuova

Cosa significa il concetto di “aria nuova” presente nel titolo del volume? Il termine esprime un impegno perché si superino le antiche incrostazioni che impediscono di operare con coraggio per costruire metodi di lavoro nuovi nelle residenze. Chi ha esperienza nel campo sa quanto sia talvolta difficile far respirare area nuova, perché la conservazione – quella onesta perché convinta che il presente sia il migliore dei mondi e quella disonesta, che per definizione rifiuta qualsiasi nuovo equilibrio dei poteri all'interno delle residenze – ha radici profonde. Per questo il cambiamento può avvenire solo sotto la spinta di posizioni serie e fondate come quelle portate avanti da Vigorelli.

Case per Anziani

Cosa significa “Case per Anziani”, altro concetto presente nel titolo di questo volume? La casa è il luogo delle radici, dove si costruisce la vita. È come il guscio della lumaca; il rifugio dalle difficoltà esterne, il luogo di

partenza per esplorare le possibilità esterne, l'ambiente dove la persona ritrova se stessa. Si potrebbe dire che la persona senza casa è come un pezzo di stoffa sbattuto dal vento. L'insistere quindi sul termine casa – anche quando si discute di una convivenza collettiva – significa affermare fin dalle premesse che ci interessa costruire un luogo fisico dove anche le persone più fragili, quelle appunto che hanno abbandonato la loro casa originaria, possano ricostruire il guscio che le protegge e le accompagna. È un'impresa difficile e abbiamo assistito in questi anni a moltissimi studi e sperimentazioni per dare senso alla parola casa, per dare una risposta al bisogno di protezione. Purtroppo sul piano concreto siamo ancora lontani dalla proposta di istituzioni per anziani che sappiano coniugare la protezione clinica con la libertà e gli spazi fisici e psicologici che offre la casa. Il contributo di Vigorelli si inserisce in questa prospettiva con grande autorevolezza.

Progetti capacitanti

Cosa si nasconde, infine, dietro il termine “progetti capacitanti”? Null'altro – ma è moltissimo – che una modalità di relazione che “ha per fine una convivenza possibile e felice tra i parlanti”. Se questo impegno porta ai risultati descritti nel volume dobbiamo riconoscere che questo approccio è pieno di significato. È una modalità specifica e concreta per permettere alla persona anziana, qualsiasi sia la sua capacità cognitiva, di esprimere il massimo delle sue potenzialità, con semplicità. Con parole più auliche potremmo dire che l'*Approccio capacitante* valorizza al massimo la libertà e la dignità della persona. Non è forse l'obiettivo centrale della geriatria? Vigorelli con umiltà non insiste su questi confronti, ma ne è certamente conscio!

È opportuno ricordare a conclusione di queste righe introduttive che la parola chiave, discutendo di cura dell'anziano alla luce dei progressi della medicina, è “protezione”. Una condizione che permette a chi è in età avanzata di recuperare spazi di vita e serenità quando si affacciano le malattie e la vita peggiora. I servizi in questa prospettiva giocano un ruolo importante – soprattutto se gestiti in modo innovativo come descritto nel volume – perché rappresentano un segnale di interesse da parte del sistema delle cure, che porta con sé cultura, ricerca, scienza, esperienza. Ed è la testimonianza concreta del fatto che la collettività mette a disposizione dei più fragili tra i suoi componenti attenzione, impegno, denaro. La medicina nel suo complesso interpreta al meglio questa scelta collettiva, talvolta molto meglio di come fanno altri settori della società. Senza retorica si può dire che vi è sempre un medico, un infermiere, uno psicologo, un operatore socio-sanitario disposti a fornire ai vecchi ospiti delle strutture una cura appropriata, costruita attorno all'ascolto, alla vicinanza, all'intelligente e libera risposta alle loro richieste verbali e non verbali.

Prefazione

di *Paolo Borsato**

Nella visione dell'*Approccio Capacitante* una parte dei deficit dell'anziano residente in RSA è da riferire al rapporto con l'organizzazione che con le sue rigidità fallisce nel dare riconoscimento alle *Competenze elementari* della persona o addirittura le penalizza. La relazione asimmetrica s'instaura fin dai primi contatti, ove il doloroso passaggio dalla situazione del *prima* dell'ingresso a quella del *dopo* non è accompagnato né protetto. E perdura o forse peggiora durante la permanenza a causa della sottomissione dell'anziano ad attività e regole autocentrate che ne minano oltre che l'identità anche l'autonomia residua. Mantenere nell'anziano la sua identità e le sue competenze specialmente decisionali appare una sorta di terapia indispensabile a contrastare lo spegnimento esistenziale. Per chi si occupa di organizzazione come oggetto di studio, il considerare questa situazione come una causa di patologia non è certo inconcepibile, ma appare arduo rimettere in discussione le modalità organizzative per attenuarne gli effetti sfavorevoli. È su questo punto specifico, tuttavia, che le testimonianze raccolte in questo volume offrono diversi spiragli, preziosi e cruciali, su cui vale la pena di soffermarsi.

Esse invitano ad una riflessione sull'esistenza nelle RSA di un eccesso di istituzionalizzazione (e cioè di chiusura, di impersonalità, di centralizzazione), così come di non necessaria costrizione organizzativa, se non altro come rischi sempre presenti, per quanto nella realtà italiana diverse residenze abbiano cercato, ciascuna a suo modo, di limitarli o di sottrarli.

In questa ottica, l'accesso ad un mutamento di visione e l'opportunità di imparare a praticare una diversa soluzione sono importanti per qualsiasi tentativo di affrancamento e di innovazione.

Il libro di Vigorelli colpisce per la forza trainante della sua proposta di approccio in questa realtà: tocca un problema cruciale e propone soluzioni sostenibili.

* Docente di Sociologia dei processi decisionali nelle organizzazioni, Università degli Studi di Milano.

Eccesso di personalizzazione istituzionale

Appare subito che ci sono piccole cose, ma estremamente significative e quasi rivoluzionarie, che possono essere fatte senza alcun particolare costo o controeffetto sull'organizzazione, quando semplicemente si cambi di ottica e si prenda in considerazione il bisogno dell'anziano. Anzitutto riguardo al suo modo di venire in contatto e di essere inserito nella RSA. In questo volume si fa l'esempio del *Colloquio d'accoglienza*, della gestione del tempo antecedente l'ingresso, della personalizzazione dell'ambiente con piccoli oggetti personali. Si tratta di progetti che non sono certo controproducenti o minacciosi per il funzionamento quotidiano: lungi dall'esserne messa in causa, l'istituzione favorirebbe l'aspetto di consapevolezza nel percorso decisionale del soggetto e probabilmente migliorerebbe le proprie chances di interagire felicemente nel tempo successivo.

Se questi semplici progetti non vengono realizzati, probabilmente è perché nelle RSA sussiste una disattenzione che traduce una focalizzazione eccessiva, non necessaria, sulla istituzione stessa a scapito della storia e delle esigenze di ogni singolo paziente, certamente facilitata anche dall'avere a che fare con soggetti fragili che non possono impedire un atteggiamento istituzionale autocentrato. Potremmo dire che se esiste un eccesso di disabilità (*excess of disability*) per il malato dovuto all'organizzazione, sembra esistere da parte di questa un inutile eccesso di istituzionalizzazione, legato ad un'inutile logica burocratica e custodialistica, che compromette fin dall'inizio la relazione e che se fosse ridotta migliorerebbe automaticamente la situazione dell'anziano. Un efficace esempio di questa logica è offerto in una delle esperienze riportate (*Progetto ASP*), laddove si rileva il prevalere nell'istituzione di una sorta di naturale spontaneo totalitarismo che conduce all'inutile e controproducente appropriazione di tutte le attività da svolgere, senza spazio alcuno per una sorta di ragionevole se non ovvia "sussidiarietà" a favore delle persone: "*Nelle RSA la situazione si complica ulteriormente perché, in base al principio di presa in carico globale, l'Istituto ritiene che sia proprio dovere provvedere a tutti i bisogni dell'anziano, purtroppo senza chiedere l'intervento e neppure il parere del diretto interessato. L'errore più comune è che si considera che l'anziano non autosufficiente, soprattutto se con demenza, non è per niente in grado di provvedere a se stesso e che quindi gli operatori devono sostituirsi a lui per tutto*" (p. 97).

Il primo merito delle esperienze riferite nel libro è proprio di mostrare questo eccesso indicando che può essere ridotto, che semplici iniziative possono essere prese sulla base di una sensibilità diversa, che delle iniziative si possono effettivamente prendere e che esse sono totalmente compatibili con le esigenze dell'istituzione.

Eccesso di costrizione organizzativa interna

All'eccesso di istituzionalizzazione si può sommare un eccesso di costrizione organizzativa (cioè di rigidità, meccanicità, regolamentazione). Mentre nel caso di altre organizzazioni è in atto un movimento destrutturante che va verso la risposta puntuale e differenziata alla domanda di prodotti e servizi (si vedano le organizzazioni strutturate con metodi “*just in time*” e l'ospedale “lean”, cioè organizzato per intensità di cura), nel caso delle RSA sembra sussistere invece un vecchio modello che abbina l'aspetto burocratico dei regolamenti con una organizzazione quasi tayloristica delle attività. La situazione è ben descritta nel *Progetto Buongiorno* ove è riportato l'eccesso di frazionamento e di rigido concatenamento interno tra tempi della attività assistenziali, del servizio pasti, del servizio di pulizie, degli approvvigionamenti che rende difficile mettere in piedi un diverso sistema di attenzione al paziente.

Ora, l'eccesso di costrizione organizzativa o forse di organizzazione tayloristica ha un impatto negativo sugli attori principali. È certamente controproducente di fronte alla nuova popolazione di pazienti affetti da disturbi comportamentali ai quali non possono essere fatti rispettare vincoli e costrizioni organizzative senza gravi ricadute; ma è ugualmente pernicioso anche per gli OSS cui spetta invece, tra l'altro, il compito di farli rispettare. Succede che gli operatori vedano il loro tempo di interazione ridursi o comunque costringersi in spazi ben delimitati e che non possano far fronte alle esigenze organizzative senza un atteggiamento impositivo verso i pazienti più deboli. Tra pazienti che non si possono esprimere se non con una sorda e spesso incompresa opposizione e OSS vincolati a ridurre l'ascolto (e l'efficacia e il senso del loro lavoro), viene a crearsi un reciproco rimando disfunzionale che provoca sofferenza ed impotenza. E quanto più introduciamo costrizione organizzativa tanto più sarà probabile che per il rapporto di forza favorevole all'operatore quest'ultimo sia indotto a cercare i propri margini di manovra a detrimento della autonomia degli anziani.

In questa permeante opposizione può trovare posto ed annidarsi un approccio pericoloso e concettualmente inadeguato da parte dell'operatore: questo tipo di anziano malato viene considerato solo nei suoi aspetti deficitari dal punto di vista cognitivo ed emozionale. Questo concorre a giustificare, in certo modo, un agire abusivo che può risultare arbitrario e confiscatorio verso le persone e può provocare un surplus di disfunzionalità e di sofferenza. Come è detto in un passaggio del *Progetto BPSD*: “... abbiamo osservato che i BPSD sono spesso correlati con la qualità delle relazioni interpersonali (si pensi alla *Psicologia Sociale Maligna* di Kitwood e Bredin) ovvero con quei comportamenti involontari messi in atto dal personale di assistenza che risultano lesivi dei bisogni psicologici della persona e che si adeguano inconsapevolmente al modello negativo del paradigma standard della demenza” (p. 110).

Ora la costrizione organizzativa sembra destinata addirittura ad un aggravamento perché è venuta ad accentuarsi la pressione per il contenimento dei costi con conseguenze sempre più costrittive per i tempi. Nello stesso senso sembra dover spingere anche una certa pressione alla medicalizzazione delle residenze che aggiunge altri aspetti forse non necessari di vincolo e di gerarchia. Al tutto può aggiungersi l'effetto del ricorso sempre più consistente al personale esterno di cooperativa, che ingenera per sua natura un rapporto contrattuale molto regolamentato.

A maggior ragione di fronte a questo scenario sembra importante la testimonianza che le esperienze citate nel libro apportano riguardo alla modificabilità dell'organizzazione e a una possibile "reingegnerizzazione". Le storie riportate mostrano direttamente o indirettamente che c'è spazio per un'iniziativa di rimessa in causa di questa organizzazione e raggiungono nella sostanza la convinzione degli studiosi che ogni organizzazione possa funzionare in tanti modi e che soprattutto sia modificabile. In linea di principio non esiste un solo modo di organizzarsi: molte soluzioni possono sempre essere adottate. Si può scoprire con sorpresa che un bagno all'ospite si può fare il giorno successivo all'ingresso o che i pazienti possono anche essere alzati e le pulizie essere fatte senza seguire il numero progressivo di camera. Tutto ciò può sembrare banale ma come riportano questi contributi non è irrilevante in contesti a forte stampo regolamentare.

Pensare ad altri drivers per l'organizzazione

Come antidoto ad un eccesso di organizzazione, l'altra importante indicazione fornita dai Progetti del libro è la possibilità di trovare nuovi "drivers" o nuove modalità e capacità di convivenza nelle RSA suscettibili appunto di evitare la strada di una più stretta organizzazione formale e gerarchica. È possibile cioè trovare nuove forze e quindi anche nuovi meccanismi di coerenza *esterni* alla logica dell'organizzazione burocratica e regolamentare. Questo è particolarmente vero se si punta sulla qualità e l'efficacia delle interazioni dirette tra operatori e pazienti, semplicemente perché è la qualità dell'interazione tra OSS e paziente che può anzitutto venire a capo dell'integrazione tra esigenze contrastanti di autonomia e di ordine. Questa linea alternativa di azione è totalmente confortata dall'osservazione che non sono le procedure formali che dirigono i comportamenti, ma sono le dinamiche reciproche dei comportamenti che alla fine sostengono, esagerano o stravolgono i regolamenti e le possibilità stesse di governo.

Partire da questa evidenza di base è fondamentale per attenuare o mettere in scacco le tendenze fagocitanti della deriva pro-organizzativa. Potremmo dire che ogni gradino supplementare di capacità e di investimento dell'OSS toglie altrettanto di necessità regolamentare, mentre garantisce un supplemento di competenza al paziente. Ogni problema risolto in basso evita il macchinoso e pericoloso attivarsi di ruoli superiori e tutte le facili disfunzioni a catena che questo comporta.

Il suggerimento che viene da questi contributi è di partire da una ricomposizione delle molecole di base, concentrandosi sul concetto di convivenza ovvero sulla revisione del rapporto d'interazione che è il rapporto chiave per il paziente come per l'organizzazione. Tanto più che questo rapporto è per certi aspetti a sé stante, indipendente dalla modifica del resto dell'organizzazione e quindi può essere investito in primis puntando sul fatto che vi sono sempre margini di miglioramento della interazione duale quale che sia il quadro istituzionale.

Da qui si può anche partire per costruire in maniera diversa il senso e l'apporto delle altre funzioni come anche degli altri specialisti o livelli gerarchici, come cioè un apporto di aiuto e di sostegno, non di controllo o di pressione. Invertendo la logica, riscoprendo la diade operatore-paziente e cercando di modellare il resto dell'organizzazione di conseguenza, si può fare un buon tratto di strada senza dover ricorrere ai regolamenti. La cosa può inizialmente partire come semplice aiuto alla relazione di interfaccia aspettando poi che la necessità di proteggere questa interazione si traduca in altre esigenze più precise di definizione dei ruoli e compiti organizzativi.

L'importanza del “vedere”

Ammesse queste opportunità di cambiamento, che cosa impedisce che vengano esplorate? L'ulteriore spazio di riflessione che si deve aprire riguarda il fatto che il vero ostacolo al cambiamento non è di ordine pratico, direttamente organizzativo, ma anzitutto di consapevolezza, di visione, quindi è importante emanciparsi dalla “miopia” che di fatto sta dietro lo schema istituzionale abitudinario. Almeno tre delle esperienze qui riportare sono nate dal “vedere”: vedere la povertà della procedura d'ingresso prima tradizionalmente applicata, vedere la scarsa ragionevolezza delle attività prima proposte agli anziani, vedere l'inutile sofferenza causata dalla totale spersonalizzazione delle camere. L'importanza del vedere per potere agire e modificare le cose è generalmente riconosciuta in ambito organizzativo: l'ambiente dell'organizzazione non è un dato ma è attivato (*enacted*) dagli attori stessi. Tutti gli esempi di nuova accoglienza qui riportati mettono in luce preliminari pratiche autocentrate che non erano difficili da diagnosticare e smontare, ma che in certo modo non erano visibili. Specie nell'ambito di organizzazioni che hanno a che fare con gli uomini più che con prodotti fisici, il vedere (ed il cambiare di visione) è decisivo per il cambiamento perché non vi è nulla in questi contesti che ancori ad una particolare scelta: per esempio non esiste quasi mai una tecnologia con una sua supposta obbligatorietà a schermare ed impoverire il quadro delle alternative.

Potere accedere ad una “visione” o condividere una “visione” è quindi un input fondamentale nell'evoluzione del lavoro e dell'organizzazione in una RSA. Di conseguenza, il proteggere o il ricercare le condizioni del “vedere”, l'esporsi al vedere, per quanto possa sembrare paradossale “vole-

re” vedere, è invece una strada estremamente concreta ed operativa per fare evolvere gli schemi mentali alla fine paralizzanti di cui siamo debitori (altro eccesso organizzativo questa volta di tipo cognitivo). Nella fattispecie in molti dei casi riportati è stata la combinazione dell’esposizione al vedere (spesso la partecipazione ai Seminari del “Gruppo Anchise”) con la novità della visione proposta dall’*Approccio Capacitante* che è stata stimolo importante di cambiamento e scintilla che ha portato fuori dallo schema tradizionale dell’organizzazione.

Questa “disponibilità al vedere” nelle testimonianze riportate non è solo il frutto di una volontaria esposizione. È qualcosa di favorito da una dinamica più pervasiva. È uno spazio che nasce anche da una volontà di emancipazione dallo schema medico di fronte alla patologia, dalla competizione tra le concezioni “sanitarizzate” oppure “umanistiche” delle RSA, come pure dall’esigenza che i ruoli direzionali sentono di sfuggire ad una interpretazione specialistica ristretta del loro ruolo. Può trattarsi di un Direttore Sanitario disposto e desideroso di uscire dalle procedure mediche che accede ad una nuova visione delle cose, di professionisti che sentono la limitatezza dei loro approcci e vogliono integrare altri approcci e approdano alla fine su nuove spiagge, oppure di un Direttore di struttura che interpreta in maniera particolarmente determinata il suo ruolo di responsabile della memoria personale dei suoi ospiti. Non c’è spostamento di visione, alla fine, senza uno spazio per uno spostamento di ruolo degli attori.

Soluzione ed apprendimento

Altri casi in questo volume spiegano invece il cambiamento a partire dall’esperienza stessa della grave difficoltà quotidiana a trattare con gli anziani con demenza che hanno portato a cercare nell’*Approccio Capacitante* una soluzione alla difficoltà. In queste testimonianze è l’eccesso manifesto di disfunzione interna tra OSS affaticati e pazienti sofferenti che è oggetto dell’attenzione e il motore dell’innovazione sembra risiedere nella esistenza e gravità stessa del problema che si presenta all’organizzazione e alla sua povertà di mezzi per affrontarlo. Ma non è la difficoltà, da sola, il vero motore del cambiamento. La contraddizione o la difficoltà organizzativa per sua natura, come tutte le contraddizioni organizzative, è qualcosa di contingente ed ambivalente. Può portare a volere trovare una soluzione come a reiterare le richieste di rigidità ricorrendo a meccanismi giù usati (sostituire l’OSS “demotivato” o operare con intervento farmacologico sul paziente oppositivo). In realtà è solo l’incontro con una soluzione diversa e più avanzata che fa la differenza e consente di percorrere una strada innovativa ed emancipativa. È il livello di soluzione che propone l’*Approccio Capacitante* che consente nella fattispecie di riconoscere il problema nella sua valenza interattiva e che può condurre a cercare di darvi un esito differente.

Tuttavia ciò che appare dalle testimonianze è che la stessa disponibilità di una soluzione non basta, occorre anche avere i mezzi e le capacità per attuarla e questo può essere solo l'esito di un apprendimento. Alla fine è l'apprendimento il vero driver del cambiamento, almeno di un cambiamento duraturo: non c'è cambiamento senza apprendimento. Quando queste capacità passano attraverso l'apprendimento e in certo modo il lavoro su se stessi, che può essere lungo, e anche in parte travagliato come ci dicono le testimonianze riportate, quanto più questa soluzione implica una evoluzione dello stesso operatore per esser praticata, allora è l'apprendimento stesso che finisce sia per dare i mezzi che per mutare il *frame* e radicare il cambiamento. È interessante in questo senso mettere fianco a fianco due testimonianze che illustrano la complementarità tra interesse della soluzione e la modifica del *frame* grazie all'apprendimento. In un primo caso (*Progetto Accoglienza: il Colloquio d'accoglienza*) si manifesta il magnetismo della soluzione: *“Le obiezioni relative alla mancanza di tempo, alla possibilità di registrare e trascrivere il Colloquio d'accoglienza, alla difficoltà di trasmettere i contenuti del colloquio, sembravano insormontabili. Progressivamente, durante gli incontri con il personale del Nucleo Alzheimer, l'ipotesi di poter acquisire una tecnica di intervento di fronte agli ospiti con demenza complicata da BPSD cominciava a incuriosire. La possibilità di acquisire un metodo capace di favorire l'empatia e la comunicazione positiva, senza la paura dell'esplosione di rabbia o aggressività, era davvero interessante”* (p. 69). Nel secondo caso (*Progetto BPSD*) la forza radicante dell'apprendimento: *“Mediante l'Approccio capacitante abbiamo invece imparato ad accompagnare gli ospiti nel loro mondo, a riconoscere le loro competenze, a ascoltare la loro voce interiore (voce). Questa consuetudine all'ascolto della voce, ha trasformato lentamente ma radicalmente il nostro approccio: prima era prevalentemente tecnico-sanitario, poi si è progressivamente indirizzato verso l'ascolto della parola e l'osservazione dei messaggi corporei degli ospiti”* (p. 111).

Questo ruolo che ha la soluzione nel “posizionare” i problemi va affermato con forza perché esso potrebbe essere l'antidoto più potente alla deriva oppressiva che minaccia sempre di radicarsi nelle RSA. Il fatto di indicare una tangibile soluzione toglie legittimità alla mancanza di soluzioni o alla rassegnazione, toglie alibi e spazio al mantenimento di comportamenti riduttivi soprattutto quando questi si orientano verso la manipolazione dell'anziano ed implicitamente si giustificano adducendo la motivazione della malattia stessa. L'apporto dell'*Approccio Capacitante* è di mostrare che una strada diversa è percorribile, che il malato non è perduto, che esso è attivo ed attivabile, che si può uscire dalla contrazione dei mezzi di azione. Non è l'ultimo merito di questo metodo e di questo libro il mettere in evidenza che ci sono soluzioni per evitare un inutile aggravio di fatica degli operatori e di sofferenza degli ospiti.

Introduzione

Noi operatori siamo così abituati a parlare in gergo professionale che neppure ce ne accorgiamo. La necessità di utilizzare un linguaggio sintetico, condiviso e scientifico ci fa dimenticare che questo stesso linguaggio, adeguato forse per un Congresso o per una pubblicazione scientifica, diventa inadeguato se è usato nella vita quotidiana e nel rapporto con gli anziani di cui ci occupiamo professionalmente. È necessario rinnovare non solo i contenuti del nostro lavoro ma anche il linguaggio.

L'attenzione alle parole scambiate tra operatori, anziani e familiari sarà una caratteristica specifica di tutto il libro e dei *Progetti* che vi sono descritti, anche se, per motivi di brevità, non vengono qui riportati i dialoghi. Numerosi testi di conversazioni professionali capacitanti sono peraltro riportati nei libri precedenti e sul sito www.gruppoanchise.it.

1. Aria nuova fin dal titolo

Recentemente sono stato intervistato da Michele Fazioli per la Televisione Svizzera RS1 (v. su You Tube *Pietro Vigorelli*) e ho avuto la fortuna di scoprire che nel Canton Ticino non esistono le RSA: ci sono le *Case per Anziani*. La differenza di denominazione mi è subito sembrata significativa. Ho provato a pensare di essere un anziano che si ricovera in RSA. Ho avuto subito una sensazione sgradevole. Che cosa sarà mai una RSA? Di certo qualcuno sa precisamente che cos'è, ma io, povero vecchio, no. Sicuramente è qualcosa di molto diverso da casa mia, di sconosciuto, di vagamente minaccioso.

Qualcuno parla invece di Casa di Riposo; può sembrare più gentile, ma personalmente non mi piacerebbe neanche quel luogo. Ho pensato di essere vecchio, malato, di aver perso un po' la memoria, di non essere più autosufficiente, però l'idea di andare in un posto dove c'è solo da riposare mi fa venire in mente il riposo eterno e non ho fretta di arrivarci.